

February-March 2026, Volume 13, Issue 6

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Distress Tolerance in Women with Obsessive-Compulsive Disorder

Mohammad Ghasemi Pirbalouti^{1*}, Tahereh Khaleghian Chaleshtori¹, Maryam Ashorion¹

1. Department of Psychology, Shk. C. Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Corresponding Author: Mohammad Ghasemi Pirbalouti, Department of Psychology, Shk. C. Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

E-mail: Mgh@iau.ac.ir

Received: 2025/11/02

Accepted: 2026/01/20

Abstract

Introduction: Obsessive-compulsive disorder is a psychological problem that affects the quality of life, especially in women. This disorder is associated with dysfunctional patterns of cognitive emotion regulation and reduced distress tolerance. Acceptance and commitment therapy increases psychological flexibility rather than controlling symptoms. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation and distress tolerance in women with obsessive-compulsive disorder.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a three-month follow-up period and a control group. The statistical population of this study included all women with obsessive-compulsive disorder referring to the Shokoeh Clinic in Isfahan in the first half of 2025, of which 30 were selected purposively and randomly assigned to an experimental group and a control group. The measurement tools included the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire by Garnevsy et al. (2001) and the Distress Tolerance Questionnaire by Simmons and Gaher (2003). The experimental group received acceptance and commitment therapy training for eight sessions, one session per week for 90 minutes, but the control group did not receive any specific intervention. The analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test was used to analyze the data with SPSS version 26 software.

Results: The findings showed that acceptance and commitment therapy significantly increased adaptive cognitive regulation and distress tolerance in the experimental group compared to the control group at post-test ($P < 0.01$). The effect of this treatment remained until the follow-up stage, indicating the stability of this type of treatment.

Conclusions: These findings indicate that acceptance and commitment therapy, by strengthening psychological flexibility and promoting acceptance of internal experiences, leads to improved emotion regulation strategies and increased distress tolerance in women with obsessive-compulsive disorder and can be used as an effective method in the treatment of this disorder.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Cognitive emotion regulation, Distress tolerance, Obsessive-compulsive disorder.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری

محمد قاسمی پیربلوطی^{۱*}، طاهره خالقیان چالشتی^۱، مریم عشوریون^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

نویسنده مسئول: محمد قاسمی پیربلوطی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
ایمیل: Mgh@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۷/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۳۰

چکیده

مقدمه: اختلال وسواسی-اجباری یک مشکل روانشناختی است که به ویژه در زنان، کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال با الگوهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان و کاهش تحمل پریشانی همراه است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای کنترل علائم، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با دوره پیگیری سه ماهه و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مراجعه کننده به کلینیک شکوه شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۴ بود که تعداد ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۳) بود. گروه آزمایش آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی هشت جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه دریافت نمودند اما گروه کنترل مداخله خاصی دریافت نکردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنادار در پس‌آزمون باعث افزایش تنظیم شناختی سازگار و تحمل پریشانی و همچنین کاهش تنظیم شناختی ناسازگار در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردید ($P < 0/01$).

همچنین تأثیر این درمان تا مرحله پیگیری باقی ماند و نشان‌دهنده پایداری این نوع درمان بود.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ترویج پذیرش تجارب درونی، به بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری منجر می‌شود و می‌تواند به عنوان روشی مؤثر در درمان این اختلال به کار رود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنظیم شناختی هیجان، تحمل پریشانی، اختلال وسواسی-اجباری.

مقدمه

می‌باشد که منجر به ناتوانی در حفظ عملکرد اجتماعی و شغلی می‌شود و این اختلال یک اختلال ناهمگن با حضور نشانه‌های متنوع است و تحقیقات وسیعی که ناهمگونی اختلال وسواسی-اجباری را می‌سنجند، به طور وسیعی بر باورهای ناسازگار خاصی تمرکز می‌کنند (۱).

اختلال وسواسی-اجباری (Obsessive-compulsive disorder) یک اختلال مزمن و ناتوان کننده ای است که نرخ شیوع آن تقریباً ۲ تا ۳ درصد در کل جامعه می‌باشد، علائم آن شامل افکار مزاحم ناخواسته و رفتارهای اجباری

به فرد اجازه می‌دهد که کارکرد وی در محیط موفقیت‌آمیز باشد و هنگام مواجه‌شدن با یک تجربه هیجانی مشکل‌زا بتواند رفتارهای متناسب با هدفش را به کار گیرد. تنظیم هیجانی سازگار نیازمند مهارت‌های از جمله، آگاهی و پذیرش هیجانی است. در مقابل کسی که از تنظیم هیجانی ناسازگار (Maladaptive Emotion Regulation) استفاده می‌کند، هنگام روبه‌رو شدن با یک تجربه مشکل‌زا نمی‌تواند رفتارهایش را طوری تنظیم کند که بتواند به اهدافش در محیط برسد (۱۱). در این راستا نیز پژوهش‌ها نشان داده‌اند که یکی مشکلات اختلال وسواسی-اجباری مشکل در تنظیم هیجانی این افراد است (۱۲).

از دیگر متغیرهای مرتبط با اختلال وسواسی-اجباری، تحمل پریشانی (Distress Tolerance) است (۱۳). افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند، این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا توانایی مقابله‌ای خود با هیجان‌ها را دست کم می‌گیرند، اگر این افراد قادر به تسکین این هیجان‌ها نباشند، تمام توجهشان جلب این هیجان‌آشفته‌کننده می‌گردد و عملکردشان به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (۱۴). از طرف دیگر ترس از آلوده شدن به ویروس‌ها و افکار اذیت‌کننده آن و آستانه تحمل پریشانی پایین، باعث می‌شود که در شرایط بحران بدن هورمون استرس‌زا ترشح کند و فرد بیشتر مستعد ابتلا به این اختلال باشد (۱۵). شواهدی وجود دارد که بیان می‌کند تحمل پریشانی به عنوان یک عامل آسیب‌زا برای اختلال وسواسی-اجباری است و محققان پی برده‌اند که ترس از هیجان‌های منفی به شدت با علائم اختلال وسواسی-اجباری مرتبط می‌باشد (۱۶، ۱۵). همچنین کشاورز و آرام‌فر (۱۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تحمل پریشانی به صورت غیر مستقیم از طریق تنظیم هیجان می‌تواند اختلال وسواس را پیش‌بینی کند، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تحمل پریشانی و تنظیم هیجان نقش کلیدی در اختلال وسواس دارند.

برای بهبود زنان دارای اختلال وسواس، مداخله‌های مختلفی مورد استفاده قرار گرفته است. یکی از مداخلات مورد توجه روان‌شناسان در سال‌های اخیر، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است (۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک رویکرد درمانی

این اختلال یکی از شایع‌ترین، ناتوان‌کننده‌ترین و مقاوم‌ترین اختلالات روانشناختی مطرح می‌باشد و در برخی پژوهش‌ها سومین بیماری شایع روانی معرفی شده است که این اختلال در زنان بزرگسال بیشتر از مردان شایع می‌باشد (۲).

یکی از حوزه‌های پژوهشی در اختلال وسواسی-اجباری به حوزه شناخت مربوط می‌شود (۳). مدل‌های شناختی وسواس نشان داده است، تفسیر نادرست افکار مزاحم اضطراب را افزایش می‌دهد و تلاش برای سرکوبی یا نادیده گرفتن این افکار از طریق اجتناب یا اجبار صورت می‌گیرد (۳). بر اساس تحقیقات انجام شده، افراد مبتلابه اختلال وسواس در عملکردهای شناختی یعنی توجه، حافظه، کارکردهای اجرایی، مهارت‌های دیداری فضایی و نیز سرعت پردازش اطلاعات دارای نقص هستند (۴). نتایج پژوهش بورلی و همکاران (۵) نشان داد، با وجود عملکرد اجبارها به عنوان استراتژی نظارتی، علائم وسواس فکری با تنظیم هیجان مرتبط است و بر اساس پژوهش برمان و همکاران (۶)، بین شدت اختلال وسواسی-اجباری و نقص در تنظیم هیجان همبستگی مثبت وجود دارد.

بنابراین یکی از متغیرهای مرتبط با اختلال وسواسی-اجباری تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation) است (۷، ۸). تنظیم شناختی هیجان یک مهارت بنیادی است که برای عملکرد انطباقی در حوزه‌های مختلف ضروری و به عنوان فرآیندهای درونی و بیرونی درگیر در نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی برای دستیابی به اهداف تعریف می‌شود. اگرچه مفهوم تنظیم هیجان تابع تعاریف و تفاسیر مختلفی است، اما اغلب به عنوان فرآیندها یا راهبردهایی برای مدیریت برانگیختگی هیجانی استفاده می‌شود تا عملکرد بین فردی مناسب ممکن شود (۹). از سوی دیگر، مفهوم تنظیم شناختی هیجان را می‌توان به عنوان شناخت‌ها یا افکاری تعریف کرد که هیجان‌ها فرد را مدیریت و تنظیم می‌کند و نشان‌دهنده فرآیندهای ذهنی است که توسط فرد برای رویارویی با یک رویداد ناراحت‌کننده استفاده می‌شود. تنظیم شناختی هیجان شامل چهار راهبرد مقابله شناختی ناسازگار (نشخوار فکری، فاجعه‌سازی، سرزنش خود و سرزنش دیگران) و پنج راهبرد سازگار (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی) است (۱۰). تنظیم هیجانی سازگار (Adaptive Regulation Emotion)

جدید مرکب از اصول درمان های شناختی رفتاری و فلسفه شرقی است که، در دامنه نسبتاً وسیعی از اختلالات، از جمله افسردگی و وسواس مورد مطالعه قرار گرفته و اثربخشی آن اثبات شده است. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر است با آموزه ها و فنون فلسفه شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش است، درآمیخته و بر این اساس چهار مولفه مداخله ای، هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل پریشانی به عنوان مولفه های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مولفه های تغییر را در شیوه درمان خود مطرح می کند (۱۸). در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط هیز در سال ۱۹۸۳ مطرح شد و هسته و فرض اساسی این رویکرد این است که اجتناب و تقلا برای فرار از درد باعث رنج حقیقی می شود. این رویکرد از توانایی خوبی در مهار انتظارات نایجا، ادراکات و نگرش های نادرست فرد در برابر پیش آندهای استرس زای زندگی برخوردار است، همچنین این رویکرد درمانی به مراجع کمک می کند تا تشخیص دهد چه چیزی برای او مهم است و سپس از او می خواهد که از این ارزش ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند (۱۹).

مروری بر تحقیقات انجام شده نشان داد، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر نشخوار فکری و استرس ادراک شده زنان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری (۲۰)، کاهش نشخوار فکری (۲۱)، کاهش افسردگی و پیش بینی کننده های پاسخ درمانی (۲۲)، مواجهه و پیشگیری از پاسخ در یک محیط سرپایی فشرده بزرگسالان مبتلا به اختلال وسواس (۲۳)، مواجهه و پیشگیری از پاسخ برای اختلال وسواس اجباری (۲۴)، انجام گرفته است. به طور کلی بررسی های حاضر گویای آن است که به کارگیری روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق بهبود تنظیم شناختی هیجان، می تواند در کاهش مشکلات رفتاری آن ها مؤثر باشد. از سویی افراد دارای اختلال وسواس تحت فشار و استرس خاصی می باشند که می تواند آنها را مقابل سایر بیماری ها نیز تضعیف کند. پیوسته چنین افرادی در حال نشخوار فکری افکار وسواسی خود هستند و در پی درک علل افکار مزاحم تکراری خویش هستند و خود این عامل تشدیدکننده استرس و اختلال ایشان می باشد و زندگی ایشان در حوزه های شغلی و روابط میان فردی و ... مختل می شود، همچنین با توجه به وجود مشکلات جدی در روشهای

درمانی گذشته نظیر روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ در درمان اختلال وسواس؛ همچنین تلاش شیوه های جدید درمانی نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضرورت این پژوهش جهت بررسی اثربخشی درمان های فوق، احساس شد؛ بنابراین با توجه به وجود خلاء پژوهشی در این زمینه و با هدف بررسی شیوه های کارآمد، موثر و نوین در حوزه درمان مشکلات افراد دارای اختلال وسواس این پژوهش انجام شد. با توجه به اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جزء درمان های نوین به شمار می آید، در پژوهش حاضر سعی شده است تا کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب یک طرح مداخله ای، مورد بررسی قرار گیرد. نتایج چنین پژوهشی در شکل گیری چارچوب های مناسب درمانی جهت بهبود علائم افراد دارای اختلال وسواس می تواند راهگشا باشد؛ لذا مساله پژوهش حاضر پاسخ به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اثربخش است؟

روش کار

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع پژوهش های کاربردی و از لحاظ شیوه ی گردآوری داده ها به صورت مقطعی و از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال وسواس- فکری- عملی مراجعه- کننده به کلینیک شکوه شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۴ بود که از بین آن ها ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگذاری شدند. ملاک های ورود افراد به پژوهش شامل ۱. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ ۲. زنان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری؛ ۳. تشخیص اختلال وسواس توسط روان پزشک؛ ۴. عدم شرکت همزمان در دوره های روان درمانی دیگر؛ ۵. آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی به سؤالات و معیارهای خروج از پژوهش شامل ۱. غیبت بیش از دو جلسه؛ ۲. عدم تمایل شرکت کننده به ادامه شرکت در پژوهش؛ ۳. شرکت همزمان در برنامه های مشاوره یا روان درمانی دیگر؛ ۴. همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه ها در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون بود. پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره های درمان و اهداف آن ها

پذیرش ۰/۰۳، دیدگاه گیری (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین در ایران توسط حسنی روایی و پایایی این مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. برای روایی از همبستگی بین خرده مقیاس ها استفاده شد که این همبستگی ها از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ بود و برای پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که این ضرایب برای خرده مقیاس ها از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ بود (۲۷). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای راهبردهای سازگارانه ۰/۷۶ و راهبردهای ناسازگارانه ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- پرسشنامه تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale): سیمونز و گاهر این پرسشنامه را در سال ۲۰۰۵ معرفی نموده‌اند که شامل ۱۵ گویه و چهار مؤلفه شامل تحمل پریشانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. این مقیاس در طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم = ۱ تا کاملاً مخالفم = ۵ امتیازدهی می‌گردد و گویه ۶ به گونه معکوس نمره‌گذاری می‌گردد و افزایش امتیازات به معنای افزایش تحمل پریشانی است. در پژوهش سیمونز و گاهر ضریب آلفای پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد (۲۸). در مطالعه هسو و همکاران (۲۹) به منظور بررسی اعتبار همگرا، این مقیاس با پرسش نامه پنج وجهی ذهن آگاهی مقایسه شد که نتایج نشان‌دهنده همبستگی مثبت بالا بین مقیاس تحمل پریشانی و تمام خرده مقیاس های پرسش نامه پنج وجهی ذهن آگاهی بود. در ایران نیز در پژوهش توکلی و کاظمی زهرانی (۳۰) ضریب پایایی به روش باز آزمایی در فاصله ی زمانی سه ماه برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد، همچنین بین مقیاس تحمل پریشانی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی های ۰/۵۴، ۰/۲۲ و ۰/۶۵ به دست آمد. در مطالعه حاجی شریفی و همکاران نیز برای بررسی روایی صوری و محتوایی این مقیاس به روش کیفی، از نظر سه متخصص استفاده شد و بعد از تأیید، مقیاس مورد استفاده قرار گرفت. همچنین همسانی درونی نمره کل این آزمون به روش آلفای کرونباخ توسط حاجی شریفی و همکاران، ۰/۸۶ گزارش شد (۳۱). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance and commitment therapy): نحوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از کسب هماهنگی های لازم جهت اجرای پژوهش و تعیین گروه های آزمایش و کنترل، شرکت

برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و به آن‌ها ملاحظات اخلاقی پژوهش توضیح داده شد. ملاحظات اخلاقی نیز به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت کنندگان از فرآیند و اهداف مطالعه و روش اجرای پژوهش آگاه شدند؛ ۲- شرکت کنندگان از بی‌ضرر بودن مطالعه، آگاه شدند؛ ۳- شرکت کنندگان از امکان خروج آزادانه در هر مرحله مطالعه که تمایل داشته باشند، آگاه شدند؛ ۴- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire):

این پرسشنامه توسط گارفنسکی و کرایچ (۲۵) در سال ۲۰۰۶ ساخته شده است، یک پرسشنامه چند بعدی است و شامل ۹ خرده مقیاس، معرف ۹ راهبرد تنظیم شناختی هیجان است که به دو دسته سازگارانه شامل تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد، پذیرش، دیدگاه گیری و ناسازگارانه شامل سرزنش خویش، فاجعه سازی، نشخوار فکری، ملامت دیگران تقسیم می‌شوند. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است و فرم کوتاه آن دارای ۱۸ گویه است. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است. هر خرده مقیاس شامل دو ماده است و نمره کل هر یک از خرده مقیاس ها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید؛ بنابراین دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۲ تا ۱۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی زا و منفی است. اجرای این پرسشنامه آسان و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت بالینی) قابل استفاده است (۲۶). پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نسخه‌ی اصلی برای هر کدام از زیرمؤلفه ها بین ۰/۷۳ الی ۰/۸۱ و ضریب روایی هم زمان آن با زیر مؤلفه افسردگی پرسشنامه سلامت روان (فرم ۹۰ سؤالی) برای خرده مقیاس های سرزنش خویش ۰/۱۵، ملامت دیگران ۰/۰۵، نشخوار فکری ۰/۳۱، فاجعه سازی ۰/۳۲، تمرکز مجدد مثبت ۰/۰۶، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۰۴، ارزیابی مجدد ۰/۲۰،

کنندگان گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه در مرحله پس آزمون به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند. خلاصه آموزش جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ ارائه شده است.

کنندگان پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه های پژوهش به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش، درمان مبتنی بر بسته آموزشی پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۳۲) را طی هشت جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر دریافت نمودند، اما شرکت

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت)

جلسه	اهداف	تکالیف
جلسه ۱	معرفه، ارتباط و قوانین	آشنایی اعضا با یکدیگر، برقراری اتحاد درمانی، ایجاد فضای امن و دوستانه، آشنایی با قوانین و هنجارهای گروه و توافق بر سر آنها و اجرای پیش آزمون.
جلسه ۲	آشنایی با مفاهیم اصلی درمان و ارتباط آن با رنگریش و رفتار شرکت کنندگان	شناسایی رفتارهای مشکل دار اعضا، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و...، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر
جلسه ۳	معرفی مدل تغییر رفتار، درماندگی خلاق	بیان تفاوت دنیای درون و بیرون، استفاده از استعاره ها، افزایش آگاهی به برنامه مهار کردن، کاهش وابستگی به آن، کمک به اعضا در جهت پی بردن به بهبودی راهبردهای مهار کردن
جلسه ۴	تأکید بر اهمیت زمان حال و ذهن آگاهی	انتقال مفهوم ذهن آگاهی از طریق تمرین های مرتبط: تنفس، خوردن و راه رفتن آگاهانه و...، تسهیل فهم معنای تمایل و پذیرش، افزایش توانایی اعضا جهت فضا دادن به احساسات و تجربیات ناخوشایند
جلسه ۵	توسعه مهارت های ذهن آگاهی، معرفی مفهوم آمیختگی و گسلس	تمرین ذهن آگاهی، مشاهده گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب شناختی، تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلس
جلسه ۶	اهمیت گسلس، توضیح مفاهیم نقش و زمینه و مشاهده خویش	تأثیر همجوشی زدایی در زندگی، انتقال مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهدهگر، با استفاده از استعاره صفحه شطرنج، آسمان و... کاهش وابستگی به خود مفهومی شده، ایجاد آگاهی از خود به عنوان زمینه
جلسه ۷	شفاف سازی ارزش ها و تفاوت آنها با اهداف	سنجش اولیه ارزش ها با استفاده از استعاره چوب جادویی، تصریح ارزش ها، درک تفاوت ارزش ها و اهداف، درک اهمیت زندگی مبتنی بر ارزش
جلسه ۸	عمل متعهدانه، مفهوم رضایتمندی، کاربرد در دنیای بیرون	بحث در مورد ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش ها، ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش ها، مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن، بررسی فرآیند و تجارب گروه، بررسی مسائل ناتمام، جمع بندی و خاتمه دادن؛ و در نهایت از مراجعه کنندگان برای شرکت در گروه تشکر و پس آزمون اجرا شد.

یافته ها

۲، گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات تفاوت معناداری با هم ندارند.

بر پایه یافته های جمعیت شناختی ارائه شده در جدول

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان به تفکیک گروه

متغیرها	دسته بندی	گروه آزمایش	گروه کنترل	آزمون خی دو	سطح معناداری
وضعیت تأهل	متأهل	۹	۸	۰/۵۲۸	۰/۴۶۰
	مجرد	۶	۷		
	ابتدایی	۳	۴		
تحصیلات	سیکل	۴	۲	۲/۴۷۱	۰/۲۸۵
	دیپلم	۳	۳		
	دانشگاهی	۵	۶		
سن		$M \pm SD$	$M \pm SD$	t-test	P-value
		۴۱/۷۴±۴/۸۹	-۰/۷۱۹	۰/۵۲۶	

شده است، همچنین نتایج نرمال بودن داده ها با بهره گیری از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف نیز ارائه شده است.

در جدول ۳ آمار توصیفی متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی به تفکیک گروه ها و مراحل سنجش ارائه

جدول ۳. شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه‌ها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		کالومگروف-اسمیرنوف	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	آماره	معناداری
تنظیم شناختی هیجان	سازگارانه	آزمایش	۴۴/۰۰	۵/۶۳	۶۱/۵۳	۵/۹۸	۵۵/۳۳	۶/۲۵	۰/۱۵۲	۰/۲۰۰
		کنترل	۴۹/۶۰	۵/۶۹	۴۶/۲۰	۵/۲۱	۴۶/۹۳	۵/۴۵	۰/۱۴۴	۰/۲۰۰
تنظیم پیشانی	ناسازگارانه	آزمایش	۶۵/۰۷	۵/۰۹	۴۸/۰۷	۳/۹۱	۵۰/۲۷	۶/۰۶	۰/۱۵۹	۰/۱۷۴
		کنترل	۶۴/۲۰	۴/۲۶	۶۳/۳۳	۵/۸۵	۶۱/۸۷	۴/۲۴	۰/۱۳۶	۰/۱۷۴
تحمل	جذب	آزمایش	۳۹/۱۳	۵/۱۲	۵۴/۰۰	۳/۱۸	۵۲/۷۳	۴/۵۷	۰/۱۶۵	۰/۲۰۰
		کنترل	۳۸/۱۹	۳/۳۱	۴۱/۲۰	۴/۸۸	۴۲/۲۰	۴/۴۴	۰/۱۳۱	۰/۲۰۰
تحمل پیشانی	ارزیابی	آزمایش	۴۰/۰۷	۵/۸۳	۵۲/۵۳	۴/۸۰	۵۰/۰۰	۳/۵۴	۰/۱۷۴	۰/۱۵۰
		کنترل	۳۹/۵۳	۷/۴۵	۳۸/۶۷	۳/۶۷	۳۸/۴۰	۴/۸۹	۰/۱۶۳	۰/۱۶۰
تنظیم		آزمایش	۴۲/۲۷	۵/۹۴	۵۵/۶۰	۵/۸۲	۵۳/۸۷	۴/۰۸	۰/۱۳۰	۰/۲۰۰
		کنترل	۴۴/۷۳	۵/۲۸	۴۲/۰۰	۴/۰۰	۳۹/۸۷	۵/۹۷	۰/۱۲۷	۰/۲۰۰
		آزمایش	۴۸/۰۰	۶/۵۶	۵۷/۳۳	۴/۸۰	۵۲/۹۳	۳/۱۰	۰/۱۶۹	۰/۲۰۰
		کنترل	۳۹/۸۰	۵/۷۹	۴۱/۴۰	۳/۹۶	۴۱/۱۳	۴/۵۸	۰/۱۶۸	۰/۲۰۰

بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود (برای نمونه، «ناسازگارانه» $P=۰/۴۵۱$ ، «سازگارانه» $P=۰/۹۴۷$ ، «تحمل» $P=۰/۲۹۶$ ، «جذب» $P=۰/۶۴۹$ ، «ارزیابی» $P=۰/۴۳۱$ و «تنظیم» $P=۰/۱۶۵$). بنابراین فرض برابری کوواریانس‌ها نقض نشده و استفاده از مدل اندازه‌گیری مکرر/چندمتغیره موجه است. افزون بر این، آزمون کرویت ماکلی در همه موارد غیرمعنادار بود ($P>۰/۰۵$) و نشان داد فرض کرویت برقرار است؛ از این رو نتایج جدول «آثار درون گروهی» بدون نیاز به اصلاح درجه آزادی قابل اتکاست. در خصوص همگنی واریانس‌ها (آزمون لویین)، تقریباً در همه زمان‌ها و متغیرها شرط برآورده شد ($P>۰/۰۵$)، با یک استثنا: در «تحمل پیشانی» در پس‌آزمون عدم همگنی خفیفی مشاهده شد ($P=۰/۰۳۰$). با توجه به برابر بودن حجم گروه‌ها و اتکای گزارش به آزمون‌های چندمتغیره مقاوم (مانند اثرات بر اساس رهیافت پیلای)، این تخطی جزئی بر اعتبار نتایج اثر معناداری ندارد. در مجموع، پیش‌فرض‌های کلیدی تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برقرار بوده و برآوردهای ارائه‌شده قابل اعتماد هستند. بنابراین با توجه به برقراری مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، در ادامه نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره مؤلفه تنظیم شناختی سازگارانه و تحمل پیشانی در گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته است، در حالی که در گروه کنترل افزایش نداشته است. همچنین نتایج بیانگر آن است که میانگین نمره مؤلفه تنظیم شناختی ناسازگارانه در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است، در حالی که گروه کنترل چنین تغییراتی نداشته‌اند. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مؤید نرمال بودن توزیع همه متغیرهاست؛ سطوح معناداری همگی بزرگ‌تر از ۰/۰۵ و عمدتاً در حوالی ۰/۱۵ تا ۰/۲۰ قرار دارند. بنابراین پیش‌فرض نرمالیتی برای انجام تحلیل‌های استنباطی رعایت شده است. در مجموع، الگوی داده‌های توصیفی نشان می‌دهد مداخله درمانی موجب افزایش راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان، کاهش راهبردهای ناسازگار و تقویت تحمل پیشانی شده و بخش زیادی از این بهبودها تا مرحله پیگیری نیز تداوم یافته است؛ وضعیتی که در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. برای بررسی پیش‌فرض‌های مدل، نتایج آزمون Box's M در همه تحلیل‌ها نشان داد که ماتریس‌های کوواریانس دو گروه همگن‌اند؛ در تمام متغیرها مقدار معناداری این آزمون

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش

متغیرها	مؤلفه‌ها	درون یا بین گروهی	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری		
تنظیم شناختی هیجان	سازگارانه	درون گروهی	اثر زمان	۷۶۱/۸۶	۲	۳۸۰/۹۳	۹/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۲۵۱	۰/۹۷۳		
			اثر زمان*گروه	۱۷۰۵/۶۸	۲	۸۵۲/۸۴	۲۰/۹۶	۰/۰۰۰	۰/۴۲۸	۱/۰۰		
			خطا	۲۲۷۸/۴۴	۵۶	۴/۶۸	-	-	-	-		
		بین گروهی	گروه	۸۲۲/۰۴	۱	۸۲۲/۰۴	۴۹/۴۴	۱۲۲/۰۴	-	-	۰/۶۳۸	۱/۰۰
			خطا	۴۶۵/۵۵	۲۸	۱۶/۶۲	-	-	-	-	-	-
			اثر زمان	۱۵۳۳/۲۶	۲	۷۶۶/۶۳	۲۷/۴۶	۷۶۶/۶۳	۲۷/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۴۹۵	۱/۰۰
	ناسازگارانه	درون گروهی	اثر زمان*گروه	۱۰۷۲/۸۶	۲	۵۳۶/۴۳	۱۹/۲۱	۱۹/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۴۰۷	۱/۰۰	
			خطا	۱۵۶۳/۲۰	۵۶	۲۷/۹۱	-	-	-	-	-	-
			گروه	۱۶۹۰/۰۰	۱	۱۶۹۰/۰۰	۹۱/۸۷	۱۶۹۰/۰۰	۹۱/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۷۶۶	۱/۰۰
		بین گروهی	خطا	۵۱۵/۰۶	۲۸	۱۸/۳۹	-	-	-	-	-	-
			اثر زمان	۱۴۱۱/۴۶	۲	۷۰۵/۷۳	۳۷/۹۲	۷۰۵/۷۳	۳۷/۹۲	۰/۰۰۰	۰/۵۷۵	۱/۰۰
			اثر زمان*گروه	۶۹۹/۸۲	۲	۳۴۹/۹۱	۱۸/۸۰	۳۴۹/۹۱	۱۸/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۴۰۲	۱/۰۰
تحمل	درون گروهی	خطا	۱۰۴۲/۰۴	۵۶	۱۸/۰۶	-	-	-	-	-	-	
		گروه	۱۳۶۱/۱۱	۱	۱۳۶۱/۱۱	۷۲/۵۷	۱۳۶۱/۱۱	۷۲/۵۷	۰/۰۰۰	۰/۷۲۲	۱/۰۰	
		خطا	۵۲۵/۱۵	۲۸	۱۸/۷۵	-	-	-	-	-	-	
	بین گروهی	اثر زمان	۵۴۹/۶۰	۲	۲۷۴/۸۰	۱۰/۳۴	۲۷۴/۸۰	۱۰/۳۴	۰/۰۰۰	۰/۲۷۰	۰/۹۸۳	
		اثر زمان*گروه	۷۶۳/۴۶	۲	۳۸۱/۷۳	۱۴/۳۶	۳۸۱/۷۳	۱۴/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۳۳۹	۰/۹۹۸	
		خطا	۱۴۸۸/۲۶	۵۶	۲۶/۵۷	-	-	-	-	-	-	
تحمل پریشانی	درون گروهی	گروه	۱۶۹۰/۰۰	۱	۱۶۹۰/۰۰	۵۹/۸۱	۱۶۹۰/۰۰	۵۹/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۶۸۱	۱/۰۰	
		خطا	۷۹۱/۰۶	۲۸	۲۸/۲۵	-	-	-	-	-	-	
		اثر زمان	۴۳۱/۶۲	۲	۲۱۵/۸۱	۶/۵۰	۲۱۵/۸۱	۶/۵۰	۰/۰۰۳	۰/۱۸۸	۰/۸۹۲	
	درون گروهی	اثر زمان*گروه	۱۳۲۳/۶۲	۲	۶۶۱/۸۱	۱۹/۹۳	۶۶۱/۸۱	۱۹/۹۳	۰/۰۰۰	۰/۴۱۶	۱/۰۰	
		خطا	۱۸۵۹/۴۲	۵۶	۳۳/۲۰	-	-	-	-	-	-	
		گروه	۱۵۷۹/۲۱	۱	۱۵۷۹/۲۱	۹۶/۲۲	۱۵۷۹/۲۱	۹۶/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۷۷۵	۱/۰۰	
تنظیم	درون گروهی	خطا	۴۵۹/۵۱	۲۸	۱۶/۴۱	-	-	-	-	-	-	
		اثر زمان	۱۳۲۹/۸۶	۲	۶۶۴/۹۳	۲۶/۶۸	۶۶۴/۹۳	۲۶/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۴۸۸	۱/۰۰	
		اثر زمان*گروه	۸۹۱/۸۲	۲	۴۴۵/۹۱	۱۷/۸۹	۴۴۵/۹۱	۱۷/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۳۹۰	۱/۰۰	
	بین گروهی	خطا	۱۳۹۵/۶۴	۵۶	۲۴/۹۲	-	-	-	-	-	-	
		گروه	۲۰۶۴/۰۱	۱	۲۰۶۴/۰۱	۸۹/۰۸	۲۰۶۴/۰۱	۸۹/۰۸	۰/۰۰۰	۰/۷۶۱	۱/۰۰	
		خطا	۶۴۸/۷۵	۲۸	۲۳/۱۷	-	-	-	-	-	-	

بر اساس نتایج جدول ۴، در همه اثر اصلی زمان معنادار است ($P < 0/01$)، همچنین برهم‌کنش زمان*گروه در تمام موارد معنادار به‌دست آمده است ($P < 0/01$)؛ یعنی الگوی تغییر طی سه مرحله در گروه آزمایش با گروه کنترل متفاوت است و به‌طور کلی با افزایش راهبردهای سازگار، کاهش راهبردهای ناسازگار و بهبود مؤلفه‌های تحمل

پریشانی در گروه آزمایش همراه است. اثر بین‌گروهی «گروه» نیز برای همه متغیرها معنادار بود ($P < 0/01$) و به سود گروه آزمایش گزارش شد. از آنجا که اثر زمان معنادار است، برای واکاوی تفاوت‌های جفتی میان مراحل، آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی متغیرهای پژوهش

متغیرها	مؤلفه ها	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
تنظیم شناختی هیجان	سازگار	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۷/۶۷	۱/۳۴	۰/۰۰۰
	ناسازگار	پیش‌آزمون - پیگیری	-۴/۳۳	۱/۷۰	۰/۰۵۱
		پس‌آزمون - پیگیری	۲/۷۳	۱/۸۴	۰/۴۵۰
		پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۸/۹۳	۱/۳۷	۰/۰۰۰
تحمل	سازگار	پیش‌آزمون - پیگیری	۸/۵۶	۱/۳۹	۰/۰۰۰
	ناسازگار	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۳۶	۱/۴۲	۱/۰۰
		پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۸/۴۶	۱/۲۴	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون - پیگیری	-۸/۳۳	۱/۸۸	۰/۰۰۰
تحمل پریشانی	سازگار	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۸۷	۱/۰۰
	ناسازگار	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۵/۸۰	۱/۳۲	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون - پیگیری	-۴/۴۰	۱/۴۵	۰/۰۱۶
		پس‌آزمون - پیگیری	۱/۴۰	۱/۲۰	۰/۷۶۵
ارزیابی	سازگار	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۵/۳۰	۱/۵۹	۰/۰۰۷
	ناسازگار	پیش‌آزمون - پیگیری	-۳/۳۶	۱/۵۶	۰/۱۲۰
		پس‌آزمون - پیگیری	۱/۹۳	۱/۲۸	۰/۴۳۳
		پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۹/۶۷	۱/۳۹	۰/۰۰۰
تنظیم	سازگار	پیش‌آزمون - پیگیری	-۶/۷۳	۱/۲۸	۰/۰۰۰
	ناسازگار	پس‌آزمون - پیگیری	۲/۳۳	۱/۷۷	۰/۱۷۲

(۷) و سی و همکاران (۱۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت 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 (۲۴)، 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 افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری 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

با توجه به مقادیر جدول ۵ می‌توان استنباط کرد که مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی شرکت‌کنندگان شده است. این تغییرات از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شده‌اند و در دوره پیگیری نیز در بیشتر متغیرها پایدار مانده‌اند. به طور کلی این یافته‌ها نشان می‌دهند که برنامه مداخله‌ای تأثیرات مثبت و ماندگاری بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری داشته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری انجام گردید. بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در مرحله پس‌آزمون اثربخشی معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش سرآبادانی و همکاران (۸)، فرجامی و همکاران (۱۰)، بیشوف و همکاران

گفت که در این درمان به مراجع آموزش داده می شود که هر انسانی با درد روبه رو می شود و فقط کسانی با موفقیت با درد کنار می آیند که با استفاده از روش ها و تکنیک های درمان پذیرش و تعهد، درد را به رنج تبدیل نکنند و تحمل پریشانی را در خود بالا ببرند و به واسطه آن بر اضطراب های روزانه ای که بر آنها وارد می شود صبور باشند و همچنین با همجوشی زادی شناختی و فاصله گرفتن و صرفاً مشاهده افکارمان، رابطه خود با افکار را می توان تغییر داد و در نتیجه هیجانات حاصل از این افکار را هم می توان تغییر داد (۸، ۱۷).

بنابراین می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق گسلش شناختی از هم سنگ قلمداد شدن افکار مزاحم و وسواسی با اعمال اجباری و سپس نشخوار کردن این افکار جلوگیری می کند. این درمان ضمن مضر دانستن همجوشی شناختی که همان چسبیدن به افکار وسواسی در مبتلایان وسواس است و اجتناب تجربی که همان درگیر شدن و منازعه با افکار استرس زا است به آن ها در جهت رفع این مشکلات یاری می رساند. از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای اجتناب به پذیرش، تعهد بر ارزش ها، زیستن در زمان حال و دستیابی به حس های متعالی از خویشتن و تلاش در جهت تغییر ارتباط با تجربیات درونی به جای تغییر خود تجربیات تأکید می کند، واضح و روشن است که در بهبود تنظیم شناختی هیجان و افزایش تحمل پریشانی مؤثر واقع شود (۱۸، ۱۹).

انجام این پژوهش با محدودیت هایی همراه بود که از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره نمود: این پژوهش صرفاً بر روی زنان دارای اختلال وسواسی-اجباری انجام گرفته است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت گردد. علاوه بر آن اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هیچ درمان دیگری به صورت همزمان مورد مقایسه قرار نگرفت، همچنین برای سنجش متغیرهای پژوهش صرفاً از پرسشنامه استفاده شده است که به نظر می رسد این موضوع به صورت خود گزارش دهی محدودیت هایی به همراه دارد. در پایان پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی با توجه به اینکه مزیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با روان درمانی های گذشته، پیشگیری از برگشت نشانه ها می باشد دوره بلند مدت تر (حداقل دو الی شش ماه) برای پایداری اثر درمان نتایج صورت بگیرد، از دیگر درمان های روانشناختی علاوه

افسردگی که باعث افزایش شدت مشکلات می شوند، رها شوند که این امر در نهایت باعث افزایش تنظیم شناختی هیجان می شود. همچنین باید گفت که مراجعان زیادی از طیف اختلال وسواسی-اجباری نسبت به درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ که یکی از درمان رایج می باشد، 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 می شود. فرایندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش به دنبال این بود که به افراد یاد دهد، فوننی را که برای کنترل فکر به کار می گرفتند را رها نمایند، چگونه با افکار مزاحم و اضطراب زا در هم نیامیزند و چگونه هیجانانگیزان را مدیریت و کنترل نمایند. همچنین استفاده از تکنیک های گسلش و پذیرش در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می شود که افراد با آگاهی از هیجانات منفی خود، کمتر از وجود آن ها احساس رنج نمایند. بر این اساس با استفاده از فنون پذیرش و گسلش، هیجان های ناخوشایند سیری نزولی در پیش گرفته و باعث می شود که افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری توانمندی بیشتری را در تنظیم هیجانی خود به دست آورد (۱۱، ۳۳). همچنین یافته های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی زنان مبتلابه اختلال وسواسی-اجباری در مرحله پس آزمون اثربخشی معنی داری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش کشاورز و آرام فر (۱۶)، ملک محمدی و ابراهیمی مقدم (۳۴) نرگسی و همکاران (۱۵)، خو و همکاران (۱۲)، کاپل و همکاران (۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت که افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می دانند و نمی توانند به آشفتگی و پریشانی شان رسیدگی نمایند، این افراد وجود هیجان را نمی پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می کنند، زیرا توانایی مقابله ای خود با هیجان ها را دست کم می گیرند. لازم به ذکر است اگر این افراد قادر به تسکین این هیجان ها نباشند، تمام توجه شان جلب این هیجان آشفته کننده می گردد و عملکردشان به طور قابل ملاحظه ای کاهش می یابد. عدم تحمل پریشانی در شرایط استرس زا در افراد دارای اختلال وسواس جبری می تواند موجب افزایش اضطراب شود و خود این وضعیت متعاقباً پریشانی و مشکلات روان شناختی شدیدتری را به همراه دارد (۱۴). همچنین در تبیین این یافته می توان

بهبود مکانیسم‌های روان‌شناختی محوری در زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به یافته‌های به دست آمده، درمانگران این حوزه در کلینیک‌ها و مراکز خدمات روان‌شناختی می‌توانند، جهت بهبود این متغیرها در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، از این مداخله استفاده کنند و پیامدهای ناشی از این اختلال را کاهش دهند.

سیاسگزاری

بدین وسیله از کلیه افرادی که در این پژوهش مشارکت داشته‌اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنیم.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

بر درمان مذکور بر روی زنان دارای اختلال وسواس استفاده گردد و این پژوهش بر روی جوامع دیگر نیز صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگار و تحمل پریشانی و همچنین کاهش تنظیم شناختی هیجان ناسازگار مؤثر بوده است. این یافته‌ها حاکی از آن است که رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از طریق تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و آموزش پذیرش تجارب درونی به جای اجتناب از آن‌ها، توانایی افراد را در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه و افزایش ظرفیت آن‌ها برای تحمل ناراحتی‌های روان‌شناختی ناشی از وسواس‌ها به‌طور چشمگیری ارتقاء می‌بخشد. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله مؤثر و کارآمد برای

References

1. Brunelin J, Mondino M, Bation R, Palm U, Saoud M, Poulet E. Transcranial direct current stimulation for obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Brain sciences*. 2018;8(2):37. <https://doi.org/10.3390/brainsci8020037>
2. Hong W, Liu RD, Ding Y, Fu X, Zhen R, Sheng X. Social media exposure and college students' mental health during the outbreak of CoViD-19: the mediating role of rumination and the moderating role of mindfulness. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2021;24(4):282-7. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0387>
3. Calkins AW, Berman NC, Wilhelm S. Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: a review. *Current psychiatry reports*. 2013;15(5):357. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0357-4>
4. Zabet M, Karami J, Yazdanbakhsh K. Efficacy of Cognitive Emotion Regulation Training on Cognitive Abilities of Women with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Disability Studies*. 2022;12:127. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-2071-fa.html>
5. Borelli JL, Ruiz SK, Crowley MJ, Mayes LC, De los Reyes A, Lewin AB. Children's obsessive compulsive symptoms and fear-potentiated startle responses. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2015;6:101-7. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.06.006>
6. Berman NC, Shaw AM, Wilhelm S. Emotion regulation in patients with obsessive compulsive disorder: Unique effects for those with "taboo thoughts". *Cognitive therapy and research*. 2018 Oct;42(5):674-85. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9911-z>
7. Bischof C, Hohensee N, Dietel FA, Doebler P, Klein N, Buhlmann U. Emotion regulation in obsessive-compulsive disorder: An ecological momentary assessment study. *Behavior therapy*. 2024;55(5):935-49. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.01.011>
8. Sarabadani A, Hassanzadeh R, Ghanazadegan H. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance and Cognitive Emotion Regulation in Women with Generalized Anxiety Disorder. *Quarterly Journal of Applied Family Therapy*. 2023;4(2):96-114. [Persian] <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.6>
9. McRae K. Cognitive emotion regulation: A review of theory and scientific findings. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2016;10:119-24. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.06.004>
10. Farjami Z, Farjami M, Masoumi Sh, Matinpour B. The Role of Early Maladaptive Schemas, Cognitive Emotion Regulation, and Cognitive Flexibility in Predicting the Quality of Care

- Among Nurses. *Fasname-i mudiriyat-e paraštari*. 2023;12(3):52-63. [Persian] <http://ijnv.ir/article-1-1075-fa.html>
11. See CC, Tan JM, Tan VS, Sündermann O. A systematic review on the links between emotion regulation difficulties and obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*. 2022;154:341-53. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.023>
 12. Xu J, Falkenstein MJ, Kuckertz JM. Feeling more confident to encounter negative emotions: The mediating role of distress tolerance on the relationship between self-efficacy and outcomes of exposure and response prevention for OCD. *Journal of affective disorders*. 2024;353:19-26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.091>
 13. Laposi JM, Mancuso E, Abraham G, Loli-Dano L. Unified protocol transdiagnostic treatment in group format: A preliminary investigation with anxious individuals. *Behavior modification*. 2017;41(2):253-68. <https://doi.org/10.1177/0145445516667664>
 14. Hillman SR, Lomax CL, Khaleel N, Smith TR, Gregory JD. The roles of intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity and distress tolerance in hoarding disorder compared with OCD and healthy controls. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2022;50(4):392-403. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000108>
 15. Nargesi F, Fathi Ashtiani A, Davoodi E, Ashrafi A. Efficacy of Transdiagnostic Integrative Treatment on Anxiety Sensitivity, Distress Tolerance, and Obsessive-Compulsive Symptoms in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychological Achievements*. 2019;26(2):36-49. [Persian]
 16. Keshavarz M, Aramfar B. (2024). The mediating role of emotion regulation in the relationship between distress tolerance and metacognitive beliefs with obsessive-compulsive disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*. 13(7), 91-100. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-5049-fa.html>
 17. Hershberger JM, Lewis TF, Zimmerman I. Acceptance and commitment therapy as a conceptual treatment model for obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Mental Health Counseling*. 2024;46(3):188-212. <https://doi.org/10.17744/mehc.46.3.01>
 18. Hayes SC, King GA. Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2024;33:100809. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
 19. Rahmanian H, Mizabi Asl M. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Rumination and Perceived Stress in Women with Obsessive-Compulsive Disorder During the COVID-19 Pandemic. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*. 2023;12(2):163-172. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-4294-fa.html>
 20. Shirazipour M. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Rumination and Body Image Worry in Depressed Elderly Individuals. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2021;21(1):18-29. [Persian]
 21. Grau PP, Sripada RK, Ganoczy D, Weinstein JH, Pfeiffer PN. Outcomes of Acceptance and Commitment Therapy for depression and predictors of treatment response in Veterans Health Administration patients. *Journal of affective disorders*. 2023;323:826-33. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.025>
 22. Capel LK, Ona PZ, Moller C, Twohig MP. An open trial of acceptance and commitment therapy with exposure and response prevention in an intensive outpatient setting for adults with OCD. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2023;30(2):218-28. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.01.004>
 23. Twohig MP, Abramowitz JS, Smith BM, Fabricant LE, Jacoby RJ, Morrison KL, Bluett EJ, Reuman L, Blakey SM, Ledermann T. Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2018;108:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.005>
 24. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*. 2001;30(8):1311-27. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
 25. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment*. 2007;23(3):141-9. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
 26. Hassani J. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.

- Journal of Clinical Psychology. 2010;2(3):73-84.
[Persian]
27. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005 Jun;29(2):83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
 28. Hsu SH, Collins SE, Marlatt GA. Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive behaviors*. 2013;38(3):1852-8. PMID:23266526 <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.11.002>
 29. Tavakoli Z, Kazemi Zahrani H. Efficacy of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Distress Problems and Self-Regulation in Patients with Type Two Diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018;13(2):41-49. [Persian] <http://ijnr.ir/article-1-1966-fa.html>
 30. Hajisharifi R, Keshavarz S, Kakavand A. The Relationship Between Family Functioning and Distress Tolerance in Female Students: The Mediating Role of Self-Esteem. *Journal of Child Mental Health*. 2023;10(1):17-31. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-1280-fa.html> <https://doi.org/10.61186/jcmh.10.1.3>
 31. Hayes SC, Strosahl KD, Strosahl K, editors. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media; 2004. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7>
 32. Asli Azad M, Manshaei Gh, Ghamrani E. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Ambiguity Tolerance in Students with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2019;9(36):33-53. [Persian]
 33. Malekmohammadi S, Ebrahimi Moghaddam H. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance and Emotion Regulation in Divorced Women. *Tehran University of Medical Sciences*. 2023;66(3):653-666. [Persian].