



Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Social Adjustment in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Somayeh Bordbar¹, Parisa Peyvandi^{2*}, Arezoo Tari Moradi³, Masoumeh Zhian Bagheri⁴,
Saeed Mahmoudinia⁵

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.
5. Assistant Professor, Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Corresponding Author: Parisa Peyvandi, Assistant Professor, Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email: Parisapeyvandi@gmail.com

Received: 2025/10/30

Accepted: 2026/01/18

Abstract

Introduction: Individuals with obsessive-compulsive disorder may have difficulty in social adjustment with others, and appropriate therapy can improve their social adjustment. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on social adjustment in individuals with obsessive-compulsive disorder.

Methods: The research method in this study was a semi-experimental design and pre-test, post-test, and forty-five days' follow-up with a control group. The statistical population included all individuals with obsessive-compulsive disorder referred to psychological centers in Tehran in 2024. Among them, 60 individuals were selected based on the entry criteria and by convenience sampling, and simple randomly were assigned to 3 groups (20 people). The first experimental group received the schema therapy in 8 sessions of 90 minutes, the second experimental group received the acceptance and commitment therapy in 11 sessions of 90 minutes, and the control group was on the waiting list. The research instrument included the Bell Adult Adjustment Inventory. The obtained data were analyzed using repeated measures of variance analysis and the Bonferroni post hoc test in SPSS. 23.

Results: The findings showed that there was a significant difference between the experimental groups and a control group ($P < 0.05$); and both schema therapy and acceptance and commitment therapy interventions reduced social adjustment scores in individuals with obsessive-compulsive disorder, and the effect of these therapeutic interventions in the follow-up phase has been stable ($F = 4.72, \eta^2 = 0.17$). Also, the results of the Bonferroni post hoc test showed that there was no significant difference between the effectiveness of acceptance and commitment therapy intervention and schema therapy intervention on the social adjustment variable ($P < 0.05$).

Conclusions: According to the research findings, it can be concluded that schema therapy and acceptance and commitment therapy interventions can be effective in improving social adjustment of individuals with obsessive-compulsive disorder; and it is recommended that therapists and counselors use these therapeutic methods to improve the social adjustment of individuals with obsessive-compulsive disorder.

Key words: Obsessive-Compulsive Disorder, Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Social Adjustment.



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی افراد دارای اختلال وسواس فکری - عملی

سمیه بردبار^۱، پریسا پیوندی^{۲*}، آرزو تاری مرادی^۳، معصومه ژیان باقری^۴، سعید محمودی نیا^۵

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۵- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

نویسنده مسئول: پریسا پیوندی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

ایمیل: Parisapeyvandi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۸

چکیده

مقدمه: افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی ممکن است در سازگاری اجتماعی دچار مشکل شوند و درمان مناسب می تواند سازگاری اجتماعی آنان را بهبود بخشد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی افراد دارای اختلال وسواس فکری - عملی انجام شد.

روش کار: روش تحقیق در این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون بسط یافته با گروه کنترل به همراه مرحله پیگیری چهل و پنج روزه بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی مراجعه کننده به مراکز روانشناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. از میان آنها تعداد ۶۰ نفر بر اساس ملاک های ورود و به شیوه نمونه گیری در دسترس گزینش شده و به صورت تصادفی در سه گروه (۲۰ نفری) گمارده شدند. گروه آزمایشی اول تحت آموزش طرحواره درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند؛ گروه آزمایشی دوم درمان پذیرش و تعهد را در ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزش دیدند؛ و گروه کنترل در فهرست انتظار بودند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل بود. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرنی در نرم افزار SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** یافته ها نشان داد که بین گروه های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود داشت ($P < 0/05$)؛ و هر دو مداخله طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش نمرات سازگاری اجتماعی در افراد دارای اختلال وسواس فکری - عملی شده و تاثیر این مداخلات درمانی در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است ($F = 4/72, \eta^2 = 0/17$). همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بن فرنی حاکی از آن بود که بین اثربخشی آموزش مداخله درمان پذیرش و تعهد و مداخله طرحواره درمانی بر متغیر سازگاری اجتماعی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که مداخلات طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد می توانند برای بهبود سازگاری اجتماعی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی کارآمد باشند؛ و توصیه می گردد که درمانگران و مشاوران از این روش های درمانی برای بهبود سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا استفاده کنند. **کلیدواژه ها:** اختلال وسواس فکری - عملی، سازگاری اجتماعی، طرحواره درمانی، درمان پذیرش و تعهد.

یکی از اختلال‌های روان‌شناختی مزمن که توجه بسیاری از روان‌شناسان، روان‌پزشکان و پژوهشگران را به خود جلب کرده و سلامت روانی افراد مبتلا را با آسیب جدی مواجه می‌سازد، اختلال وسواس فکری-عملی است (۱،۲). اهمیت این اختلال و توجه به آن تا جایی است که در نسخه پنجم کتابچه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition- DSM-5) طبقه تشخیصی مستقلی را به خود اختصاص می‌دهد (۳). این اختلال به عنوان یک اختلال اضطرابی پیچیده، تضعیف‌کننده و مزمن، ۲ تا ۳ درصد کودکان و بزرگسالان را متأثر می‌سازد (۴). در ایران شیوع اختلال وسواس فکری-عملی ۶/۸ درصد و در بین زنان ۹/۳ درصد برآورد شده است (۵، ۶).

اختلال وسواس فکری-عملی، نشانگان عصبی-روان-پزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری، آزاردهنده و آیین‌مند (اعمال وسواسی) می‌باشد که بیمار به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی‌سازی اعمال وسواسی انجام می‌دهد (۸). به عبارتی، این افکار و اعمال وسواسی از خصیصه‌های اصلی اختلال وسواس فکری-عملی می‌باشند (۹). عموم افراد مبتلا، دارای هر دو علائم فکری و عملی هستند. افکار و اعمال تکراری حاصل از اختلال وسواس فکری-عملی به شکل غیرارادای بروز کرده و برای مبتلایان اموری لذت‌بخش نیستند (۲). در حالی که فرد به بی‌معنی بودن این افکار و اعمال واقف است، اما باز وجود آن برای فرد ایجاد آشفتگی روان‌شناختی و هیجانی می‌کند. کنترل افکار وسواسی و تصاویر ذهنی یا تکانه‌های ناخواسته برای فرد مبتلا بسیار دشوار به نظر می‌رسد (۱۰). شایع‌ترین وسواس‌های فکری شامل ترس از آلودگی، تکانه‌های جنسی یا پرخاشگرانه، مشکلات بدنی، مذهب، تقارن و نظم است (۱۱). در حالی که وسواس عملی به رفتارهایی چون شمارش، شستن، واریسی یا بازبینی و اجتناب اطلاق می‌شود (۱۲). مطالعات نشان می‌دهد که مبتلا بودن به اختلال وسواس فکری-عملی می‌تواند از چندین بعد اثرات مخربی بر زندگی افراد داشته باشد، یکی از این ابعاد سازگاری است (۱۳).

سازگاری در دهه‌های اخیر به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت، توجه بسیاری از متخصصان تعلیم و تربیت،

روانشناسان و جامعه‌شناسان را به خود جلب کرده است. سازگاری مفهومی پیچیده و چندوجهی و فرآیندی مداوم و پویا است که نشان‌دهنده تطابق فرد با محیط می‌باشد (۱۴). یکی از ابعاد مهم سازگاری، یعنی سازگاری اجتماعی به معنای توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران به طریق خاص است که این سازگاری در نتیجه تغییر خود یا تغییر محیط به دست می‌آید (۱۵). ویژگی‌های شناختی و هیجانی خاص در افراد با نشانگان وسواس فکری-عملی همچون افکار وسواسی، اجاره‌های رفتاری و عدم قطعیت، می‌تواند به انزوای اجتماعی و ناکارآمدی در روابط بین فردی بیانجامد (۱۶). باورهای غیرمنطقی این افراد می‌توانند موجب تحریف شناختی، هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه شوند (۱۷). افراد دارای این باورها معمولاً در رویارویی با ناکامی‌ها و تعاملات اجتماعی ناکارآمد عمل می‌کنند (۱۸). در این راستا، نتایج تحقیقات حاکی از آنند که بیماران دارای اختلال وسواسی خودشان را در متغیر سازگاری اجتماعی نسبت به دیگر گروه‌ها در سطح پایین‌تری ارزیابی می‌کنند (۱۹). از این رو به کارگیری روش‌های درمانی که منجر به تغییر تجارب ناسازگار گردد، اثربخش خواهد بود (۲۰). برای درمان اختلال وسواس فکری-عملی روش‌های روان‌شناختی گوناگونی وجود دارد (۱۲)، در پژوهش حاضر، دو رویکرد طرحواره‌درمانی (Schema Therapy) و درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) مورد توجه قرار گرفته است. از برنامه‌هایی که در این راستا می‌تواند به مبتلایان به اختلال کمک کند، طرحواره‌درمانی است (۲۱). طرحواره‌درمانی توسط جفری یانگ (Jeffrey Young) پایه‌گذاری شده است، و عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. یانگ معتقد است که طرحواره‌ها، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند. در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در سیر زندگی تداوم دارند، درباره خود و رابطه با دیگران هستند و در عین حال به شدت ناکارآمدند (۲۲). شواهد نشان می‌دهد بیماران با وسواس فکری-عملی بعضی از طرحواره‌های خاص را بیشتر مورد استفاده قرار می‌دهند (۲۳). طرحواره‌درمانی با شناسایی و اصلاح این طرحواره‌ها می‌تواند روابط بین فردی سالم‌تری را در مبتلایان به وسواس فکری-عملی پرورش

دهد (۲۴). این درمان به شکل فردی یا گروهی در مورد سازگاری اجتماعی به کاررفته است (۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸). از دیگر روش های درمانی پر کاربرد برای اختلال وسواس فکری- عملی درمان پذیرش و تعهد است (۲۹). درمان پذیرش و تعهد نشأت گرفته از یک تئوری فلسفی به نام عمل گرایی (Pragmatism) است و بر اساس یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت پدید آمده است، که نظریه چارچوب رابطه های ذهنی (Relation Frame Theory «RFT») خوانده می شود (۳۰). این درمان با استفاده از شش فرایند مرکزی منجر به انعطاف پذیری روان شناختی در مراجعین می شود. پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه شش فرایندی است که در روش درمانی پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می گیرد (۳۱). در درمان پذیرش و تعهد، کارکرد تجارب روان شناختی و فعالیت های معنادار زندگی بدون توجه به وجودشان پیگیری می شود (۳۲). این مداخلات حول وحوش دو فرایند اصلی تمرکز دارند: پذیرش تجربیات درونی ناخواسته که قابل کنترل نیستند و تعهد به زیستن یک زندگی ارزشمند و اقدام در جهت آن (۳۳). در این درمان با استفاده از استعاره ها و پارادوکس ها به مراجع، روش های آگاهی آموزش داده می شود تا مراجع بتواند به جای درک محیط خارجی و داخلی به واسطه آنچه در تفکر او در جریان است، مستقیم با واقعیت اکنون و اینجا ارتباط برقرار کند و بتواند گزینه های مناسب تر و نزدیک تری به ارزش های خود انتخاب کند (۳۴). این درمان به شکل فردی یا گروهی در مورد سازگاری اجتماعی به کاررفته است (۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷ و ۳۸).

عود علایم اختلال وسواس فکری- عملی و عدم موفقیت کامل رویکردها و مدل های درمانی در بهبودی علایم این اختلال، اهمیت مطالعه در این حوزه را برجسته تر می کند (۷). بنابراین، پرداختن به مداخله های اثربخش برای افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی ضروری است و می تواند راهگشا باشد. نوآوری مطالعه حاضر این است که به طور هم زمان به اثربخشی دو روش درمانی طرحواره- درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد با اختلال وسواس فکری- عملی پرداخته است. در میان پژوهش های متعددی که در زمینه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی انجام شده است، خلاً پژوهشی در خصوص سازگاری اجتماعی در مبتلایان وجود دارد. لذا با توجه به

نقش سازگاری اجتماعی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی و با عنایت بر انجام پژوهش های محدود در این زمینه، انجام پژوهش حاضر ضرورت دارد. در این پژوهش محقق سعی در پاسخگویی به این سوال است که آیا بین اثربخشی و پایداری اثر طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی تفاوت وجود دارد؟

روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری (یک ماه و نیمه) بود. جامعه آماری شامل تمامی مراجعین مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی بود که در سال ۱۴۰۳ به مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره شهر تهران (مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی مادر و مرکز مشاوره و خدمات شناختی مهراندیش) مراجعه کرده و بر اساس نظر روانشناس و روانپزشک مرکز تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی گرفته بودند. برای محاسبه حجم نمونه در پژوهش از فرمول آماری اندازه نمونه برای مقایسه دو میانگین

$$n = \left[\frac{z^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2} \right]$$

استفاده شد (۳۹). بدین منظور، تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی انتخاب و به پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل (Bell Adjustment Inventory) پاسخ دادند. معیارهای ورود به تحقیق شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، تشخیص ابتلا به اختلال وسواس فکری- عملی با مصاحبه تشخیصی روانشناس و نظر روانپزشک مرکز، اعلام رضایت آگاهانه و کتبی جهت شرکت و همراهی در مراحل درمانی و حداقل تحصیلات سوم راهنمایی بود. ملاک خروج از مطالعه شامل وجود اختلالات روانی همزمان مثل افسردگی، دوقطبی، اسکیزوفرنی، سوء مصرف مواد و عقب ماندگی و ... دریافت درمان های دارویی و روانشناختی در ۶ ماه گذشته، عدم تمایل برای ادامه شرکت در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی و حضور در مداخله مشابه به طور همزمان بود. لازم به ذکر است که شرکت کنندگان در گروه های نمونه بر اساس جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات همتاسازی شدند. جلسات مداخله طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد

سمیه بردبار و همکاران

بر اساس دستورالعمل یانگ و همکاران (۴۰) و توهیگ (Twohig) و همکاران (۴۱) بود. روایی محتوایی برنامه های پیشنهاد شده توسط سازندگان برنامه ها تأیید شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمانی

جلسه	محتوا و موضوعات جلسات
۱	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، بیان اهمیت و هدف درمان و صورت بندی مشکلات آزمودنی ها در قالب طرحواره درمانی، اجرای پیش-آزمون.
۲	بررسی شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته و بحث پیرامون طرحواره های سالم و ناسالم.
۳	آموزش تکنیک های شناختی نثرل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره های موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله ای.
۴	تقویت مفهوم انسان سالم، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و ارائه راهکارهای بیرون ریختن عواطف، آموزش برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی.
۵	آموزش تکنیک های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها.
۶	آموزش رابطه درمانی و چگونگی برقراری رابط با افراد مهم زندگی و ایفای نقش.
۷	تمرین رفتارهای سالم و آموزش الگوهای رفتاری جدید، بررسی مزایا و معایب رفتار سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار.
۸	مرور جلسات قبل و تمرین راهکارهای یاد گرفته شده، انجام پس آزمون.
خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۱	آشنایی و معارفه، برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، انجام پیش آزمون، توضیح مختصر در مورد روش درمانی، شناسایی رنج و مشکل اصلی مراجع و ذهنآگاه کردن مراجع نسبت به این رنج و تمرین ذهن آگاهی، شرح ناامیدی خلاقانه و استفاده از استعاره چاله و بیلچه و تکلیف شناسایی بیلچه ها.
۲	بررسی تکلیف، ایجاد بینش در فرد درباره مشکل و به چالش کشیدن کنترل، کمک به درک و احساس پیامدهای واقعی کنترل ذهن و پیامدهای کوتاهمدت و بلندمدت، تمرین کارایی کنترل هیجانی / شناختی / رفتاری، پیشنهاد پذیرش به عنوان جایگزین و تمثیل هیولا تکلیف رنج پاک و ناپاک.
۳	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مرور پذیرش و تنبیه، توصیف هم جوشی زدایی با گسلس شناختی.
۴	توصیف در مقابل ارزیابی تجربیات، تمرین ذهن آگاهانه برچسب زدن به افکار، نقض قوانین، تقویت مفهوم پذیرش با استعاره مهمان.
۵ و ۶	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مرور پذیرش (تمرینات خود شفقتی، توجه انعطاف پذیر همراه با هیجان دردناک، تغییر به مرور همجوشی زدایی) تمرینات: دیدن افکار به صورت عینی تر، کاربرد تکنیک های ذهن آگاهی (تمرینات قرار دادن افکار روی پرده سینما، چراغ قوه، الگو سازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات به عنوان یک فرآیند).
۷ و ۸	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، مشاهده خود به عنوان زمینه (تمرینات: تو در نقش خانه، آسمان و برف صفحه شطرنج، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر آموزش).
۹	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، معرفی مفهوم ارزش، معرفی حوزه های زندگی، تعیین اولویت، اهمیت، موفقیت، استعاره (تشیع جنازه، تولد، کارگردان و ...)، شناسایی ارزش های زندگی فرد و سنجش ارزش ها بر مبنای اهمیت آنها.
۱۰	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مرور ارزش ها، تعریف تعهدات رفتاری و تأکید بر اقدامات، ارائه راهکارهای عملی برای رفع موانع ارزش ها، درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش ها و فراهم کردن منابع بعد از فرآیند درمان.
۱۱	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، جمع بندی مفاهیم بررسی شده طی جلسات، تشویق مراجع برای حرکت در مسیر هدفمند، درخواست فرد برای توضیح دست آوردهایش از جلسات درمان و اجرای پس آزمون.

مولفه سازگاری فرد (خانواده، تندرستی، اجتماعی، عاطفی و شغلی) را می سنجد. هریک از این خرده مقیاس ها از ۳۲ سؤال تشکیل شده است. هر سوال با انتخاب (گزینه) بلی = ۱ یا خیر و نمی دانم (= ۰) پاسخ داده می شود و دامنه

برای گردآوری داده ها ابزار زیر مورد استفاده قرار گرفت:

پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل (Bell Adjustment Inventory): این پرسشنامه توسط بل (۱۹۶۲) طراحی شده است. پرسشنامه شامل ۱۶۰ سوال است که پنج

نمره ها بین صفر تا ۳۲ می باشد. نمره کمتر در آزمون نشانگر سازگاری بیشتر است. بل روایی بالای این پرسشنامه را در تشخیص گروه های بهنجار از روان آزرده گزارش کرده است و ضریب همبستگی ابزار با آزمون شخصیت آیزنک را معادل ۰/۵۶ به دست آورد. پایایی کلی پرسشنامه ۰/۹۴ برآورد شد (۴۲). در ایران این پرسشنامه بعد از ترجمه و ویرایش به صورت تصادفی بر روی ۲۵۰ نفر اجرا شد و روایی عاملی آن مورد تایید قرار گرفت و نتایج مربوط به تحلیل بار عاملی سوالات نشان داد که تمامی سوالات بار عاملی بالای ۰/۵ داشتند. همچنین، روایی همگرایی ابزار با مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا ($r=0/67$) و مثبت معنی دار بود. ضریب پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد (۳۳). در این پژوهش از خرده مقیاس اجتماعی استفاده شده است. در پژوهش حاضر، روایی صوری و محتوا با روش کیفی و با استفاده از نظر ۳ نفر از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج مطلوب گزارش شد؛ و پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

پس از کسب مجوز و دریافت کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، هماهنگی با مدیریت مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی مادر و مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی مهراندیش انجام گرفت و اهداف و مراحل اجرای پژوهش برای آنها توضیح داده شد. در ادامه، از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عمل تشخیص گرفته با نظر روانشناس و روانپزشک و دارای پرونده پزشکی در مرکز درخواست شد به پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل پاسخ دهند. بعد از استخراج نمرات، از بین افرادی که در پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل نمره بیشتر از میانگین (کسب نمره برش «بر اساس انحراف از میانگین» در آزمون) را کسب کرده بودند، تعداد ۶۰ نفر که مایل به شرکت در این پژوهش بودند، انتخاب شده و رضایت نامه کتبی از آنها اخذ گردید، و به طور تصادفی در ۳ گروه آموزش طرحواره درمانی، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. شایان ذکر است که از گروه طرحواره درمانی ۳ نفر، از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴ نفر و از گروه کنترل ۴ نفر به دلیل مشکلات شخصی و رضایت نداشتن از ادامه مراحل درمان انصراف دادند و تعداد آزمودنی هایی که تا پایان کار باقی ماندند ۴۹ نفر (گروه طرحواره درمانی ۱۷ نفر، از گروه درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد ۱۶ نفر و از گروه کنترل ۱۶ نفر) بودند. در ادامه، برای گروه آزمایش اول مداخله طرحواره درمانی در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (هفته ای یک جلسه) اجرا گردید و گروه دوم تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۱ جلسه ۱/۵ ساعته (هفته ای یک جلسه) قرار گرفتند. گروه سوم نیز به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار بودند. جهت جلوگیری از آلودگی اطلاعات و سوگیری در پژوهش حاضر، آموزش مداخلات در فواصل زمانی متفاوت انجام گرفت. پس از اتمام جلسات درمانی، مطابق روش پیش آزمون مجدداً نمره سازگاری اجتماعی هر ۳ گروه به عنوان پس آزمون و همچنین یک ماه و نیم پس از آخرین روز آموزش (پیگیری) گرفته و داده ها جمع آوری شد.

جلسات مداخلات آموزشی در مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی مادر و مهراندیش در شهر تهران برگزار گردید. به منظور رعایت کردن ملاحظات اخلاقی آزمودنی ها، اهداف پژوهش، فرایند کار و مدت زمان لازم برای اجرای مداخله به طور کامل به بیماران توضیح داده شد و رضایت نامه کتبی از آنها اخذ گردید. سپس، پرسشنامه های آنها کدگذاری شد و اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری کاملاً رعایت گردید. لازم به ذکر است که پس از اتمام دوره مداخله گروه های آزمایش، برنامه های مداخله ایی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد در اختیار بیماران حاضر در گروه کنترل قرار گرفت. این پژوهش دارای مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با کد اخلاق شماره IR.IAU.K.REC.1403.188 می باشد. داده ها با استفاده از آزمون های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی در نرم افزار SPSS (نسخه ۲۳) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

یافته های حاصل از داده های جمعیت شناختی بیانگر آن بود که میانگین سن گروه طرحواره درمانی ۳۴/۴۷ با انحراف استاندارد ۶/۱۲؛ میانگین سن گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۷/۶۲ با انحراف استاندارد ۵/۰۱ و میانگین سن گروه کنترل ۳۵/۱۸ با انحراف استاندارد ۵/۹۶ بود. غالب بیماران یعنی ۲۸ نفر (۵۷/۱ درصد) زن و ۲۱ نفر (۴۲/۹ درصد) مرد بودند. همچنین، ۲۳ نفر (۴۶/۹ درصد) مجرد و ۲۶ نفر (۵۳/۱ درصد) متاهل بودند. میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری در گروه طرحواره درمانی ۳/۷۰؛ میانگین سابقه بیماری

سمیه بردبار و همکاران

سن، جنسیت، وضعیت تاهل و مدت ابتلا بیماری در گروه های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$). شاخص های آزمودنی ها بر حسب ویژگی های جمعیت شناختی در (جدول ۲) آمده است.

گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳/۹۳ و میانگین مدت زمان بیماری گروه کنترل ۳/۸۵ بود. مطابق با نتایج آزمون تحلیل واریانس (در مورد سن و مدت ابتلا بیماری) و کای اسکور (در مورد جنسیت و وضعیت تاهل) بین میزان

جدول ۲: ویژگی های جمعیت شناختی افراد گروه نمونه پژوهش

متغیر	گروه طرحواره درمانی	گروه پذیرش و تعهد	گروه کنترل
۱. سن : میانگین (انحراف استاندارد)	۳۴/۴۷ (۶/۱۲)	۳۷/۶۲ (۵/۰۱)	۳۵/۱۸ (۵/۹۶)
۲. جنسیت: فراوانی (درصد)	زن ۹ (۵۲/۹)	۱۰ (۶۲/۵)	۹ (۵۶/۳)
مرد	۸ (۴۷/۱)	۶ (۳۷/۵)	۷ (۴۳/۸)
۳. وضعیت تاهل: فراوانی (درصد)	مجرد ۹ (۵۲/۹)	۷ (۴۳/۸)	۷ (۴۳/۸)
متاهل	۸ (۴۷/۱)	۹ (۵۶/۳)	۹ (۵۶/۳)
۴. مدت زمان بیماری: میانگین	۳/۷۰	۳/۹۳	۳/۸۵

اجتماعی در گروه های آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری بود. برای تعیین معناداری تغییرات حاصل شده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید.

در بخش کمی ابتدا، میانگین و انحراف استاندارد متغیر سازگاری اجتماعی برای گروه های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری محاسبه شد. نتایج در (جدول ۳) گزارش شد. اطلاعات مندرج در جدول حاکی از کاهش نمره های میانگین در متغیر سازگاری

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیر پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه

متغیر	مرحله گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سازگاری اجتماعی	طرحواره درمانی	۱۸/۳۵	۳/۱۰	۱۵/۰۵	۲/۷۰	۲/۷۴
	پذیرش و تعهد	۱۹/۵۰	۳/۱۴	۱۴/۳۱	۲/۸۶	۳/۰۸
	گروه کنترل	۱۸/۵۰	۲/۴۲	۱۸/۸۱	۲/۴۸	۲/۶۲

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، پیش فرض های این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد که مقادیر به دست آمده از ۰/۰۵ بزرگتر و توزیع نمرات نرمال می باشد ($P > 0/05$). نتایج آزمون لوین نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی واریانس های خطای متغیر پژوهش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به خوبی رعایت شده است ($P > 0/05$). بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی حاکی از عدم رعایت این مفروضه در متغیر سازگاری اجتماعی بود و ساختار ماتریس واریانس-کوواریانس برای این متغیر

تایید نشد ($P < 0/05$). لذا، از آزمون تحلیل واریانس تعدیل یافته با به کارگیری تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده شد. در ادامه، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت متغیر سازگاری اجتماعی بین گروه های آزمایش و گروه کنترل استفاده شد. در مرحله اول، آزمون های چهارگانه تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت بین گروه های آزمایش و کنترل استفاده گردید. نتایج نشان داد که F محاسبه شده آزمون لامبدای ویلکز معنادار است ($P < 0/05$). نتایج در (جدول ۴) گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نمرات متغیر پژوهش

متغیر	عامل	آزمون	مقدار	F	سطح معناداری	مجذور اتا
سازگاری اجتماعی	زمان	اثر پیلایی	۰/۹۳	۳۲۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۹۳
		لامبدا و یکلز	۰/۰۶	۳۲۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۹۳
		اثر هتلینگ	۱۴/۳۰	۳۲۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۹۳
		آزمون بزرگترین ریشه روی	۱۴/۳۰	۳۲۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۹۳
تعامل زمان و گروه	گروه	اثر پیلایی	۰/۹۳	۱۹/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶
		لامبدا و یکلز	۰/۰۹	۵۲/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰
		اثر هتلینگ	۹/۸۷	۱۰۸/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳
		آزمون بزرگترین ریشه روی	۹/۸۵	۲۲۶/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰

اجتماعی با توجه به مقادیر F تفاوت معناداری را نشان می دهند ($P < 0.05$). به عبارت دیگر مداخلات درمانی به طور معناداری موجب کاهش نمرات متغیر سازگاری اجتماعی گروه های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده بود.

در مرحله بعد، برای بررسی تفاوت متغیر سازگاری اجتماعی در گروه های آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج حاصله در جدول (۵) آمده است. نتایج نشان داد که اثرات اصلی عضویت گروهی (آموزش طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد) در گروه های نمونه در مجموع، از نظر نمرات سازگاری

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه ها در متغیر پژوهش

متغیر	عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
سازگاری اجتماعی	زمان	۲۲۰/۳۴	۱/۲۸	۱۷۱/۸۴	۱۰۳/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹
		۱۵۲/۹۱	۲/۵۶	۵۹/۶۲	۳۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	خطا	۹۸/۱۸	۵۸/۹۸	۱/۶۶			
	گروه	۲۰۳/۶۱	۲	۱۰۱/۸۰	۴/۷۲	۰/۰۱۴	۰/۱۷

* نتایج بر اساس اصلاح اسپیلون گرین هاوس- گیسر ارائه شده است.

کنترل ۲/۴۳- با خطای استاندارد ۰/۹۴ محاسبه گردید. نتایج نشان داد که تفاوت میانگین در متغیر سازگاری اجتماعی در گروه طرحواره درمانی و گروه درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل معنادار بود ($P < 0.05$). همچنین، بین اثربخشی گروه طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد در متغیر سازگاری اجتماعی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$).

در ادامه، جهت مقایسه دو به دو داده ها از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. نتایج در (جدول ۶) گزارش شده است. نتایج آزمون بن فرونی نشان داد که تفاوت میانگین در متغیر سازگاری اجتماعی در گروه طرحواره درمانی- کنترل ۲/۵۷- با خطای استاندارد ۰/۹۳ به دست آمد؛ و تفاوت میانگین در متغیر سازگاری اجتماعی برای گروه درمان پذیرش و تعهد-

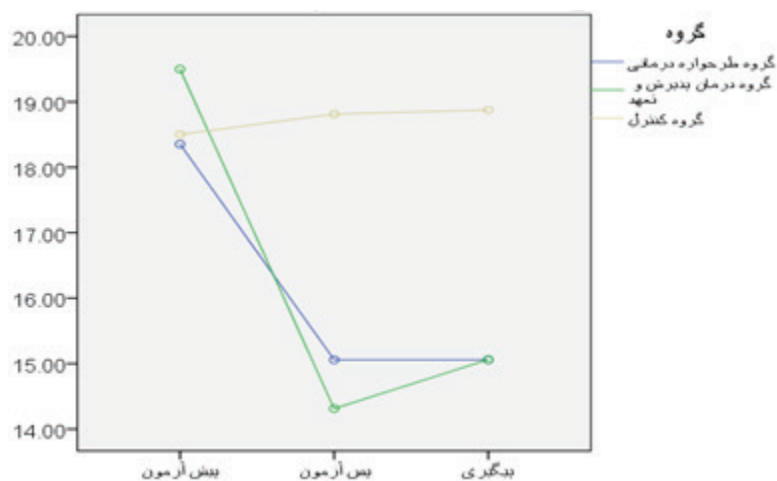
جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای بررسی تفاوت اثربخشی مداخلات درمانی بر متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
سازگاری اجتماعی	طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد	-۰/۱۳	۰/۹۳	۱/۰۰
	طرحواره درمانی و گروه کنترل	-۲/۵۷*	۰/۹۳	۰/۰۲۵
	درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل	-۲/۴۳*	۰/۹۴	۰/۰۴۰

و پیگیری) و در گروه های آزمایش و کنترل نشان داده شده است.

در آخر، با استفاده از نمودار، نحوه روند تغییر میانگین متغیر پژوهش طی سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون

سمیه بردبار و همکاران



نمودار ۱: اثر تعامل زمان و گروه بر سازگاری اجتماعی

این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند (۳۵). این افراد طرحواره‌هایی چون بی‌ارزشی، طرد و تنبیه را برجسته‌تر کرده‌اند. اطلاعات همخوان با طرحواره را تأیید و اطلاعات ناهمخوان با آن را نادیده می‌گیرند و این روند را در کلیه سطوح زندگی خویش تداوم می‌بخشند (۲۷). یکی از دلایل قوی در مورد ناسازگاری اجتماعی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، خطاهای شناختی و باورهای معیوب در موقعیت‌های اجتماعی است که ریشه در خاطرات کودکی و محیط شخص دارد. با در نظر گرفتن خطاهای شناختی و الگوهای از پیش تعیین شده، درمان‌هایی که نظام باور فرد را تغییر دهند موفق‌تر هستند. طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و با استفاده از راهبردهای هیجانی، شناختی، رفتاری و بین‌فردی، بیماران را در غلبه بر افکار تحریف شده یاری می‌دهد (۲۶). در بعد شناختی، این روش درمانی کمک می‌کند تا افراد دلایل کاهش سازگاری خود را ناشی از افکار خود بدانند و با استفاده از آزمون کردن اعتبار درستی طرحواره و پیدا کردن تعریفی جدید از شواهد تأییدکننده یا ردکننده طرحواره، طرحواره منتج از آن را زیر سؤال ببرند و دیدگاه خوش‌بینانه‌تری نسبت به افراد و جهان پیدا کنند. شکل‌گیری دیدی خوش‌بینانه نسبت به افراد و جهان نیز می‌تواند منجر به افزایش سازگاری اجتماعی شود. در واقع، طرحواره درمانی با کار بر روی صدهای درونی شده و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرحواره‌ها، کمک می‌کند تا بیماران به ریشه افکار خود، آگاهی یابند و با استفاده از آزمون کردن اعتبار درستی آن، دیدگاه جدید به خود، دنیا و

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی افراد دارای اختلال وسواس فکری-عملی انجام گرفت.

اولین یافته مطالعه حاضر نشان داد که مداخله طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی افراد دارای اختلال وسواس فکری-عملی موثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های عیسی زاده و همکاران (۲۵)، خساره و همکاران (۲۶)، رضاپوریان و هارون رشیدی (۲۷) و دباغی ظریف و رضایی (۲۸) همسو است.

عیسی زاده و همکاران (۲۵) در مطالعه‌ای نشان دادند که دوازده جلسه طرحواره درمانی به طور معنی‌داری سازگاری اجتماعی ۲۰ نفر از افراد دارای اختلال هویت جنسی را افزایش داده و تاثیر درمان در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. نتایج مطالعه خساره و همکاران (۲۶) نیز حاکی از آن بود که ده جلسه طرحواره درمانی بر سازگاری اجتماعی ۱۵ نفر از دانش‌آموزان دختر شهرستان کرمان موثر بوده است. رضاپوریان و هارون رشیدی (۲۷) در پژوهشی نشان دادند که هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی طرحواره درمانی بر سازگاری اجتماعی ۱۵ نفر از زنان مبتلا به سرطان موثر بوده و تاثیر درمان در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. همچنین، دباغی ظریف و رضایی (۲۸) نشان دادند که ده جلسه هفتگی‌ای دو ساعت طرحواره درمانی بر سازگاری اجتماعی ۱۵ نفر از دانش‌آموزان ناسازگار تأثیر داشت.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند

درمان پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی ۱۷ بیمار قلبی-عروقی شهر اصفهان اثربخش بوده و این تاثیرات پایداری خود را نیز در مرحله پیگیری حفظ کرده بود. برای تبیین این یافته می توان گفت که وسواس فکری-عملی با اختلال در سازگاری اجتماعی همراه است. شواهد نشان می دهد که بیماران مبتلا نسبت به افراد سالم عملکرد اجتماعی ضعیف تری دارند و عملکرد اجتماعی ضعیفی در حوزه های مرتبط با روابط شخصی از خود نشان می دهند. این افراد در توانایی سازماندهی افکار، احساسات و اعمال مرتبط با ارزش ها نقص دارند (۱۹). از این رو، فرآیندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند برای مبتلایان به اختلال مفید باشد. هدف این شیوه درمانی، کمک به این افراد برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روان شناختی است. این انعطاف پذیری روان شناختی از طریق شش فرآیند اصلی ایجاد می شود. یکی از فرآیندهای مؤثر این درمان «پذیرش» است. در این روش به جای تمرکز بر روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب زا، به افراد مبتلا کمک می شود تا هیجانات و شناخت های کنترل شده خود را بپذیرند و از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. این پذیرش باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به این تجربیات در آنها می شود و در نتیجه کمتر تهدیدکننده به نظر خواهند رسید (۳۵). این شیوه درمانی بر این نکته تأکید دارد که تغییرات هنگامی رخ می دهد که فرد قادر باشد، رخدادها را با افزایش گسلس ارتباط دهد؛ این گسلس افکار و واکنش های منفی را کاهش می دهد و سبب افزایش پذیرش روانی می شود. افزایش گسلس روان شناختی و آگاهی از افکار و اعمال به فرد مبتلا کمک می کند تا روابط منفی را بین واکنش ها مشاهده کند و تصمیم بگیرد که از الگوهای مناسب برای رفتار خود استفاده نماید (۳۶). تمرین های ذهن آگاهی استفاده شده در جلسات درمانی شامل توجه متمرکز به خود باعث شد که مبتلایان به جای اینکه رویدادهای ذهنی را به عنوان قسمتی از وجود خود بدانند، آنها را فقط مشاهده کنند. در این تمرین ها به افراد مبتلا تن آرامی، فن تنفس، بینش و توانش هایی برای مقابله با تنیدگی ها و شکایات آموزش داده شد که انتظار می رفت این افراد بازخورد مثبت تر نسبت به توانایی های خود داشته باشند و با تفکرات فاجعه پندارانه و دیدگاه قضاوتی و سخت گیرانه به خود به صورت

آینده پیدا کنند. تکنیک های شناختی و رفتاری این درمان می تواند به بهبود سازگاری اجتماعی افراد دارای اختلال وسواس فکری-عملی یاری برساند. تکنیک های شناختی همچون آزمون اعتبار طرحواره به مبتلایان کمک می کنند تا از طرحواره ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بدانند. تکنیک های رفتاری مثل ایفای نقش و مواجهه و پیشگیری از پاسخ، جانشین نمودن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه را در فرد مبتلا فعال می سازند و شرایطی را مهیا می کنند تا مبتلایان بی ثباتی هیجانی و مشکلات بین فردی مزمن زندگی را کاهش داده و از راهبردهای مقابله ای بهنجار و سازگارانه استفاده نمایند (۲۷). لذا منطقی است که گفته شود آموزش طرحواره درمانی بر سازگاری اجتماعی افراد دارای اختلال وسواس فکری-عملی اثربخش است.

دیگر یافته مطالعه حاضر حاکی از آن بود که آموزش درمان پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی افراد دارای اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر است. نتایج پژوهش همپتان زاده و همکاران (۳۴)، سلطانی زاده و همکاران (۳۵)، علی اکبری دهکردی و همکاران (۳۶)، ادریسی (۳۷) و امیری و همکاران (۳۸) از مطالعه حاضر پشتیبانی می کند.

در مطالعه ای که توسط همپتان زاده و همکاران (۳۴) با ابزار مشابه بر روی ۱۷ دختر دوره دوم متوسطه شهر اراک انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی دختران نوجوان مؤثر بوده است. سلطانی زاده و همکاران (۳۵) نیز نشان دادند که ۸ جلسه ۲ ساعته درمان پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی ۱۳ دانش آموز دختر دوره متوسطه دوم شهر خمینی شهر اثربخش بوده است. مطالعه دیگری که توسط علی اکبری دهکردی و همکاران (۳۶) بر روی ۱۵ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان شهر ارومیه انجام گرفت نیز موید این نکته است که هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان گروهی پذیرش و تعهد به طور معناداری در افزایش سازگاری اجتماعی زنان مبتلا مؤثر بوده است. همچنین، ادریسی (۳۷) با استفاده از ابزارهای متفاوت نشان داد که ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله روان درمانی گروهی پذیرش و تعهد بر سازگاری فردی-اجتماعی ۱۵ نفر از زوجین ناراضی شهر تهران تأثیر مثبت داشته است. یافته های امیری و همکاران (۳۸) نیز حاکی از آن بود که ۹ جلسه ۹۰ دقیقه ای

درمانی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی اثربخش بوده؛ و نتایج حاصله در مرحله پیگیری نیز نشان داد که اثربخشی این مداخلات درمانی با گذشت زمان از بین نرفته و می توان به عنوان روش درمانی باثبات در بهبود سازگاری اجتماعی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی استفاده نمود.

یافته های پژوهش حاضر نکاتی چند را پیش روی درمانگران حوزه بالینی قرار می دهد. با توجه به اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد می توان زمینه ایی مساعد جهت بهبود سازگاری اجتماعی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی به عمل آورد.

و کلام آخر، در راستای استفاده بهینه از نتایج پژوهش حاضر شایسته است که درمانگران و مشاوران در حیطه درمان به منظور بهبود سازگاری اجتماعی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی در جریان این نتایج قرار بگیرند. زیرا نتایج این پژوهش می تواند آنان را به ابزارهایی قوی در امر بهبود سازگاری اجتماعی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مجهز سازد.

سیاسگزاری

بدین وسیله از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

این مقاله بدون هیچ گونه حمایت مالی انجام شده است. بین نویسندگان این پژوهش هیچ گونه تعارضی در منافع وجود نداشت و نویسندگان سهم یکسان در کلیه مراحل انجام پژوهش داشتند.

References

1. Gandaharizadeh A, Aghamohammadian Sharbaf H, Bagheri F. The Effectiveness of Psychological Well-being Treatment on Clinical Syndrome and Positive and Negative Affect of Obsessive-Compulsive Patients. *IJPN* 2019; 6(1): 53-62. <http://ijpn.ir/article-1-1066-fa.html>
2. McCabe RE, Rowa K, Farrell NR, Young L, Swinson RP, Antony MM. Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: Does motivational interviewing boost

منطقی مقابله کنند و مشکلات شان را از زوایای گوناگون مورد توجه قرار دهند. یکی دیگر از فرآیندهای این درمان که توانست افزایش سازگاری اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی را توجیه کند مؤلفه «ارزش ها» بود (۳۵). هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد مبتلا به اختلال به تجربه های درونی این بود که به مبتلایان کمک شود تا به جای پاسخ به آنها، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم است و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند (۳۶). لذا تمرین های ارائه شده جهت انتخاب های صحیح، به افراد مبتلا کمک بسزایی نمود به فرآیند نهایی که تعهدات بود، تشویق شوند و تمام تلاش خود را در رسیدن به هدف خود به کار گیرند و در نتیجه به هدف اصلی درمان که ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی بود، برسند. در واقع، فرآیندهای بنیادین این درمان باهم ترکیب شدند تا سازگاری اجتماعی مبتلایان افزایش یابد. به عبارتی، بدون ایجاد سازگاری با محیط اجتماعی، حرکت در مسیر ارزش ها شدنی نبود و درمان پذیرش و تعهد زمینه ایجاد چنین سازگاری را فراهم نمود (۳۵).

در روند پژوهش حاضر، پژوهشگر با محدودیت هایی روبرو بود که ممکن است بر کیفیت نتایج تاثیر گذاشته باشند. استفاده از نمونه گیری غیرتصادفی در پژوهش باعث شد تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از نمونه گیری تصادفی استفاده شود. دسترسی به نمونه با دشواری انجام گرفت زیرا برخی مبتلایان از حضور در گروه های درمانی اجتناب می کردند که در نهایت پژوهشگر با در نظر گرفتن پاداش تشویقی برای شرکت فعال افراد جلب همکاری نمود.

نتیجه گیری

در یک جمع بندی کلی باید گفت که هر دو رویکرد

- efficacy? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2019; 22: 100446. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100446>
3. Mahapatra A, Kuppili PP, Gupta R, Deep R & et al. Prevalence and predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder in an Indian setting. *Indian J Psychiatry*. 2020; 62(1): 43-50. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_299_17
4. Barton B, Heyman I. Obsessive-compulsive

- disorder in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*. 2016; 26(12): 527-533. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.08.011>
5. Amani M, Abolghasemi A, Ahadi B, Narimani M. The prevalence of obsessive-compulsive disorder among the women 20 to 40 years old of Ardabil city, Western part of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2013; 15(59): 233-242. (Persian).
 6. Ahmadvand A, Sepehr Manesh Z, Goreishi F, Asarian F, Moosavi GA, Saei R, & et al. Examination of prevalence of mental disorders in general population of Kashan city in 2008. *Journal of Iran epidemiology*. 2010; 6(2): 16-24. (Persian) <http://irje.tums.ac.ir/article-1-81-en.html>
 7. Radmehr F, Momeni K, Karami J, Davarinejad O. Investigating the relationship between early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: The mediating role of self-regulation. *Clinical Psychology Studies*. 2024; 14(53): 43-60.
 8. Hosseini S, Ghasemi motlagh M, Esmaelishad B, Mahdian H. (2022). Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on the Difficulty of Emotion Regulation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2022; 11(2): 25-38.
 9. Sharma E, Tripathi A, Grover S, Avasthi A & et al. Clinical profile of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A multicentric study from India. *Indian J Psychiatry*. 2019; 61(6): 564-571. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_128_19
 10. Amerio A, Maina G, Ghaemi SN. Updates in treating comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 256: 433-440. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.015>
 11. Zabet M, Karami J, Yazdanbakhsh K. The Effectiveness of Cognitive Emotion Regulation Training on Experiential Avoidance of Women with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Psychological Studies*. 2021; 17(1): 129-144. (Persian)
 12. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry based on DSM-5 15th Edition, Wolters Kluwer, Alphen aan den Rijn; 2020.
 13. Muhlbauer JE, Ferrão YA, Eppingsstall J, Albertella L, do Rosário MC, Miguel EC, Fontenelle LF. Predicting marriage and divorce in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2020; 8: 1-9. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1804021>
 14. Ward A, Arola N, Bohnert A, Lieb R. Social-emotional adjustment and pet ownership among adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of communication disorders*. 2017; 65: 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2017.01.002>
 15. Tan E, Mikami AY, Hamlin JK. Do infant sociomoral evaluation and action studies predict preschool social and behavioral adjustment?. *Journal of experimental child psychology*. 2018; 176: 39-54. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2018.07.003>
 16. Barahmand U, Shamsina N, Rojas K, Geschwind N, Iya FH. Mechanisms Linking Perfectionism and Social Anxiety: The Role of Hostility and Disqualification of Positive Social Outcomes. *Journal of Psychiatric Practice*. 2023; 29(2): 94-103. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000700>
 17. Sevari K, Terahi R. (2024). Comparison of Family Functioning, Social Support and Irrational Beliefs in Addicted Addicts Undergoing Compulsory Treatment and Self-Reported Addicts in Treatment Centers. *Social Psychology Research*. 2024; 13(52): 85-98. https://www.socialpsychology.ir/article_194365_en.html
 18. Mosafid M, Mehr Mohammadi M. Predicting social well-being based on health-oriented lifestyle and irrational beliefs in women with panic disorder. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2022; 8(4): 65-75.
 19. Mousavi SM, Naseri A. Predicting Social Adjustment Based on Perfectionism and Irrational Beliefs in Students with Obsessive-Compulsive Symptoms. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*. 2025; 3(1): 1-11.
 20. khayeri B, Mirmahdi SR, Akuchekian Sh, Heidari H, Aleyasin SA. The Effectiveness of Emotion-focused Therapy on Obsessive-Compulsive Symptoms, Rumination and Cognitive Avoidance of Women Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Social Cognition*. 2019; 8(2): 141-164. (Persian)

21. Safari dizaj S, Alipanah A. Effectiveness of Group Schema Therapy on Distress Tolerance and Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2023; 30(3): 393-403.
22. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Terapia schimatow.Przewodnik praktyka*. New York: Gdanski Wydawnictwo Psychologiczne, 2025. <https://www.gwp.pl/terapia-schematow-przewodnik-praktyka.html>
23. Zakerizadeh F, Behbodi M. The Relationship between Primary Maladaptive Schemas and Obsessive-Compulsive and Emotional Intelligence among Women. *Journal of Applied Family Therapy*. 2023; 4(1): 688-710. (Persian)
24. Van Dijk SD, Veenstra MS, van den Brink RH, van Alphen SP, Oude Voshaar RC. A systematic review of the heterogeneity of schema therapy. *Journal of personality disorders*. 2023; 37(2): 233-262. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.2.262>
25. Eisazadeh F, Heidary Sh, Aghajanbaglu S, Saffarinia M. Study of the Effectiveness of Schema Therapy on Improving Social Adjustment and Psychological Capital in Transsexual Persons. *Social Psychology Research*. 2020; 10(37): 13-28. (Persian)
26. Khasareh H, Pouladi Reyshahri A, Mohammadi SY. The Effectiveness of Schema Therapy on Resilience and Social Adjustment in Female Adolescents in Kerman. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2022; 17(68): 115-122. (Persian) https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15326.html
27. Rezapouriyan N, Haroon Rashidi H. The Effectiveness of Schema Therapy on Stress, Social Adaptation and Psychological Cohesion of Women with Cancer. *Psychological Studies*. 2023; 19(4): 23-38.
28. Dabaghi Zarif S, Rezaei S. Group Schema Therapy Training on Social Adjustment in Maladaptive Students. *MEJDS*. 2020; 10(82): 1-6.
29. Pleger M, Treppner K, Diefenbacher A, Schade C, Dambacher C, Fydrich T. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy compared to CBT+: Preliminary results. *The European Journal of Psychiatry*. 2018; 32(4): 166-173. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.03.003>
30. Parvizian F, Sharifi T, Shokrkon H, Ghazanfari A. Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Perfectionism in Patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2022; 10(3): 118-131.
31. Gloster AT, Walder N, Levin ME, Twohig MP, Karekla M. The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020; 18(5): 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
32. Asli azad M, Manshaee Gh, Ghamarani A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Intolerance of uncertainty of The Students with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2020; 9(36): 33-53.
33. Hojjatkhah SM, Mesbah I. Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on social adjustment and internalized shame mothers of children with mental retardation. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2017; 6(24): 153-180. (Persian)
34. Hemmatian zadeh M, Hashemi M, Majidi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Social Adaptation and Resilience of Teenage Girls in Arak City. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2024; 12(2): 53-65. <https://doi.org/10.61186/jmsthums.12.2.53>
35. Soltanizadeh M, Hosseini F, Kazemi Zahrani H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Social Adjustment and Self-regulation Learning in Female Students with Test Anxiety. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2021; 18(41): 17-39.
36. Aliakbari Dehkourdi M, Ramezani Shirin M, Mehraban S. Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Social Adjustment and Resilience in Women with Breast Cancer. *MEJDS*. 2020; 10 :224-224. <http://jdisabilstud.org/article-1-1555-en.html>
37. Idrissi H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Personal-Social Adjustment and Mental Health of Dissatisfied Couples Referred to Counseling Centers in Tehran. *JNIP*. 2020; 4(8): 1-13. <http://jnip.ir/article-1-243-fa.html>
38. Amiri M, Khoshakhlagh H, Sajjadian PS, Rezaei

- Jamaloei H. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Transdiagnostic Treatment on Psychosocial Adjustment to the Disease and Self-Care in People with Cardiovascular Disease. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2024; 19(73): 57-72. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16771.html
39. Sayehmiri K. *Applied biostatistics and research method*. Ilam (NY): Nowruzi Publishing; 2014. (Persian)
40. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioners guide*. Guilford Press; 2006. https://books.google.com/books/about/Schema_Therapy.html?id=vScjGGgJEZgC
41. Twohig MP, Levin ME, Ong CW. *ACT in steps: A transdiagnostic manual for learning Acceptance and Commitment Therapy*. Oxford University Press. USA; 2020. https://contextualscience.org/publications/twohig_levin_ong_2020 <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190629922.001.0001>
42. Bell HM. *The Adjustment Inventory (Adult Form)*. INC. Palo Alto. California: Consulting Psychological Press; 1961.