MEJDS. 2021; 11:112.

Published online 2021 Oct. **Original Article**

# Comparing the Effects of Exposure and Response Prevention and Acceptance and Commitment Therapy on the Quality of Life of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Hashemi Jashni A[1], *Roshan R[2], Ahadi H[3]

**Author Address**
1. PhD Student of Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Professor, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran;
3. Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email**: rasolroshan@yahoo.com

**Received:** 4 January 2020; **Accepted:** 4 May 2020

**Abstract**

**Background & Objectives:** Obsessive–Compulsive Disorder (OCD) is a debilitating behavioral condition that causes numerous adjustment problems for patients and their families. OCD usually affects the Quality of Life (QoL) of patients, especially young individuals. Besides, it is associated with other mental illnesses. Due to the high prevalence of OCD in our country and its socio–economic consequences, implementing effective treatment programs that can help reduce the symptoms of the disorder and increase the patient's QoL is of critical significance. No research has directly compared the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Exposure and Response Prevention (ERP) on the QoL of young women with OCD in Shiraz City, Iran. Therefore, the present study aimed to compare the effects of ERP and ACT on the QoL of patients with OCD.

**Method:** This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population included all women with OCD who were referred to the counseling centers in Shiraz City, Iran, in 2018 and prescribed fluvoxamine (200–300 mg). Of them, 60 patients were selected by the convenience sampling method and randomly assigned to 3 groups of 20 individuals (ACT, ERP, & control). The sample selection lasted 3 months and was according to the psychiatrist's diagnosis of OCD. The inclusion criteria of the study consisted of the age range of 18 to 40 years, minimum diploma education, female gender, and providing informed consent forms to participate in the study. The required data in the pretest and posttest phases were collected by the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL–BREF; 1996). ERP was performed according to Stekette's group therapy plan (1993) in 8 ninety–minute sessions. ACT was performed in 8 ninety–minute sessions based on Twohing's treatment plan for patients with OCD (2004). The controls remained on the waiting list for treatment. Descriptive statistics, including mean and standard deviation as well as inferential statistics, including univariate Analysis of Covariance (ANCOVA) and Bonferroni post hoc test were applied in SPSS to analyze the collected data. The significance level of the tests was considered 0.05.

**Results:** The obtained results suggested that after removing the pretest effect, there was a significant difference in physical health ($p$<0.001), mental health ($p$<0.001), social health ($p$<0.001), and environmental health ($p$<0.001) between the experimental groups and the control group in the posttest step. However, there was no such difference between the effects of ERP and ACT on improving the QoL and its components, including physical health ($p$=0.80), mental health ($p$=0.44), social health ($p$=0.48), and environmental health ($p$=0.66).

**Conclusion:** Based on the present study findings, ACT and ERP improved the QoL of the examined patients with OCD.

**Keywords:** Exposure and response prevention, Acceptance and commitment therapy, Obsessive–Compulsive disorder, Quality of life.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.153.2 ]

[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.145 ]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۱۲.

انتشار برخط مهرماه ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

# مقایسهٔ اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی

عبدالله هاشمی جشنی[۱]، *رسول روشن[۲]، حسن احدی[۳]

**توضیحات نویسندگان**

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران؛

۲. استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه شاهد، تهران، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** rasolroshan@yahoo.com

**تاریخ دریافت:** ۱۴ دی ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۹

## چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال وسواس فکری‌ـ عملی تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی فرد دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی انجام شد.

**روش‌بررسی:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بود که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران اختلال وسواس فکری‌ـ عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که مصرف‌کنندهٔ داروی فلوکسامین (دوز۲۰۰تا۳۰۰) بودند. از این میان، شصت نفر به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به‌تصادف در گروه‌های بیست‌نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایگزین شدند. درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ براساس طرح گروه‌درمانگری استکتی (۱۹۹۳) اجرا شد؛ همچنین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد براساس طرح درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری از توهیگ (۲۰۰۴) اجرا شد؛ درمان‌ها برای هر گروه آزمایش در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای اجرا شد؛ اما گروه گواه در انتظار درمان باقی ماند. ابزار پژوهش فرم کوتاه پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری در متغیرهای کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در پس‌آزمون وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما بین میزان اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با درمان مبتنی‌بر پذیرش بر بهبود کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن شامل سلامت جسمانی ($p=۰/۸۰$)، سلامت روان‌شناختی ($p=۰/۴۴$)، سلامت اجتماعی ($p=۰/۴۸$) و سلامت محیطی ($p=۰/۶۶$) تفاوت معنادار وجود نداشت.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش، هر دو درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی اثربخشی دارند.

**کلیدواژه‌ها:** مواجهه و جلوگیری از پاسخ، پذیرش و تعهد، اختلال وسواس فکری و عملی، کیفیت زندگی.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی.** این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.153.2 ]

[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.145 ]

## ۱ مقدمه

اختلال وسواس فکری‌ـ عملی[1]، در نسخهٔ پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2] با افکار و اعمال وسواسی تکرارشونده مشخص می‌شود. شدت این افکار و اعمال وسواسی به‌حدی است که وقت‌گیر است یا باعث پریشانی یا آسیب درخورتوجه می‌شود (۱).

بابز و همکاران در مطالعه‌ای به مقایسهٔ کیفیت زندگی[3] هشت گروه از بیماران دارای اختلال روانی پرداختند. نتایج نشان داد، بیماران وسواسی کیفیت زندگی ضعیف‌تری دارند و عملکرد اجتماعی و شغلی آن‌ها بیشتر از همه آسیب‌دیده است (۲). علائم اختلال وسواسی‌ـ اجباری، اثرات منفی شدیدی بر عملکردهای اجتماعی (۳،۴) و سلامت روانی‌ـ جسمانی (۵) بیماران مبتلا به اختلال وسواسی‌ـ اجباری دارد. وقتی نشانه‌ها به هر دلیل باقی بماند، موجب مزمن‌شدن بیماری، آسیب‌های روان‌شناختی بلندمدت (۶) و اختلال در کیفیت زندگی می‌شود (۷). باتوجه به‌میزان شیوع ۱/۸ درصدی اختلال وسواسی‌ـ اجباری در ایران و بار اقتصادی‌ـ اجتماعی ناشی‌از آن (۸)، اجرای برنامه‌های درمانی مؤثر بیش از پیش احساس می‌شود؛ ازاین‌رو، یکی از شیوه‌های رفع این نیاز، بررسی اثربخشی برنامه‌های درمانی مؤثری است که اثربخشی آن در جوامع دیگر نیز تأیید شده است.

به‌دلیل اهمیت فزایندهٔ عوامل زیستی و شناختی‌ـ رفتاری در ایجاد و تداوم وسواس، درمان‌های دارویی و شناختی‌ـ رفتاری رایج شد؛ با وجود این، بسیاری از بیماران مبتلا به وسواس از خوردن دارو امتناع می‌کنند. پیشینهٔ بالینی مربوط به درمان اختلال وسواس فکری‌ـ عملی حاکی‌از آن است که درمان شناختی‌ـ رفتاری بیشتر به‌شکل مواجهه و جلوگیری از پاسخ[4]، نخستین انتخاب برای درمان این اختلال است (۹). مطالعات بعدی نشان داد، این روش از قرارگرفتن درمعرض و جلوگیری از پاسخ در بیمارستان و به‌صورت سرپایی مؤثر است؛ همچنین اکثر بیماران بهبود درخورتوجهی را تجربه کردند که برای بسیاری تا دو سال پس از درمان حفظ شد. مبنای این درمان، نظریهٔ دوعاملی ترس‌ـ اجتناب است که با بررسی علل مهمی چون فراخوانی اضطراب ناشی‌از همخوانی محرک‌های محیطی با تجارب دردناک بیمار و اجتناب ناشی‌از آن که موجب افزایش افکار و رفتارهای اجباری می‌شود، الهام‌بخش توسعهٔ درمان‌های رفتاری برای این اختلال، ازجمله درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ بود (۱۰). درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با هدف ازبین‌بردن این چرخهٔ علائم با ازبین‌بردن آیین‌ها و دوری از آن‌ها، به بیماران چگونگی تحمل پریشانی خود را بدون درگیرشدن در افکار وسواسی و با ارائهٔ «اطلاعات متناقض» که ارزیابی بیش‌برآوردشده از خطر را به چالش می‌کشد، می‌آموزد (۹).

در پیشینهٔ بالینی مربوط به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی، بیماران مبتلا به این اختلال با عنوان «مقاوم به درمان» نام‌گذاری شده‌اند؛ همچنین باوجود پیشرفت‌های مهمی که نظریهٔ رفتاری مانند نظریهٔ استکتی[5] در درمان این اختلال ایجاد کرده است، هنوز بیمارانی هستند که اصلاً به درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، پاسخ نمی‌دهند یا میزان پاسخ‌دهی‌شان به درمان بسیار اندک است (۱۱)؛ بنابراین ضروری است که پژوهشگران به شناسایی سایر روش‌های اثربخش برای درمان این اختلال بپردازند.

یکی دیگر از مداخلات روان‌شناختی که در پژوهش حاضر به تعیین اثربخشی آن پرداخته شد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[6] است. این روش، ازجمله درمان‌های کوتاه‌مدتی است که اخیراً در زمینهٔ اختلال وسواسی‌ـ اجباری مطرح شده است و به بیمار کمک می‌کند با افزایش قابلیت پذیرش پریشانی‌ها و غلبه بر این اختلال، تحمل خود را افزایش دهد و کیفیت زندگی مطلوبی را تجربه کند (۱۲).

نتایج تحقیق کارآزمایی تصادفی بالینی از آرمسترانگ در زمینهٔ تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اختلال وسواس فکری‌ـ عملی، حاکی‌از اثربخشی و مقبولیت این شیوهٔ درمانی است (۱۲). نتایج پژوهشی بالینی مشخص کرد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (بدون به‌کارگیری مواجهه در جلسات درمان) درمقایسه با آرمیدگی عضلانی در درمان بیماران مبتلا به وسواس از اثربخشی مطلوبی برخوردار است (به نقل از ۱۰). همچنین مطالعات دیگری نشان دادند، در درمان انواع اختلال وسواس فکری‌ـ عملی ازقبیل موکنی[7] (۱۳) یا زمینه‌های مرتبط با وسواس همچون تماشای فیلم‌های جنسی به‌طور اجبارگونه (۱۴) مؤثر است.

در مطالعهٔ برقعی و همکاران که به بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای بیماران وسواس فکری‌ـ عملی پرداخت، میزان بسیار زیادی از اثربخشی این درمان بر کاهش علائم و افزایش کیفیت زندگی بیماران گزارش شد (۱۵). این نتیجه در سایر پژوهش‌های مرتبط با درمان پذیرش و تعهد نیز مشاهده می‌شود (۱۶). علاوه‌براین، نتایج مطالعهٔ حسینی و همکاران به‌عنوان مطالعه‌ای داخلی، حاکی‌از اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان فراشناختی بر بهبود باورهای سه‌گانهٔ وسواسی و افسردگی در زنان مبتلا به اختلال وسواسی‌ـ جبری بود (۱۷).

به‌دلیل رنج برآمده از اختلال وسواس فکری‌ـ عملی برای بیمار و حتی خانوادهٔ وی، هزینه‌های هنگفت مراجعهٔ بیمار به روان‌پزشک و روان‌شناس، کاربرد آسان، سودمند، کم‌عارضه و بی‌خطر مداخله‌های روان‌شناختی و نیز کمبود پیشینهٔ پژوهشی که به‌طور مستقیم به بررسی اثربخشی درمان‌های مواجهه و بازداری از پاسخ و تعهد و پذیرش بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس بپردازد، پژوهشگر را بر آن داشت تا اثربخشی دو مداخلهٔ سودمند یادشده را بر میزان بهبود کیفیت زندگی این بیماران بررسی کند. درواقع پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌شیوهٔ گروهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی انجام شد.

---

1. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5)
3. Quality of life
4. Exposure and Response Prevention (ERP)
5. Stekette
6. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
7. Trichotillomania



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.153.2 ]
[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.145 ]

## ۲ روش‌بررسی

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پژوهشی پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری ـ عملی مراجعه‌کننده به درمانگاه اباعبدالله، درمانگاه امام‌رضا، مرکز مشاورهٔ آموزش و پرورش ناحیهٔ سه و یک‌کلینیک روان‌پزشکی خصوصی شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. شیوهٔ نمونه‌گیری در این پژوهش به‌صورت دردسترس بود. بدین‌صورت که از همکاران درمانگاه‌های یادشده درخواست شد از میان بیماران مراجعه‌کننده با تشخیص اولیهٔ وسواس که ملاک‌های ورود به نمونه را احراز کردند، به‌منظور یک دوره درمان با هزینهٔ اندک، آن‌ها را ارجاع دهند. گزینش بیماران ارجاع‌شده طبق تشخیص روان‌پزشک مبنی‌بر داشتن اختلال وسواس، سه ماه به طول انجامید. درنهایت از میان آن‌ها تعداد شصت نفر انتخاب شد. ملاک‌های ورود بیماران نمونه به پژوهش شامل دامنهٔ سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، جنسیت زن و رضایت آگاهانهٔ شرکت در پژوهش بود. برای حصول اطمینان از تشخیص، تمامی بیماران دارای تشخیص اختلال وسواس جبری توسط یکی از روان‌شناسان همکار طرح برمبنای مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I در DSM-IV نسخهٔ بالینی SCID-I/CV و مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور II در DSM-IV (SCID-II) ارزیابی شدند. پس از کسب اطمینان از تشخیص، ملاحظات اخلاقی مدنظر قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی شامل تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط نمونه‌های پژوهش، آزادی‌داشتن نمونه‌های پژوهش به‌منظور خروج از مطالعه، حفظ حقوق گروه گواه برای شرکت در جلسات آموزشی پس از اتمام پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات و درج کد روی پرسشنامه و پرونده‌ها بود. در طرح‌های آزمایشی حداقل تعداد پیشنهادی برای هر گروه پانزده نفر است (۹)؛ ازاین‌رو شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در سه گروه بیست‌نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) با درنظرگرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها گمارش شدند. در هنگام مداخله، بیماران هر سه گروه به‌طور هم‌زمان داروی فلووکسامین با دوز ۲۰۰ تا ۳۰۰ از روان‌پزشک خود دریافت کردند. تعدادی از شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش، بنا به دلایل مختلف ازجمله نداشتن توانایی در شرکت در جلسات مداخله، حوادث پیش‌بینی‌نشده و تمایل به خروج از پژوهش، از فرایند درمان خارج شدند. تعداد نفرات نهایی برای گروه‌های آزمایش به قرار زیر شد: گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد پانزده نفر و گروه مواجهه و جلوگیری از پاسخ چهارده نفر. گروه‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ و پذیرش و تعهددرمانی هریک در هشت جلسهٔ هفتگی به‌مدت نود دقیقه، شرکت داشتند. پس از اتمام جلسات، از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد.

ابزار و جلسات آموزشی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[1]: به‌منظور سنجش کیفیت زندگی، فرم کوتاه پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به‌کار رفت که در سال ۱۹۹۶ تدوین شد (۱۸). این پرسشنامه، ابزاری خودسنجی است که توسط آزمودنی‌ها تکمیل می‌شود و چهار حیطهٔ سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. هریک از حیطه‌ها به‌ترتیب دارای ۶، ۷، ۳ و ۸ سؤال است (۱۸). بونومی و همکاران در بررسی پایایی درونی این پرسشنامه، ضرایب ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ را اعلام کردند (۱۹). این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران ترجمه و هنجاریابی شد. پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به‌ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به‌دست آمد. همسانی درونی حیطه‌های مختلف آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ محاسبه شد (۲۰).

ـ درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ: این درمان براساس طرح گروه‌درمانگری استکتی و مبتنی‌بر درمان‌های استاندارد تهیه شد (۲۱) و به‌صورت یک دورهٔ فشرده در هشت جلسهٔ هفتگی برای شرکت‌کنندگان اجرا شد. برای بررسی روایی محتوایی طرح‌های درمان به‌روش دلفی از چند متخصص درخواست شد تا طرح را طی چند مرحله از نظر روانی جملات، مفهوم‌بودن مطالب، ترتیب تکنیک‌ها و غیره بررسی کنند. درنهایت جمع نهایی نظرات متخصصان به‌عنوان پکیج نهایی اجرا شد. همچنین برای بررسی توافق ارزیابان مبنی‌بر همخوانی تکنیک‌ها با اهداف درمانی، طرح‌ها در اختیار چهار متخصص قرار گرفت تا به‌صورت کمّی نمره‌گذاری کنند. برای هر دو پکیج ضرایب تطابق کندال و خی‌دو مناسب و مطلوب بود.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ

| جلسات | موضوع جلسات |
|---|---|
| اول | معرفی افراد و آشنایی اولیه، آشنایی با قواعد گروه و مرور بر کار گروهی، تعریف کلمات کلیدی، بحث دربارهٔ روش‌های استفاده‌شده در درمان |
| دوم | ارائهٔ منطق زیربنای درمان و دستورعمل‌های مربوط به انجام آن، ترسیم نمودار افزایش اضطراب و کاهش آن براساس مکانیزم خوگیری همراه با مثال برای افراد گروه، انتخاب و تمرین یک نمونه از موارد موجود در قسمت پایین سلسله‌مراتب مواجههٔ بیماران |
| سوم تا هفتم | رویارویی و جلوگیری از پاسخ براساس سلسله‌مراتب موقعیت‌های اضطراب‌برانگیز مختص هر بیمار با مشارکت بیمار |
| هشتم | تأکید بر ادامه و انجام مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای حفظ دستاوردهای جلسات درمان، جمع‌بندی و خاتمه |

[1]. The World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF)



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.153.2 ]
[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.145 ]

ـ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: این مداخله براساس طرح درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری توهیگ (۲۲) تهیه شد. این مداخله طی هشت جلسهٔ هفتگی به‌مدت نود دقیقه اجرا شد.

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

| جلسات | موضوع جلسات |
|---|---|
| اول | آشنایی و برقراری رابطهٔ اولیه، معرفی دوره، قواعد و انتظارات درمان، تشریح پیامدهای اجتناب تجربی |
| دوم | معرفی ناامیدسازی خلاقانه و کاربرد برخی استعاره‌ها و تکالیف به‌منظور پایان تلاش برای اجتناب و کنترل |
| سوم و چهارم | تمرین ذهن‌آگاهی در شرایط استرس و هیجان و آشنایی با پذیرش یا تمایل به‌عنوان جایگزین اجتناب، قضاوت‌ها، انتقادات و مرور افکار منفی |
| پنجم و ششم | آشنایی با تأثیر خودگویی‌های منفی، قراردادهای کلامی و پیگیری افکار درست |
| هفتم و هشتم | شناسایی ارزش‌های زندگی، موانع تحقق ارزش‌ها، حرکت به‌سمت ارزش‌ها و تعهد و تغییر به‌کمک تمایل عاطفی و حل مسئله، جمع‌بندی و خاتمهٔ جلسات |

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. آمار توصیفی شامل شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) بود. آمار استنباطی نیز شامل روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کمک برنامهٔ SPSS نسخهٔ ۲۱ بود. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## ۳ یافته‌ها

در بخش توصیفی، آماره‌های گرایش مرکزی میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته به‌تفکیک گروه‌ها ارائه می‌شود. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت زندگی در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی مربوط به مؤلفه‌های کیفیت زندگی گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | مقایسهٔ پس‌آزمون | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | F | $p$ | Eta |
| سلامت جسمانی | پذیرش و تعهد | ۱۷/۸۰ | ۴/۶۷ | ۲۰/۹۴ | ۲/۹۶ | ۱۷/۱۸ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۳ |
| | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | ۱۷/۲۰ | ۳/۵۳ | ۲۰/۵۰ | ۳/۱۸ | | | |
| | گواه | ۱۷/۲۵ | ۳/۱۲ | ۱۶/۵۰ | ۲/۶۸ | | | |
| سلامت روانی | پذیرش و تعهد | ۱۳/۶۰ | ۴/۳۵ | ۱۹/۳۵ | ۱/۷۲ | ۶۰/۴۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۳ |
| | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | ۱۳/۶۵ | ۱/۷۸ | ۱۹/۰۱ | ۱/۳۱ | | | |
| | گواه | ۱۴/۲۰ | ۱/۳۹ | ۱۳/۸۳ | ۲/۲۲ | | | |
| سلامت اجتماعی | پذیرش و تعهد | ۱۰/۰۵ | ۳/۰۵ | ۱۵/۴۷ | ۱/۶۹ | ۴۴/۵۰ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۶ |
| | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | ۹/۳۵ | ۲/۲۵ | ۱۴/۸۷ | ۲/۰۹ | | | |
| | گواه | ۹/۴۵ | ۲/۳۷ | ۹/۷۲ | ۲/۵۶ | | | |
| سلامت محیطی | پذیرش و تعهد | ۲۴/۶۵ | ۵/۰۲ | ۲۷/۷۰ | ۵/۹۰ | ۸/۲۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۲۷ |
| | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | ۲۳/۷۵ | ۳/۷۶ | ۲۶/۵۰ | ۴/۸۹ | | | |
| | گواه | ۲۳/۰۱ | ۴/۱۶ | ۲۱/۷۲ | ۲/۶۹ | | | |

براساس نتایج جدول ۳، نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش در متغیرهای سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی درمقایسه با پیش‌آزمون از افزایش درخورتوجهی برخوردار بود؛ درحالی‌که نمرات گروه گواه در متغیرهای مذکور تغییر چندانی نداشت.

به‌منظور تحلیل فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به‌همراه بررسی پیش‌فرض‌های آن استفاده شد. تمامی مقادیر چولگی و کشیدگی برای متغیرهای پژوهش در بازهٔ ۲ و ۲ـ قرار داشت؛ بنابراین توزیع متغیرها در نمونه دارای توزیع نرمال بود. همچنین نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس گروه‌ها در متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیرها برقرار بود ($p$>۰/۰۵).

نتایج روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره پس از کنترل اثر پیش‌آزمون برای مقایسهٔ گروه‌های درمانی نشان داد که بین سه گروه از لحاظ تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در میانگین پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($p$<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر هر چهار متغیر در حداقل یکی از گروه‌ها افزایش معنادار داشت.

باتوجه به نتایج جدول ۴، دو گروهِ درمانی درمقایسه با گروه گواه، افزایش معناداری در پس‌آزمون در متغیرهای سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی داشتند ($p$<۰/۰۰۱)؛ اما تفاوت بین دو گروه مداخلهٔ درمان مواجهه و



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.153.2 ]
[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.145 ]

جلوگیری از پاسخ و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با یکدیگر معنادار نبود. به عبارت دیگر هر دو مداخله موجب بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی شدند؛ اما درمقایسه با یکدیگر برتری و تفاوت معنادار نداشتند.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور مقایسهٔ زوجی گروه‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون

| متغیر وابسته | مرحلهٔ (I) | مرحلهٔ (J) | تفاوت میانگین (I-J) | خطای معیار | $p$ |
|---|---|---|---|---|---|
| سلامت جسمانی | پذیرش و تعهد | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | ۰/۲۰ | ۰/۸۲ | ۰/۸۰ |
| | | گواه | ۴/۱۸ | ۰/۸۱ | <۰/۰۰۱ |
| | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | گواه | ۳/۹۸ | ۰/۸۰ | <۰/۰۰۱ |
| سلامت روان‌شناختی | پذیرش و تعهد | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | ۰/۴۶ | ۰/۶۰ | ۰/۴۴ |
| | | گواه | ۵/۸۳ | ۰/۵۹ | <۰/۰۰۱ |
| | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | گواه | ۵/۳۷ | ۰/۵۹ | <۰/۰۰۱ |
| سلامت اجتماعی | پذیرش و تعهد | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | ۰/۴۹ | ۰/۷۱ | ۰/۴۸ |
| | | گواه | ۵/۸۹ | ۰/۶۹ | <۰/۰۰۱ |
| | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | گواه | ۵/۳۹ | ۰/۶۹ | <۰/۰۰۱ |
| سلامت محیطی | پذیرش و تعهد | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | ۱/۶۱ | ۱/۶۳ | ۰/۶۶ |
| | | گواه | ۶/۲۵ | ۱/۶۱ | <۰/۰۰۱ |
| | مواجهه و جلوگیری از پاسخ | گواه | ۴/۶۳ | ۱/۶۰ | <۰/۰۰۱ |

## ٤ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی مداخلهٔ پذیرش و تعهد و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بهبود علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد، هر دو گروه درمانی درمقایسه با گروه گواه افزایش معناداری در پس‌آزمون درمقایسه با گروه گواه داشتند. این یافته با نتایج پژوهش‌های گذشته درخصوص اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بیشتر به‌شکل مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کاهش نشانگان اختلال وسواس فکری‌ـ عملی (۹)، کاهش اجتناب در بیماران (۱۰)، باورهای سه‌گانهٔ وسواس در مبتلایان (۱۷) و افزایش کیفیت زندگی (۱۲) همخوان است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، بیماران وسواسی معمولاً از مواجهه با تجارب درونی خود اجتناب می‌ورزند، آن‌ها را منفی ارزیابی می‌کنند و به‌طور ناکارآمدی در پی حذف یا کنترل آن‌ها برمی‌آیند (۱۱)؛ بنابراین درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ به‌کمک رویاروکردن بیمار با افکار و موقعیت‌های برانگیزانندهٔ افکار وسواسی و خطرناک، کاهش نگرش‌های مرتبط با خطر و پیامدهای ترس‌آور به بیمار کمک می‌کند تا علائم وسواس عملی کمتری را نشان دهد، شدت استرس کمتری داشته باشد و روند درمان را به‌خوبی و تا پایان ادامه دهد؛ چراکه بیماران می‌فهمند چیزهایی که از آن می‌ترسند، در عمل اتفاق نمی‌افتد. در همین رابطه نتایج پژوهش اونگ و همکاران نشان داد، تمرین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در جلسات این روش درمانی موجب کاهش شدت علائم وسواس می‌شود (۲۳).

علاوه‌براین، بیماران گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد اظهار داشتند که تلاش برای کنترل یا تنظیم افکار وسواسی دقیقاً همان چیزی است که وسواس آن‌ها را تبدیل به معضلی جدی کرده است و به‌جای افزایش کیفیت زندگی منجربه کاهش آن می‌شود. به عبارت دیگر، افراد وسواسی به‌دلیل آنکه مایل نیستند با تجارب درونی منفی خود در تماس قرار بگیرند و تلاش می‌کنند تا شکل یا فراوانی وقایع درونی یا بافت زمینه‌ای وقایع را تغییر دهند، موجبات کاهش کیفیت زندگی خود را فراهم می‌کنند (۹)؛ ازاین‌رو در جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌جای تمرکز بر کاهش افکار وسواسی و اضطراب خود، به تجربهٔ ذهن‌آگاهانه و پذیرش آن افکار، احساسات، خاطرات و حس‌های بدنی پرداختند؛ همین امر موجب افزایش کیفیت زندگی آن‌ها شد؛ بنابراین می‌توان گفت، درمان پذیرش و تعهد، کارکرد افکار وسواسی را تغییر می‌دهد و این تغییر کارکرد در خدمت افزایش کیفیت زندگی قرار می‌گیرد (۲۴).

از سوی دیگر، نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی دو مداخلهٔ مواجهه و جلوگیری از پاسخ و پذیرش و تعهددرمانی مشاهده نشد. به‌عبارت دیگر هر دو مداخله موجب بهبود کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن شدند؛ اما درمقایسه با یکدیگر برتری و تفاوت معنادار نداشتند. این یافته با نتایج پژوهش توهیگ و همکاران (۶) همسوست؛ چراکه میان این دو روش مداخله همپوشانی زیادی وجود دارد. هر دو درمان، بر اصلاح باورهای غلط با تغییر عملکرد در مواجهه با محرک‌های هراس‌آور به نبود پذیرش نتایج آن تأکید می‌ورزند (۲۳). علاوه‌براین، هر دوی آن‌ها از رویارویی بهره می‌برند؛ چراکه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد شامل «آزمایش رفتاری» است که از رویاروکردن بیماران با موقعیت‌های هراس‌آورشان تشکیل می‌شود. تعبیر و تفسیر مطالعات جدیدی که درصدد مقایسهٔ نسخه‌های «خالص» هر کدام از این دو درمان برآمدند، به‌صورت اجتناب‌ناپذیر دشوار است؛ چون درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ بدون بحث و گفت‌وگو دربارهٔ پیامدهای هراسناک و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بدون انجام رویارویی، درمان‌هایی ناقص خواهند بود که نخواهند توانست نتایج بهینه‌ای در حد مواجهه و جلوگیری از پاسخ استاندارد به‌دست آورند (۱۲)؛ بنابراین می‌توان گفت، به‌دلیل تأکید بر ایجاد انعطاف‌پذیری روانی توسط هر دو درمان یادشده و پذیرش همراه با توجه به نیازها و



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.153.2 ]
[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.145 ]

ترجیحات مراجعان، هریک از بیماران می‌توانند در فرایند درمان بهتر از سایر روش‌های تجربی موجود به اهداف درمانی ازجمله کاهش نشانگان و باورهای ناراحت‌کنندهٔ وسواس بپردازند (۸).

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش، هر دو درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی دارای اثربخشی معناداری است؛ همچنین به این بیماران کمک می‌کند که به بهبود زندگی خود بپردازند تا بتوانند درجهت بهبودی خود گام بردارند و برای ایجاد تغییرات در زندگی خود آماده شوند.

## ۶ تشکر و قدردانی

از همکاری شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنیم.

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر رعایت شد: تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش، آزادی‌داشتن شرکت‌کنندگان به‌منظور خروج از پژوهش، حفظ حقوق گروه گواه برای شرکت در جلسات آموزشی پس از اتمام پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات و درج کد روی پرسشنامه و پرونده‌ها بود.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

## References


1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
2. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Arango C, Sáiz PA, Bousoño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. Eur Psychiatry. 2001;16(4):239–45. doi: 10.1016/s0924-9338(01)00571-5
3. Maske UE, Buttery AK, Beesdo-Baum K, Riedel-Heller S, Hapke U, Busch MA. Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. Journal of Affective Disorders. 2016;190:167–77. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.006
4. Clark DA, Purdon C. Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions. In: Clark DA, Reinecke MA. Cognitive therapy across the lifespan: evidence and practice. Cambridge: Cambridge University Press; 2003. pp: 90–116. doi: 10.1017/CBO9781139087094.006
5. Tolin DF. Alphabet Soup: ERP, CT, and ACT for OCD. Cognitive and Behavioral Practice. 2009;16(1):40–8. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.07.001
6. Twohig MP, Abramowitz JS, Smith BM, Fabricant LE, Jacoby RJ, Morrison KL, et al. Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2018;108:1–9. doi: 10.1016/j.brat.2018.06.005
7. Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. Can J Psychiatry. 2003;48(2):72–7. doi: 10.1177/070674370304800202
8. Hashemloo L, Safaralizadeh F, Bagheriyeh F, Motearefi H. The prevalence obsessive- compulsive disorder in students in Khoy University in 2013. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2014;2(2):13–21. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-329-en.pdf
9. Barlow DH, Hofmann SG. Efficacy and dissemination of psychological treatments. In: Clarke D. editor. Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford: Oxford University Press; 2015. pp: 95–117.
10. Hezel DM, Simpson HB. Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. Indian J Psychiatry. 2019;61(Suppl 1):S85–92. doi: 10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_516_18
11. Sookman D, Pinard G. Specialized cognitive behavior therapy for resistant obsessive-compulsive disorder: elaboration of a schema-based model. In: Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2007. pp: 93–109. doi: 10.1037/11561-005
12. Armstrong AB. Acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive–compulsive diorder [Ph.D. dissertation in Psychology]. [Utah, US]: Utah State University; 2011.
13. Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. Behav Res Ther. 2006;44(5):639–56. doi: 10.1016/j.brat.2005.05.006
14. Levitt JT, Brown TA, Orsillo SM, Barlow DH. The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. Behavior Therapy. 2004;35(4):747–66. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80018-2
15. Borghei S, Roshan R, Bahrami H. Treatment based on acceptance and commitment and spirituality of religious therapy in a group method improvement of the severity of obsessive-compulsive symptoms and obsessive beliefs




[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.153.2 ]
[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.145 ]

and quality of life in people with obsessive-compulsive disorder. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020;10:6-6. http://jdisabilstud.org/article-1238-1-fa.html
16. Izadi R. Barrasi va moghayeseye asrbakhshiye darmane mobtani bar paziresh va taahod (ACT) va darmane shenakhti-reftari (CBT) bar alaem va bavarhaye vasvasi, kefiyate zendegi, enetafpaziriye ravanshenakhti, afsordegi va ezterabe bimarane mobtala be vasvase fekri va amaliye moghavem be darman [The study and investigation of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive behavior therapy (CBT) on obsessive symptoms and beliefs, quality of life, psychological flexibility, depression and anxiety in treatment resistant obsessive-compulsive patients]. [PhD dissertation in Psychology]. [Isfahan. Iran]: Isfahan University; 2012.
17. Hosseini SM, Javidi H, Mehryar AH, Hosseini SE. Compare the efficacy of metacognitive therapy (MCT), exposure, and response prevention (ERP) for the treatment of obsessive beliefs and depression symptoms in women with obsessive-compulsive disorder (OCD). Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2019;9:94. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-985-en.pdf
18. WHOQOL group WHOQOL-BREF: Introduction, administration and scoring and genetic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996. https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1
19. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. J Clin Epidemiol. 2000;53(1):1–12. doi: 10.1016/s0895-4356(99)00123-7
20. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006;4(4):1–12. [Persian] https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.pdf
21. Stekette GS. Treatment of obsessive compulsive disorder. Bakhshipoor A, Mahmood Aliloo M. (Persian Translator). Tehran: Ravan Pooya Publication; 1997. [Persian]
22. Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for obsessive and compulsive disorder: treatment manual. Reno, NV: Context Press. 2004.
23. Ong CW, Blakey SM, Smith BM, Morrison KL, Bluett EJ, Abramowitz JS, et al. Moderators and processes of change in traditional exposure and response prevention (ERP) versus acceptance and commitment therapy-informed ERP for obsessive-compulsive disorder. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2020;24:100499. doi: 10.1016/j.jocrd.2019.100499
24. Eifert GH, Heffner M. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2003;34(3–4):293–312. doi: 10.1016/j.jbtep.2003.11.001

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.153.2 ]
[ DOI: 10.29252/mejds.0.0.145 ]