



The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Severity of Symptoms and Function of Children with Obsessive-Compulsive Disorder

Saiede Safari¹, Mehrdad Kalantari², Fariba Yazdkhasti³, Mohammad Reza Abedi⁴, Hamid Reza Oreizi⁵

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2. (Corresponding author)* Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

4. Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

5. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the severity of symptoms and Function of children with obsessive-compulsive disorder.

Methods and Materials: The present study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with 3-month follow-up and control group. The statistical population of the study included all children with obsessive-compulsive disorder aged 8 to 12 years in Esfahan in 2019, along with their mothers at the time of the study, of which 20 children with their parents, after an authentic psychiatrist or psychologist diagnosed them with obsessive-compulsive disorder and they obtained at least a score of 14 on the Children's Yale-Brown OCD Scale, were selected based on Purposive sampling method and randomly assigned into the experimental and control groups. Instruments used in the study included Children's Yale-Brown OCD Scale, Children's Global Assessment Scale and Child Obsessive Compulsive Impact Scale-Revised. To analyze the findings, inferential statistics methods of analysis of repeated measures were used.

Findings: Comparison of experimental group with control group showed that the symptoms of obsessive-compulsive disorder were significantly reduced in the experimental group compared to the control group and the improvement of children's overall function in the post-test and follow-up stages was confirmed ($p \leq 0.05$). So that 71% and 63% of the changes in overall functioning and Total score of symptom severity are affected by acceptance and commitment therapy, respectively. But the effect of acceptance and commitment therapy on family and social functioning was not significant ($P \geq 0.05$).

Conclusions: Acceptance and commitment therapy is effective in reducing symptoms and improving overall function in children with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, function, obsessive-compulsive disorder, child.

Citation: Safari S, Kalantari M, Yazdekhashti F, Abedi M.R, Oreizi H.R. **The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Severity of Symptoms and Function of Children with Obsessive-Compulsive Disorder.** Res Behav Sci 2021; 18(4): 587-604.

* Mehrdad Kalantari,
Email: MehrdadK@edu.ui.ac.ir

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت علائم و عملکرد کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی

سعیده صفری^۱، مهرداد کلانتری^۲، فریبا یزدخواستی^۳، محمدرضا عابدی^۴، حمیدرضا عریضی^۵

- ۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
- ۲- (نویسنده مسئول) *استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
- ۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
- ۴- استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
- ۵- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواس فکری-عملی بر همه ابعاد زندگی کودکان مبتلا اثر می‌گذارد و این تأثیرات در سیستم بهداشتی و بالینی کمتر موردتوجه قرار گرفته است، لذا هدف پژوهش حاضر تعیین بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم و عملکرد کودکان مبتلا به این اختلال بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون -پس‌آزمون با پیگیری سه‌ماهه و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان مبتلا به اختلال وسواس ۸ تا ۱۲ ساله در سطح شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸، به همراه مادرانشان بود که از این میان ۲۰ زوج کودک و مادر پس از تشخیص روان‌پزشک یا روانشناس معتبر، به اختلال وسواس فکری-عملی و کسب حداقل نمره‌ی ۱۴ در مقیاس وسواس جبری ییل براون کودکان بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت ۱۰ جلسه فردی دریافت نمود، ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار مورد استفاده شامل مقیاس وسواس فکری-عملی ییل براون کودکان، مقیاس ارزیابی عملکرد کلی کودکان و نسخه والدین مقیاس تأثیر وسواس فکری-عملی کودک بود. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مقایسه گروه آزمایش با گروه گواه نشان داد که علائم اختلال وسواس فکری-عملی، در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده و بهبود عملکرد کلی کودکان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأیید می‌گردد ($p < 0/01$). به‌نحوی که به ترتیب ۷۱ و ۶۳ درصد از تغییرات عملکرد کلی و نمره‌ی کل شدت علائم متأثر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است؛ اما تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانوادگی و اجتماعی معنادار نبود ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش علائم و بهبود عملکرد کلی در کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عملکرد، وسواس فکری-عملی، کودک.

ارجاع: صفری سعیده، کلانتری مهرداد، یزدخواستی فریبا، عابدی محمدرضا، عریضی حمیدرضا. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت علائم و عملکرد کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۴): ۵۸۷-۶۰۴.

*- مهرداد کلانتری

رایان نامه: MehrdadK@edu.ui.ac.ir

مقدمه

وسواس فکری-عملی در کودکان و نوجوانان یک اختلال جدی و مزمن است که مستلزم توجه متخصصان بالینی و محققان می‌باشد (۱). تحقیقات نشان می‌دهد شروع این اختلال، حداقل در نیمی از مراجعین در دوران کودکی و نوجوانی بوده است (۲)؛ بنابراین به‌عنوان یک اختلال تضعیف‌کننده و مزمن از آن یاد می‌شود که بر ۲ تا ۳ درصد کودکان و بزرگسالان اثر می‌گذارد (۳). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نیز بین وسواس کودکان و بزرگسالان تمایزی قائل نیست، اگرچه تفاوت‌های رشدی در محتوای وسواس‌های فکری، انواع رفتارهای اجباری و سطح بینش آن‌ها گزارش شده است (۴). مشاهدات بالینی نشان می‌دهد که اختلال وسواس فکری-عملی دوران کودکی معمولاً به نقایص چندگانه، معنادار و طولانی‌مدت در کارکرد اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی مرتبط می‌شود (۵) و (۶)؛ و خطر ابتلا به اختلال وسواس در آینده، سایر اختلالات اضطرابی، خلقی و خوردن در بزرگسالی را افزایش می‌دهد (۷).

نقایص ایجادشده به‌وسیله این اختلال، در ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نیز منعکس شده‌اند. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، وسواس‌ها را به‌عنوان افکار، تصاویر، تکانه‌ها، یا ایده‌های مقاومی که منجر به اضطراب در فرد می‌شوند، توصیف می‌کند. اجبارها، در مقابل، رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی هستند که در اکثر مواقع از وسواس‌ها حاصل می‌شوند و بنابراین اغلب برای کاهش ناراحتی و نگرانی ایجادشده توسط آن‌ها استفاده می‌شوند. برای تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی، نشانه‌ها باید استرس مشخصی ایجاد کنند، زمان‌بر باشند یا به‌طور معناداری با عملکرد تحصیلی، شغلی، فعالیت‌های اجتماعی و روابط بهنجار تداخل کنند (۴). بنابراین، ارزیابی نقص در عملکرد، یک مسئله اولیه برای تمایز وسواس بالینی از غیر بالینی است و علاوه بر این کاربردهای مهمی برای دسترسی به درمان، طرح‌ریزی درمان و نظارت بر پیامدها دارد (۸). همچنین پرزویجل، فرناندز، کراز و برندر (۹) نشان دادند که تقریباً ۹۰ درصد از ۱۵۱ بیمار کودک مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، در حداقل یک حوزه (اجتماعی، تحصیلی، یا خانه / خانواده) نقص مرتبط با اختلال وسواس فکری-عملی داشته و نیمی از آن‌ها اختلال عملکرد قابل توجهی را در هر سه حوزه گزارش دادند. همچنین اگر این اختلال تحت درمان قرار نگیرد به تخریب قابل‌ملاحظه‌ای در

عملکرد کودک در خانه، مدرسه، ارتباط با همسالان و اعضای خانواده، اختلال در تحول طبیعی و ادامه تا دوران بزرگسالی منجر می‌شود (۱۰).

اختلال وسواس فکری-عملی، علی‌رغم داشتن سیری بسیار ناتوان‌کننده و تأثیر خاص در عملکرد کودک، به‌صورت سیستماتیک بررسی نشده و مطالعات محدودی آسیب‌های مربوط به این اختلال را در کودکان مبتلا مورد مطالعه قرار داده‌اند، باین‌حال، اختلال در عملکرد کودکان مبتلا به وسواس، اغلب، دلیلی برای جست‌وجوی درمان بوده است (۱۱).

درمان اختلال وسواس فکری-عملی به‌عنوان چهارمین اختلال روان‌پزشکی از نظر شیوع، همچنان به‌عنوان یک چالش در حوزه پژوهش‌های بالینی مطرح است. برای درمان این اختلال، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی موردبررسی قرار گرفته است (۱۲). فریمن و همکاران (۱۳) در جدیدترین بازبینی صورت گرفته بر درمان اختلال وسواس فکری-عملی در کودکان، گزارش کرده‌اند که درمان رفتاری-شناختی به‌تنهایی (همراه با جزء کلیدی خود یعنی مواجهه همراه با اجتناب از پاسخ) یا در ترکیب با دارودرمانی بیشترین حمایت‌ها را دریافت کرده است و در میان کودکان مبتلا نرخ بهبودی ۳۹ تا ۷۵ درصدی را نشان می‌دهد؛ اما اخیراً کرسول، ویت و کوپر (۱۴) در پژوهشی نشان داده‌اند که این الگو لزوماً مؤثرترین شکل درمان اختلالات نبوده و بنا به دلایلی کاربرد آن برای کودکان با مشکل مواجهه شده است؛ دلیل اول، اضطراب ناشی از مواجهه و جلوگیری از پاسخ است که باعث رد درمان و مقاومت بیمار نسبت به درمان می‌شود (۱۵) و دلیل دوم آن این است که چون این درمان کیفیت زندگی، مهارت‌های بین فردی و سایر مشکلات را کمتر مورد هدف قرار می‌دهد، نشانه‌ها باقی می‌مانند و منجر به عود علائم می‌شوند (۱۶). همچنین با توجه به سطح رشد شناختی کودکان، تفکر عینی در آن‌ها و محدودیت کاربرد کلام منطقی، شناخت درمانی در این جمعیت حالتی انتزاعی و کل‌نگر یافته است (۱۷)، به همین دلیل پژوهش به‌منظور دستیابی به روش‌های مؤثرتر، همچنان انگیزه پژوهش‌های گسترده و متنوع در این حوزه درمانی است و لازم است برای بیمارانی که به این کوشش‌های درمانی پاسخ نمی‌دهند گزینه‌های درمانی دیگری بررسی شود.

امروزه بجای این رویکرد که ایجاد پیشرفت بالینی مستلزم تغییر مستقیم محتوای افکار، هیجانات یا علائم بدنی است،

نظریه‌های جایگزینی پدیدار شده‌اند که این نظریه‌ها «موج سوم رفتاردرمانی» نامیده می‌شوند و به‌جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناخت‌ها و هیجانات، کارکرد آن‌ها را هدف قرار می‌دهند. یکی از این مداخلات، درمان پذیرش و تعهد می‌باشد (۱۸ و ۱۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک شکل از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی نامیده می‌شود؛ در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب کند (۱۹). به‌طور کلی اختلالاتی که در آن‌ها فرد نمی‌خواهد با تجارب درونی‌اش (احساسات بدنی، هیجانات، افکار) ارتباط داشته باشد و گام‌هایی را برای تغییر شکل یا فراوانی این رویدادها و زمینه‌هایی که آن‌ها را باعث شده‌اند برمی‌دارد- حتی زمانی که تلاش برای چنین کارهایی، تأثیری منفی بر کیفیت زندگی‌اش دارند- «اجتناب تجربه‌ای» نامیده می‌شوند (۱۸). رویکرد پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند و عبارت‌اند از: پذیرش، بودن در زمان حال، گسلش شناختی، خود به‌عنوان زمینه، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه (۱۹).

تحقق این فرآیندها در بسیاری از اختلالات روانی می‌تواند اثرات قابل‌توجهی داشته باشند که اختلال وسواس فکری- عملی از آن جمله است. در مداخلات مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد، اختلال وسواس فکری-عملی، منعکس‌کننده‌ی عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ به این معنا که فرد مبتلا به وسواس‌های فکری و عملی، به‌جای اقداماتی همچون کنترل فکر، بازداری فکر، اجتناب و کسب اطمینان، رابطه‌ی جدیدی با افکار وسواسی و اضطراب‌های خود، ایجاد کند (۲۰). در این درمان، از فرایندهای ذهن آگاهی و گسلش برای کاهش تأثیر رویدادهای ذهنی استفاده می‌شود تا پذیرش آن‌ها آسان‌تر گردد. مخصوصاً ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند به افکار وسواسی تنها به‌عنوان رویدادهایی نگاه کنند که در ذهن وجود دارند و نسبت به اثرات واقعی اعمال وسواسی بر روی این اجبارها،

آگاهی بیشتری کسب کنند. پذیرش، دربرگیرنده‌ی برخورد با افکار وسواسی و اضطراب مرتبط با آن‌ها است به‌نحوی که به آن‌ها خوشامد گفته و اجازه داده شود که به بخشی از زندگی فرد تبدیل شوند. مراجعین تشویق می‌شوند تا به‌جای اینکه وقت و انرژی خود را به تنظیم افکار وسواسی اختصاص دهند درگیر فعالیت‌های ارزشمند شوند؛ ارزش‌ها حیطه‌هایی از زندگی هستند که به فعالیت‌های ما معنا می‌بخشند و درنهایت مراجعین تشویق به انجام فعالیت‌های خاصی می‌شوند که ارزش‌هایی را در برمی‌گیرند و تعهدات رفتاری نامیده می‌شوند (۱۵).

همان‌طور که از عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان یکی از اجزای اختلال وسواس حمایت شده است؛ از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم به‌عنوان درمانی برای وسواس بزرگسالان حمایت‌هایی عمومی وجود دارد (۲۰، ۲۱، ۲۲) که نتایج حاکی از موفقیت‌آمیز بودن این درمان داشته است، همچنین کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آسیب‌های مختلف روان‌شناختی کودکان همچون اثربخشی این درمان بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به درد مزمن (۲۳)، بر کاهش علائم افسردگی در کودکان (۲۴) و کاهش علائم اضطراب در کودکان (۲۵) مورد تأیید واقع شده است. علاوه بر این یافته‌های سوین، هنکوک، دیکسن و بومن (۲۶) در مرور سیستماتیک مطالعات مداخله‌ای مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کودکان که شامل ۲۱ مطالعه و ۷۰۲ مشارکت‌کننده بود، نشان دادند که: شواهد تجربی برای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کودکان و نوجوانان وجود دارد. بااین‌حال مطالعات محدودی به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلال وسواس فکری-عملی کودکان و مؤلفه‌های روان‌شناختی آن‌ها پرداخته‌اند.

تا به امروز در چند پژوهش از روش درمانی پذیرش و تعهد برای درمان وسواس در کودکان و نوجوانان نیز استفاده شده است (۱۵، ۲۷، ۲۸). در پژوهش آرمسترانگ و همکاران (۲۸) سه نوجوان مبتلا به وسواس فکری-عملی، بین هشت تا ده جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و والدین آن‌ها هم در لحظات پایانی جلسات وارد می‌شدند. نتایج اولیه نشان داد که بلافاصله پس از درمان، میزان وسواس تا ۲۸ درصد و در یک پیگیری سه ماه تا ۴۲ درصد کاهش یافته بود. به‌علاوه تمامی شرکت‌کنندگان، این روش درمانی را قابل‌قبول می‌دانستند. در پژوهش برنی و همکاران نیز (۱۵) سه کودک در سنین ۱۰ تا ۱۲ سال با اختلال وسواس فکری عملی همراه با

والدینشان که در کل جلسات حضور داشتند تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، درمان توسط مشاور مدرسه انجام گرفت و نتایج نشان‌دهنده کاهش چشمگیر و از نظر بالینی قابل توجه اختلال وسواس فکری-عملی در بین شرکت‌کنندگان بود. در پژوهش یاردلی (۲۷) نیز سه کودک ۱۰ تا ۱۳ ساله مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی همراه با مادرانشان در ۹ جلسه هفتگی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند؛ نتایج نشان داد که علائم اختلال کودکان پس از پایان درمان کاهش یافت؛ همچنین والدین و کودکان هر دو از موقعیت‌های ناخوشایند کمتر اجتناب کرده و پذیرش آن‌ها پس از درمان نسبت به تجربه‌های ناخوشایند افزایش یافته بود.

با توجه به پیشینه پژوهشی در زمینه اختلال وسواس فکری-عملی در کودکان و کاربست درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم و مؤلفه‌های روان‌شناختی کودکان با این اختلال، کمبود مطالعات به خصوص در جامعه ایران احساس می‌شود. از سوی دیگر با توجه به نتایج مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بزرگسالان، نوجوانان و کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و محدودیت رویکردهای درمانی رایج برای کودکان، بررسی به کارگیری روش‌های درمانی جدیدتر همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کودکان مبتلا به اختلال وسواس ضروری به نظر می‌رسد. با این حال اگرچه تحقیقاتی که از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان اختلالات کودکان و نوجوانان استفاده می‌کنند نوظهور هستند، نتایج به دست آمده امیدوارکننده بوده‌اند، اما برای تأیید به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک روش درمانی، برای آسیب‌های روان‌شناختی کودکان، به داده‌های تجربی بیشتر با نمونه‌های بزرگ‌تر نیاز است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم و عملکرد کودکان با اختلال وسواس فکری-عملی اجرا شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش یک پژوهش کاربردی و مبتنی بر الگوی شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل بود.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی ۸ تا ۱۲ ساله در شهر اصفهان در سال

۱۳۹۸، به همراه مادرانشان در زمان اجرای پژوهش بود. نمونه این تحقیق مشتمل بر ۲۰ زوج کودک و مادر، از جامعه مذکور بود که بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از بین مراکز روانشناسی و روان‌پزشکی شهر اصفهان، سه مرکز تماش، توحید و پارسیان که بیشترین مراجعه‌ی کودک مبتلا به وسواس را داشتند انتخاب و طی تماس با روانشناسان و روان‌پزشکان این مراکز، از آنان خواسته شد در صورت تمایل به همکاری در این طرح پژوهشی، کودکان مبتلا به وسواس خود را به محققان این پژوهش ارجاع دهند. به شرکت‌کننده‌ها و والدینشان توضیحاتی در خصوص طرح پژوهش داده و به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج محرمانه باقی می‌ماند. بدین ترتیب ۲۰ کودک که والدینشان موافق شرکت آن‌ها در این مطالعه بوده و از ملاک‌های ورود برخوردار بودند، انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) تقسیم شدند. حجم نمونه به دلیل محدودیت در یافتن کودکان مبتلا به وسواس که تمام ملاک‌های ورود به پژوهش را داشته باشند بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی انتخاب شد (۲۹). ملاک‌های ورود شرکت‌کننده‌ها به این پژوهش شامل این موارد بود: (۱) قرار گرفتن در بازه‌ی سنی ۸ تا ۱۲ سال (۲) حداقل یکی از والدین بتواند حداقل در ۸۰ درصد از جلسات درمان، همراه با کودکانشان حضور پیدا کند (۳) کودک به دلیل مشکلات روان‌شناختی عمده، تحت دارودرمانی یا روان‌درمانی نباشد و کودک عقب‌مانده‌ی ذهنی نباشد. (۴) کسب حداقل نمره‌ی ۱۴ در مقیاس وسواس جبری ییل براون کودکان پس از تشخیص روان‌پزشک یا روانشناس معتبر به اختلال وسواس. در هر دو گروه، بسته‌ی سنجش (که شامل ابزارهای پژوهش بود) اجرا شد. سپس گروه آزمایش توسط دانشجوی دکتری مسلط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در معرض مداخله قرار گرفتند؛ در این مرحله گروه کنترل یا لیست انتظار هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از گذشت ۱۰ جلسه، مداخله درمانی برای گروه‌های آزمایش، از هر دو گروه (اعم از گروه آزمایشی و گروه کنترل) پس‌آزمون به عمل آمد. در فاصله‌ی بین مرحله پس‌آزمون تا اجرای مرحله‌ی پیگیری، جلسات نگه‌دارنده ماهیانه برای حفظ اثرات درمانی برای گروه‌های آزمایشی برگزار شد و ۳ ماه پس از اتمام جلسات مداخله درمانی، شرکت‌کننده‌ها هم در گروه آزمایشی و هم در گروه کنترل، مجدداً به تکمیل پرسشنامه‌ها جهت سنجش مرحله‌ی پیگیری اقدام نمودند. مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس کتاب راهنمای این

ناکارآمد و ناامیدی در مورد استفاده از آن‌ها و تشویق به سمت امتحان راهکارهای جدید.

جلسه چهارم: این جلسه شروع جلسات با خود کودک بود و باهدف مفهوم‌سازی مشکل اجرا شد. پس از برقراری ارتباط با کودک، بررسی قوانین درمان و ایجاد انگیزه در وی برای ادامه جلسات از طریق جستجوی هیجان‌انگیز برای یافتن گنج گمشده و معرفی نقشه راه، این سؤال از کودک پرسیده شد که چه می‌شود که بعضی از بچه‌ها یکسری از رفتارها را انجام می‌دهند؟ و هدایت او به این سمت که بچه‌ها الکی این کارها را نمی‌کنند؛ حتماً دلیلی یا چیزی وجود دارد که باعث می‌شود آن‌ها این کارها را انجام دهند، مثل اینکه احساسی یا فکری آن‌ها را مجبور کند. تکلیف: از کودک خواسته شد در غار نشسته و لیست رفتارهایی که خودش و والدینش را اذیت می‌کند بنویسد و مشخص کند در مورد هر کدام قبل از وقوع چه فکر و احساسی دارد.

جلسه پنجم: هدف این جلسه، معرفی دنیای درون و بیرون، ذهن و محصولاتش و شروع درماندگی خلاق بود. پس از بررسی تکالیف جلسه قبل، این‌طور ادامه دادیم که روی نقشه، بعد از غار به یک برکه می‌رسیم. تابه‌حال برکه دیده‌اید؟ ممکن است برای شما سؤال پیش بیاید که داخل برکه چه خبره؟ و تا داخل آن نرویم متوجه درونش نمی‌شویم و داخل برکه خیلی متفاوت از بیرون آن است و در ادامه با ذکر مثال، دنیای درون (محصولات ذهن) و تفاوت آن با دنیای بیرون به کودک معرفی می‌شود. تکلیف: کودک مشخص کند مشکلاتی که در دنیای بیرون و درون در این هفته برایش رخ می‌دهد را چه‌طور حل می‌کند؟ و شیوه‌های کنترل این محصولات درونی را شناسایی کند.

جلسه ششم: هدف جلسه درماندگی خلاق و کنترل مسئله است، بود. تکالیف مرور شد و بعد از طرح دنیای درون و بیرون و قانون دنیای بیرون در جلسه قبل، در این جلسه با کمک استعاره ببر، قانون دنیای درون و کنترل مسئله است، مطرح شد. در این جلسه تلاش شد انواع ببرها، نعره‌های آن‌ها و شیوه‌های تقویت ببرها (گوشت‌ها) شناسایی شود، فایده‌ی گوشت دادن (آرام شدن موقت ببر) و نتیجه‌ی نهایی گوشت دادن (قوی‌تر شدن روبه‌روز ببر و نعره‌های آن) مورد بحث قرار گرفت. تکلیف: از کودک خواسته شد که در فرمی به شناسایی ببرها، نعره‌های آن‌ها و شیوه‌های کنترل بپردازد و از این طریق به آن‌ها کمک شد تولیدات ذهن خود را شناخته و نحوه‌ی فرار و حذف آن‌ها را شناسایی کند و برای تکلیف عملی، در مقابل نعره‌ی یک ببر

درمان که توسط وستراپ (۲۲) و برنی و همکاران (۱۵) تدوین شده بود، بر اساس فرهنگ ایرانی، طرح‌ریزی و روایی آن توسط چند متخصص این حیطه، بررسی و تأیید شد و در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی صورت پذیرفت به این نحو که سه جلسه اول به کار با والدین و مابقی جلسات به درمان کودک با حضور والدین، پرداخته شد.

جهت رعایت اخلاق در پژوهش پس از اینکه کار آزمایشی بالینی توسط کمیته اخلاقی با کد IR.UI.REC.1399.047 در معاونت پژوهشی دانشگاه تصویب شده بود، پیش از انجام تحقیق، از شرکت‌کننده‌ها برای شرکت در پژوهش، رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و کودکان و والدینشان از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه کنترل، جهت رعایت اصل اخلاقی عدالت در پژوهش اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهش و تأیید اثربخشی درمان، این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 استفاده شد. محتوای جلسات درمانی به‌طور مختصر به شرح ذیل بود:

جلسه اول: هدف این جلسه، آشنایی، ایجاد رابطه و تصریح ارزش‌های والدین بود. توضیح در مورد وسواس کودک به زبان اکت، معرفی والدین به عنوان انسان و پررنگ کردن ارزش‌های فردی و انعطاف در مورد ارزش‌ها مورد بررسی قرار گرفت. تکلیف: از والدین خواسته شد مشخص کنند در مورد هر بعد چه‌کاری می‌توانند برای خود انجام دهند.

جلسه دوم: هدف این جلسه شروع درماندگی خلاق در والدین بود. پس از مرور تکلیف جلسه‌ی قبل، جلسه با این سؤال آغاز شد که تابه‌حال برای اینکه وسواس، فرزندان برطرف شود چه راهکارهایی را امتحان کرده‌اید؟ و تا چه حد مؤثر بوده؟ سپس ذهن و پنج محصول آن (فکر، احساس، خاطره، علائم بدنی، میل) با ذکر مثال برای والدین توضیح داده شد و والدین به این سمت هدایت شدند که انگار به جای رسیدگی به مشکل فرزندان در حال پاسخ دادن به ذهنشان هستند. تکلیف: ثبت رویدادهای ذهنی و رفتاری به دنبال مشکل کودک و میزان اثربخشی آن

جلسه سوم: هدف این جلسه ادامه‌ی مفهوم درماندگی خلاق در والدین و کنترل مسئله است، بود. تکلیف جلسه‌ی قبل مرور و استعاره‌ی چاله و بیلچه مطرح شد. تکلیف: شناسایی بیلچه‌های

کوچک، از گوشت دادن اجتناب کنند و تجربه‌ی خود را یادداشت کنند.

جلسه هفتم: هدف عینی کردن ارزش‌های مهم کودک بود. بعد از بازخورد و مرور عملکرد در هفته‌ی گذشته، بازی دارت انجام شد. در مورد اینکه چه چیزهایی باعث می‌شود امتیاز ما کم یا زیاد شود گفتگو شد. سپس با ارائه‌ی فرم دارت زندگی، حیطه‌های زندگی معرفی و با تعیین امتیازهای دلخواه و امتیازهای فعلی، فرم تکمیل شد. در حین تکمیل فرم یا بازی دارت، بازخورد در مورد ببرهایی که در حال نعره کشیدن هستند و گوشت‌هایی که می‌خواهند، گرفته شد. با بررسی تجارب مراجعین، نمونه‌هایی از رفتارهای کنترلی آن‌ها در برابر نعره‌های ببر که آن‌ها را از رسیدگی به حیطه‌های زندگی باز می‌دارند مورد بحث قرار گرفت. تکلیف: در این هفته، از کودک خواسته شد تمرین دست کشیدن از ساکت کردن ببر برای جلوگیری از کاهش امتیاز در یک یا چند حیطه را پیگیری کند.

جلسه هشتم: هدف این جلسه پذیرش جایگزینی برای اجتناب و تعهد به ارزش‌های مهم زندگی بود. پس از بازخورد در مورد تغییرات دارت زندگی، بررسی کارها در جهت افزایش امتیاز و شیوه‌های ساکت کردن ببرهای مختلف، جلسه با موضوع «حرکت با اتوبوس زندگی» آغاز شد. تکلیف: به کودک کمک شد با نام‌گذاری مسافرانی که برای او اذیت کننده هستند (ضمن آنکه جنبه‌ی طنز و عینی‌تری به آن‌ها می‌دهد)، افکار و احساسات مرتبط با وسواس را بهتر شناخته و سپس تعیین کند چه قراردادی با آن‌ها بسته است، سپس از کودک خواسته شد به انتخاب خود لغو یکی از قراردادها را تجربه کنند.

جلسه نهم: با هدف مواجهه انجام شد. شناسایی قراردادها و نعره‌های ببر کودک، امتیازبندی به آن و کمک به لغو قراردادها از شدت کم به زیاد و تمرین گوش دادن به ذهن بدون عمل به آن در طول جلسه اجرا شد. تکلیف: لغو قراردادها در زندگی واقعی

جلسه دهم: بررسی لغو قراردادها و مشکلاتی که در هفته قبل داشته بررسی شد. کمک به لغو قراردادها از شدت کم به زیاد، تمرین گوش دادن به ذهن بدون عمل به آن، ایجاد تعهد رفتاری، جمع‌بندی و پیشگیری از عود در دستور کار این جلسه قرار گرفت.

ابزار پژوهش در زیر معرفی شده‌اند:

مقیاس وسواسی-جبری ییل براون کودکان (CY-BOCS): مقیاس وسواسی-جبری ییل براون کودکان توسط

اسکاهیل و همکارانش، در سال ۱۹۹۷، جهت ارزیابی اختلال وسواس فکری-عملی در کودکان، با اقتباس از نسخه بزرگسالان، طراحی شده است. این مقیاس، شامل یک چک‌لیست علائم و مقیاس لیکرت ۱۰ ماده‌ای است که وسواس فکری و عملی (اجبارها) را در طی یک هفته اخیر اندازه‌گیری می‌کند. نمرات برای شدت وسواس‌ها (از ۰ تا ۲۰)، شدت اجبارها (از ۰ تا ۲۰) و نمره کل شدت (از ۰ تا ۴۰) به دست می‌آیند. این مقیاس برای تعیین علائم بالینی به صورت بسیار خفیف (۰-۷)، خفیف (۸-۱۵)، متوسط (۱۶-۲۳)، شدید (۲۴-۳۱) و بسیار شدید (۳۲-۴۰) از یک سیستم نقطه برش ۱۴ با حساسیت ۰/۹۰ برای تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی در کودکان استفاده می‌کند (۳۰). مقیاس وسواسی-جبری ییل براون کودکان، ابزاری معتبر برای ارزیابی علائم اختلال وسواس فکری-عملی در کودکان محسوب می‌شود (۳۱). در پژوهش اسکاهیل و همکاران (۳۲) سازگاری درونی بالا برای نمره کل این آزمون ($a=0.87-0.90$) و برای نمرات وسواس و اجبار ($a=0.80-0.82$) گزارش شده است. این مقیاس توسط اصفهانی و همکاران (۳۳) در ایران هنجاریابی شد و بر اساس یافته‌های این پژوهش، ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دونیمه سازی برای نشانه و شدت به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار باز آزمایی ۰/۹۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۸۹ بود.

مقیاس ارزیابی عملکرد کلی کودکان (CGAS):

این مقیاس توسط شافر و همکاران (۱۹۸۳) بر پایه مقیاس ارزیابی کلی عملکرد طراحی شده است و برای ارزیابی عملکرد کلی افراد زیر ۱۸ سال یک نمره به دست می‌دهد. این مقیاس، عملکرد معمول کودک در طول یک دوره زمانی خاص را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و یک مقیاس درجه‌بندی کلی است که مبتنی بر تمام منابع در دسترس و از روی تمام ابعاد عملکرد می‌باشد. مقیاس ارزیابی عملکرد کلی کودکان در یک ترتیب صعودی، زمینه‌های گوناگون عملکرد را از صفر تا ۱۰۰ نمره‌گذاری می‌کند، نمره ۱۰۰ نشانگر بالاترین کارکرد در همه‌ی حوزه‌های اجتماعی، تحصیلی و روان‌شناختی است و هر چه نمره فرد پایین‌تر باشد، شدت اختلال در عملکرد بیشتر است (۳۴). در پژوهش بلک، کنگلوسی بروکز و بلچر (۳۵) اعتبار بین ارزیاب‌ها ۰/۹۱ - ۰/۵۳ و اعتبار آزمون - باز آزمون آن ۰/۸۵ تخمین زده شده است. میزان اعتبار CGAS در پژوهش‌ها بالا (۰/۸۳ - ۰/۹۱) و در محیط‌های بالینی متوسط (۰/۵۳ - ۰/۶۶)

آلفای کرونباخ ۰/۷۵ تا عملکرد تحصیلی با آلفای کرونباخ ۰/۸۴، اعتبار باز آزمون بالا در فاصله دوماهه (که محدوده آن ۰/۷۹ تا ۰/۸۲ می‌باشد)، روایی همگرا و روایی واگرایی خوبی را نشان داده است، همچنین در پژوهش ندثو همکاران (۱۱)، همسانی درونی مقیاس ۰/۸۶ به‌دست‌آمده است. این مقیاس برای اولین بار در جامعه‌ی ایرانی، در پژوهش صفری، کلانتری، یزدخواستی، عابدی و عریضی (۳۷) هنجاریابی و به کار گرفته شد، روایی محتوایی آن توسط چند متخصص مربوط در این حیطه تأیید و روایی سازه و روایی هم‌زمان مطلوب گزارش شده است، همچنین در این پژوهش همسانی درونی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

یافته‌ها

از بین ۲۰ کودک شرکت‌کننده در پژوهش، ۹ کودک پسر (آزمایش: ۴ نفر، کنترل: ۵ نفر) و ۱۱ کودک دختر (آزمایش: ۶ نفر، کنترل: ۵ نفر) بودند. نتایج آزمون‌های دو بین‌گروه عدم تفاوت بین دو گروه در متغیر جنسیت بود ($p=0/653$).

گزارش شده است (۳۵). در این پژوهش به‌منظور بررسی همسانی درونی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای این مقیاس ۰/۸۰ به دست آمد.

مقیاس تأثیر وسواس فکری کودک-نسخه‌ی والدین (COIS- R/P): مقیاس تجدیدنظر شده‌ی COIS

دارای دو فرم والد و کودک می‌باشد (۳۶). فرم والد این مقیاس اولین بار توسط پیاسنتینی و جفر (۱۹۹۹) تألیف شد و فرم اصلاح‌شده آن با ۳۳ گویه، نقص عملکردی مرتبط به وسواس را در کودکان ۷ تا ۱۶ ساله مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، در چهار بعد عملکرد تحصیلی (۴ گویه)، عملکرد اجتماعی (۱۳ گویه)، عملکرد خانوادگی (۸ گویه)، مهارت‌های زندگی روزمره (۸ گویه) و درنهایت عملکرد کلی در یک ماه اخیر، ارزیابی می‌کند (۱۱). پاسخ به گویه‌های پرسشنامه در مقیاس لیکرت صفر تا سه‌درجه‌ای (اصلاً تا خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود و از والد خواسته می‌شود مشخص کند وسواس بر هر مورد خواسته‌شده در یک ماه اخیر چقدر تأثیر گذاشته است. نسخه والدین مقیاس تأثیر وسواس کودک، در پژوهش پیاسنتینی و همکاران (۳۶)، همسانی درونی بالا (از بعد فعالیت‌های روزمره با

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و آزمون

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عملکرد کلی	آزمایش	۵۲/۴۰	۸/۱۲	۶۵/۱۰	۵۵/۱۰	۱۰/۰۷
	کنترل	۵۲/۳۰	۷/۶۴	۵۲/۹۰	۵۲/۲۰	۷/۸۸
عملکرد مرتبط با وسواس	آزمایش	۳۵/۵۰	۱۲/۹۵	۲۲/۳۰	۹/۶۷	۲۰/۸۰
	کنترل	۳۵/۲۰	۱۱/۳۰	۳۶/۱۰	۳۷/۳۰	۹/۹۸
عملکرد تحصیلی	آزمایش	۷/۱۰	۳/۱۰	۳/۵۰	۱/۳۵	۳
	کنترل	۷	۳/۲۳	۷/۱۰	۳/۳۱	۷/۴۰
عملکرد خانوادگی	آزمایش	۸/۷۰	۴/۷۸	۷/۲۰	۴/۳۹	۶/۸۰
	کنترل	۸/۵۰	۴/۸۳	۸/۸۰	۴/۶۱	۹/۱۰
عملکرد اجتماعی	آزمایش	۱۵	۷/۱۹	۱۴	۶/۹۲	۱۳/۳۰
	کنترل	۱۴/۹۰	۶/۵۳	۱۵/۲۰	۶/۷۴	۱۵/۶۰
مهارت‌های زندگی روزمره	آزمایش	۴/۷۰	۲/۸۳	۲/۱۰	۱/۲۸	۲
	کنترل	۴/۸۰	۲/۴۴	۵	۰/۳۵	۵/۲۰
وسواس کل	آزمایش	۲۷/۷۰	۶/۰۷	۱۶/۷۰	۳/۸۳	۱۶/۱۰
	کنترل	۲۷/۸۰	۳/۷۶	۲۸/۱۰	۳/۸۷	۲۷/۷۰
وسواس عملی	آزمایش	۱۴/۳۰	۲/۲۶	۸/۸۰	۲/۸۵	۸/۴۰
	کنترل	۱۴/۵۰	۲/۲۷	۱۴/۷۰	۲/۱۱	۳/۲۳
وسواس فکری	آزمایش	۱۳/۴۰	۴	۷/۹۰	۱/۷۲	۷/۷۰
	کنترل	۱۳/۳۰	۳/۲۳	۱۳/۴۰	۳/۰۶	۱۳

میانگین سن کودکان در گروه آزمایش ۱۰ و در گروه کنترل ۹/۹۰ بود. نتایج آزمون t بیانگر عدم تفاوت دو گروه در متغیر سن ($p=0/851$) بود. در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عملکرد و علائم کودکان مبتلا به وسواس فکری-عملی ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌گردد، نمرات پیش‌آزمون عملکرد و علائم کودکان مبتلا به وسواس فکری-عملی در پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییر کرده است. به‌منظور بررسی معناداری این تفاوت و با توجه به این که سه بار هر آزمودنی در معرض این آزمون قرار گرفته است و به‌منظور کنترل اثر عامل زمان و گروه از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. به‌منظور بررسی نرمال بودن

داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. نتایج جدول ۲ نشان داد که فرض نرمال بودن داده‌ها در همه متغیرها برقرار است ($p \leq 0/05$). نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید شده است ($p \leq 0/05$). بررسی نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان می‌دهد که در همه متغیرها و مؤلفه‌های آن مقدار χ^2 دو به‌دست‌آمده معنادار است ($p \leq 0/05$). واریانس تفاوت بین ترکیب‌های ماتریس واریانس-کوواریانس مربوط به این متغیر در گروه‌های موردبررسی یکسان نیست؛ بنابراین از آزمون تصحیح هاوس گیزر استفاده شده است. آزمون هاوس گیزر با ایجاد اصلاحی در درجات آزادی درون گروهی امکان افزایش خطای نوع اول را مهار می‌کند (۳۸).

جدول ۲. پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیرها		آزمون شاپیرو-ویلکز		آزمون لوین		آزمون ماچلی	
گروه	آماره	p	مرحله	F	p	Mauchly's W	p
عملکرد کلی	آزمایش	۰/۸۸۱	۰/۱۳۳	پس‌آزمون	۱/۳۹۸	۰/۲۵۲	۰/۳۷۳
	کنترل	۰/۸۸۱	۰/۱۳۴	پیگیری	۰/۹۶۸	۰/۳۳۸	
عملکرد مرتبط با وسواس	آزمایش	۰/۹۳۲	۰/۴۶۵	پس‌آزمون	۰/۰۲۹	۰/۸۶۷	۰/۵۹۵
	کنترل	۰/۹۸۶	۰/۹۹۰	پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۹۹۴	
عملکرد تحصیلی	آزمایش	۰/۹۳۸	۰/۵۳۱	پس‌آزمون	۲/۲۹۶	۰/۱۴۷	۰/۵۶۶
	کنترل	۰/۹۴۸	۰/۶۳۹	پیگیری	۰/۱۹۳	۰/۶۶۵	
عملکرد خانوادگی	آزمایش	۰/۹۴۹	۰/۶۵۶	پس‌آزمون	۳/۱۹۵	۰/۰۹۱	۰/۴۶۱
	کنترل	۰/۹۴۰	۰/۵۵۵	پیگیری	۵/۱۱۴	۰/۰۳۶	
عملکرد اجتماعی	آزمایش	۰/۹۳۳	۰/۴۸۳	پس‌آزمون	۰/۰۶۸	۰/۷۹۸	۰/۴۹۶
	کنترل	۰/۹۳۱	۰/۴۵۶	پیگیری	۰/۰۰۴	۰/۹۵۳	
مهارت‌های زندگی روزمره	آزمایش	۰/۹۱۸	۰/۳۴۰	پس‌آزمون	۰/۲۰۳	۰/۶۵۸	۰/۲۷۱
	کنترل	۰/۹۴۹	۰/۶۵۹	پیگیری	۲/۳۷۰	۰/۱۴۱	
وسواس کل	آزمایش	۰/۸۹۵	۰/۱۹۳	پس‌آزمون	۱/۹۵۱	۰/۱۷۹	۰/۳۸۷
	کنترل	۰/۹۲۲	۰/۳۷۸	پیگیری	۰/۵۸۷	۰/۴۵۴	
وسواس عملی	آزمایش	۰/۸۶۶	۰/۰۸۹	پس‌آزمون	۲/۳۳۷	۰/۱۴۴	۰/۸۳۱
	کنترل	۰/۹۷۱	۰/۹۰۳	پیگیری	۰/۰۲۱	۰/۸۸۶	
وسواس فکری	آزمایش	۰/۹۰۳	۰/۲۳۵	پس‌آزمون	۰/۲۹۴	۰/۵۹۴	۰/۲۴۴
	کنترل	۰/۹۲۹	۰/۴۳۶	پیگیری	۱/۸۱۲	۰/۱۹۵	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در متغیر عملکرد کلی، اثرات اصلی زمان و عضویت گروهی و همچنین تعامل عامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) معنادار به‌دست‌آمده است ($p \leq 0/05$)؛ بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد کلی کودکان با اختلال وسواس فکری-عملی

مؤثر است. مجذور اتای عملکرد کلی ۰/۷۱ است، یعنی ۷۱ درصد تغییرات عملکرد کلی متأثر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در متغیر عملکرد مبتنی بر وسواس، اثرات اصلی زمان و عضویت گروهی و همچنین تعامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) معنادار به‌دست‌آمده است ($p \leq 0/05$).

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد مبتنی بر وسواس کودکان با اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر است. مجذور اتای عملکرد مبتنی بر وسواس ۰/۸۷ است، یعنی ۸۷ درصد تغییرات عملکرد مبتنی بر وسواس متأثر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در مؤلفه عملکرد تحصیلی، اثر زمان و عضویت گروهی همچنین تعامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) معنادار به‌دست‌آمده است ($p \leq 0/05$). می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد

تحصیلی کودکان با اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر است. مجذور اتای عملکرد مبتنی بر وسواس ۰/۶۵ است، یعنی ۶۵ درصد تغییرات عملکرد تحصیلی متأثر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در مؤلفه عملکرد خانوادگی، اثر زمان و همچنین تعامل عامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) معنادار به‌دست‌آمده است ($p \leq 0/05$), اما در اثر عضویت گروهی تفاوتی مشاهده نشد ($p \leq 0/05$).

جدول ۳. برآورد مقادیر آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در مراحل سه‌گانه

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p	Eta	توان آماری
عملکرد کلی	درون گروهی	۵۶۰/۲۳۳	۱/۲۲۹	۴۵۵/۸۶۵	۴۸/۹۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۱	۱
	گروه*زمان	۵۱۷/۹۰	۱/۲۲۹	۴۲۱/۴۱۸	۴۵/۲۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۶	۱
	بین گروهی	۱۰۵۸/۴۰۰	۱	۱۰۵۸/۴۰۰	۵/۸۰۳	۰/۰۲۷	۰/۲۴۴	۰/۶۲۵
عملکرد مبتنی بر وسواس	درون گروهی	۵۱۶/۹۰۰	۱/۴۲۳	۳۶۳/۲۱۵	۷۶/۷۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۰	۱
	گروه*زمان	۸۱۳/۹۰۰	۱/۴۲۳	۵۷۱/۹۱۱	۱۲۰/۸۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۰	۱
	بین گروهی	۱۵۰۰	۱	۱۵۰۰	۴/۳۴۰	۰/۰۵۲	۰/۱۹۴	۰/۵۰۵
عملکرد تحصیلی	درون گروهی	۴۳/۳۰۰	۱/۳۹۵	۳۱/۰۴۶	۲۵/۰۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۲	۱
	گروه*زمان	۵۷/۶۳۳	۱/۳۹۵	۴۱/۳۲۴	۳۳/۳۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۰	۱
	بین گروهی	۱۰۴/۰۱۷	۱	۱۰۴/۰۱۷	۴/۷۸۱	۰/۰۴۲	۰/۲۱۰	۰/۵۴۴
عملکرد خانوادگی	درون گروهی	۲۲/۶۳۳	۱/۳۰۰	۱۷/۴۱۲	۱۵/۱۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۷	۰/۹۹۸
	گروه*زمان	۴۲/۴۳۳	۱/۳۰۰	۳۲/۶۴۵	۳۲/۳۵۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۲	۱
	بین گروهی	۶۸/۶۲۷	۱	۶۸/۶۲۷	۱/۳۳۶	۰/۲۶۳	۰/۰۶۹	۰/۱۹۵
عملکرد اجتماعی	درون گروهی	۵۰/۷۰۰	۱/۳۳۰	۳۸/۱۱۷	۴۲/۱۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۱	۱
	گروه*زمان	۸۱/۶۳۳	۱/۳۳۰	۶۱/۳۷۴	۶۷/۸۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۰	۱
	بین گروهی	۱۵۰/۴۱۷	۱	۱۵۰/۴۱۷	۱/۰۹۶	۰/۳۰۹	۰/۰۵۷	۰/۱۶۸
مهارت‌های زندگی روزمره	درون گروهی	۱۸/۴۳۳	۱/۴۰	۱۳/۱۳۸	۱۴/۰۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۸	۰/۹۸۲
	گروه*زمان	۲۹/۲۳۳	۱/۴۰	۲۰/۸۸۳	۲۲/۲۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۳	۰/۹۹۹
	بین گروهی	۶۴/۰۶۷	۱	۶۴/۰۶۷	۶۴/۸۷۵	۰/۰۴۰	۰/۲۱۳	۰/۵۵۲
وسواس کل	درون گروهی	۴۲۰/۶۳۳	۱/۲۴۰	۳۳۹/۲۴۳	۳۰/۹۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۲	۱
	گروه*زمان	۴۳۳/۳۰۰	۱/۲۴۰	۳۴۹/۴۵۹	۳۱/۸۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۹	۱
	بین گروهی	۸۸۹/۳۵۰	۱	۸۸۹/۳۵۰	۱۷/۰۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸۷	۰/۹۷۴
وسواس عملی	درون گروهی	۱۰۱/۲۳۳	۲	۵۰/۶۱۷	۲۱/۲۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۲	۱
	گروه*زمان	۱۱۶/۴۳۳	۲	۵۸/۲۱۷	۲۴/۴۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۶	۱
	بین گروهی	۲۵۶/۲۶۷	۱	۲۵۶/۲۶۷	۱۸/۲۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۳	۰/۹۸۱
وسواس فکری	درون گروهی	۱۰۹/۲۰۰	۱/۱۳۹	۵۴/۶۰۰	۲۷/۰۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۱	۱
	گروه*زمان	۱۰۰/۹۳۳	۱/۱۳۹	۵۰/۴۶۷	۲۵/۰۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۲	۱
	بین گروهی	۱۹۰/۸۱۷	۱	۱۹۰/۸۱۷	۷/۲۸۷	۰/۰۱۵	۰/۲۸۸	۰/۷۲۴

در مؤلفه عملکرد اجتماعی، اثر زمان و همچنین تعامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) معنادار به‌دست‌آمده است ($p \leq 0/05$), اما در اثر عضویت گروهی تفاوتی مشاهده نکردید

($p \leq 0/05$). در مؤلفه مهارت‌های زندگی روزمره، اثر زمان و عضویت گروهی و همچنین تعامل عامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) معنادار است ($p \leq 0/05$). نتایج نشان

داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مهارت‌های زندگی روزمره کودکان با اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر است. مجذور اتای مهارت‌های زندگی روزمره ۰/۵۵ است، یعنی ۵۵ درصد تغییرات مهارت‌های زندگی روزمره متأثر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مهارت‌های زندگی روزمره کودکان با اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر است. مجذور اتای مهارت‌های زندگی روزمره ۰/۵۵ است، یعنی ۵۵ درصد تغییرات مهارت‌های زندگی روزمره متأثر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه مراحل پژوهش

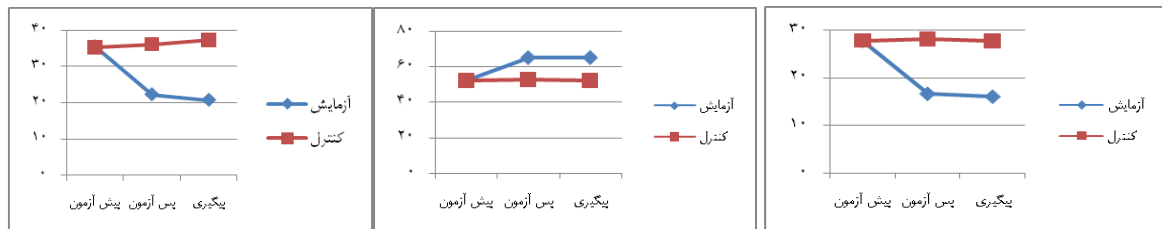
متغیر	مرحله (i)	مرحله (j)	تفاوت میانگین (i-j)	p
عملکرد کلی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۶۵۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۶/۳۰۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۵۰	۱/۰۰۰
عملکرد مبتنی بر وسواس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۱۵۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۳۰۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۵۰	۱/۰۰۰
عملکرد تحصیلی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۷۵۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۸۵۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۰۰	۱/۰۰۰
عملکرد خانوادگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۲۵۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۳۵۰	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۰۰	۱/۰۰۰
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۹۵۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۹۵۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۰۰۱	۱/۰۰۰
مهارت‌های زندگی روزمره	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۲۰۰	۰/۰۰۳
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۱۵۰	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۵۰	۱/۰۰۰
وسواس کل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۳۵۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۸۵۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۰۰	۱/۰۰۰
وسواس عملی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۶۵۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۸۵۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۰۰	۱/۰۰۰
وسواس فکری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۷۰۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۰۰	۱/۰۰۰

عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) معنادار به‌دست‌آمده است ($p \leq ۰/۰۵$)، بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسواس عملی کودکان با اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر است. مجذور اتای وسواس عملی ۰/۵۷ است، یعنی ۵۷ درصد تغییرات وسواس عملی متأثر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در مؤلفه وسواس فکری، اثرات اصلی زمان و عضویت گروهی و همچنین تعامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) معنادار به‌دست‌آمده است ($p \leq ۰/۰۵$) بنابراین

در متغیر وسواس کل، اثرات اصلی زمان و عضویت گروهی و همچنین تعامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) معنادار به‌دست‌آمده است ($p \leq ۰/۰۵$)، بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسواس کل کودکان با اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر است. مجذور اتای وسواس کل ۰/۶۳ است، یعنی ۶۳ درصد تغییرات وسواس کل متأثر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در مؤلفه وسواس عملی، اثرات اصلی زمان و عضویت گروهی و نیز تعامل زمان و

به‌منظور مقایسه زوجی مراحل پژوهش از آزمون بونفرونی استفاده شد. نتایج جدول ۴ نشان داد که در متغیر عملکرد کل، عملکرد مبتنی بر وسواس و مؤلفه‌های آن و نیز وسواس کودکان بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p \leq 0.05$).

می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسواس فکری کودکان با اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر است. مجذور اتای وسواس فکری ۰/۵۷ است، یعنی ۵۷ درصد تغییرات وسواس فکری متأثر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.



شکل ۱: تغییرات روند میانگین نمرات وسواس کل شکل ۲: تغییرات روند میانگین نمرات عملکرد مبتنی بر وسواس شکل ۳: تغییرات روند میانگین نمرات عملکرد کلی

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار و رفتار اجباری به شکلی مستقیم تمرکز نمی‌شود، ولی با استفاده از فنون پذیرش و گسلش، هیجان‌های ناخوش آیند سیری نزولی در پیش‌گرفته و به نسبت آن افکار و رفتار اجباری کودک نیز کاهش می‌یابد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد را از انکار افکاری که دارند بازمی‌دارد و آن‌ها را به پذیرش و در آغوش گرفتن افکار خود به‌عنوان جزء لاینفک زندگی‌شان تشویق می‌کند. استفاده از استعاره‌ها و تمرینات تجربی منجر به بالا بردن دانش روان‌شناختی کودکان می‌شود، به‌نحوی که با ماهیت فکرها و اعمال وسواسی خود آشنا شده و کمتر از قانون‌های ذهنی خود پیروی می‌کنند (۲۷) که این امر می‌تواند منجر به برقراری ارتباط راحت‌تر با آن‌ها و تسهیل روند درمان شود (۲۶). استعاره‌ها اغلب واضح‌تر و کمتر انتزاعی هستند و چون کودکان به‌طور طبیعی انعطاف‌پذیرتر از بزرگسالان هستند، با مواد ارائه‌شده به‌عنوان قوانین، رفتار و به آن‌ها عمل می‌کنند (۳۹). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق ۶ فرآیند منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌عنوان هدف اصلی درمان، در کودکان می‌شود: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، زندگی در زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه؛ که چهار مورد اول فرآیندهای ذهن آگاهی را در برمی‌گیرند و دو مورد آخر بر تغییر رفتار تأکید می‌کنند؛ از این طریق تمایل فرد به پاسخ به افکار منفی ذهن تضعیف شده و می‌تواند در شرایط و موقعیت‌های چالش‌برانگیز، انعطاف‌پذیری خود را حفظ کند (۴۰). از آنجایی که بین انعطاف‌پذیری شناختی و وسواس رابطه منفی معناداری وجود دارد، افزایش انعطاف‌پذیری در درمان مبتنی بر

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم و عملکرد کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی انجام شده است. یافته‌های این پژوهش، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم وسواس فکری-عملی را مورد تأیید قرار داد. همسو با این یافته برنی و همکاران (۱۵) آرمسترانگ و همکاران (۲۸) و یاردلی (۲۷) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش علائم اختلال وسواس فکری-عملی در کودکان و نوجوانان شده است. با جستجو در پایگاه داده‌های علمی، پژوهش ناهمسو با نتایج پژوهش حاضر یافت نشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم وسواس فکری-عملی در کودکان، باید به فرآیندهای حاکم بر این درمان پرداخته شود؛ همسو با نظر برنی و همکاران (۱۵) می‌توان گفت که فرآیندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف درمان‌های رایج، همچون مواجهه و جلوگیری از پاسخ که به همراه عدم تحمل اضطراب همراه با این روش درمان، مراجعین زیادی از آن روی گردان هستند؛ به دنبال این است که به افراد یاد دهد، فوننی را که برای کنترل فکر به کار می‌گرفتند را رها نمایند، چگونه با افکار مزاحم و اضطراب‌زا در هم نیامیزند و چگونه هیجان‌اتشان را مدیریت و کنترل نمایند.

همچنین بر اساس پژوهش آرمسترانگ و همکاران (۲۸) استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش در فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود که کودکان و نوجوانان از موقعیت‌های وسواس طلب کمتر احساس رنج نمایند؛ به‌نحوی که

پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به کاهش علائم وسواس در کودکان شود (۴۱).

درواقع فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به بیماران بیاموزد چگونه راهبردهای کنترل فکر را رها کنند، با افکار مزاحم آمیخته نشوند و چگونه هیجانات نامطبوع مثل اضطراب را بیشتر تحمل کنند. در حقیقت استفاده از فن‌های گسلش و پذیرش میزان آزارندگی این موقعیت‌ها را برای شرکت‌کننده‌ها کاهش می‌دهد اگرچه در این درمان فراوانی و محتوای فکر وسواسی به‌طور مستقیم هدف قرار داده نمی‌شود، اما کاهش اضطراب در نتیجه استفاده از فن‌های گسلش و پذیرش، منجر به کاهش افکار و اعمال وسواسی در کودک می‌شود (۲۳).

یکی از فنون مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تصریح ارزش‌ها برای مراجع است. چنانکه به‌جای ارزش‌های تعریف‌شده در فرآیند شناختی مراجع، ارزش‌های جدید تعریف و جایگزین می‌شود که این ارزش‌گذاری مجدد در فرآیند شناختی بیماران وسواس فکری-عملی سبب کاسته شدن از میزان تفکر وسواسی آنان می‌شود که نتیجه این کاهش، نزول فراوانی رفتار و اعمال اجبارآمیز را در پی دارد (۲۷).

یافته دیگر پژوهش این بود که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد کلی، تحصیلی و مهارت‌های روزمره را نیز مورد تأیید قرارداد، این یافته با پژوهش‌های گریکو و هیز (۴۰) و راسب و همکاران (۴۲)، میرزا حسینی، پور عبدالله، صبحی و سراوانی (۴۳)، مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد کودکان همسو بوده است.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد کودکان باید به فرایندهای حاکم بر این درمان پرداخته شود؛ گریکو و هیز (۴۰) در پژوهش خود عنوان می‌کنند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد است، به کودکان می‌آموزد که وجود افکار وسواسی، خود به‌عنوان مشکل و مسئله اصلی به شمار نمی‌رود، بلکه مسئله اصلی اقدام در جهت پاسخ دادن به این افکار با انجام اعمال اجباری می‌باشد. لذا با یادگیری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افراد آموزش می‌بینند که خزانه رفتاری گسترده‌تری داشته باشند و عملکرد کلی خود را بهبود بخشند.

از سوی دیگر ارزش‌ها به‌عنوان نقاط قطب‌نما و اهداف بزرگ زندگی فرد معرفی می‌شوند و از کودک خواسته می‌شود به‌جای تمرکز بر آنچه ذهن انجام می‌دهد، بر ارزش‌های خاص

خود متمرکز شود و سپس بر اساس آن‌ها اهداف کوتاه‌مدت تعیین می‌شود تا کودک تعهدات رفتاری خود را در زمینه‌ی این اهداف انجام دهد. تعیین اهداف و پیگیری آن‌ها، به زندگی فرد نظم داده و منجر به افزایش عملکرد کلی می‌شود (۲۸). این رویکرد بیش از هر رویکرد دیگری بر بحث ارزش، تصریح ارزش‌ها، جهت‌گیری ارزشی، برانگیختگی ارزشی و خودمدیریتی مبتنی بر ارزش تأکید می‌کند. همین فرآیند عاملی است که به مراجعین کمک می‌کند تا در مسیر شغلی و تحصیلی خویش، اهداف مبتنی بر ارزش تعریف کنند و مسیر تحصیلی خویش را بر پایه انتظارات بنا نکنند و از این طریق به طراحی مسیر ارزش‌مدار بپردازند. همچنین در این رویکرد با تأکید بر عمل متعهدانه به فرد کمک می‌شود تا اهداف و تصمیمات خویش را به مرحله‌ی اجرا درآورد و با شناسایی موانع روان‌شناختی در مسیر اجرای اهداف بر آن‌ها غلبه نماید (۴۴).

درنهایت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش طیف وسیعی از پریشانی‌های روان‌شناختی اثرگذار است. درواقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش افسردگی و افزایش خلق و همچنین کاهش نگرانی و اضطراب و با تقویت پذیرش در مراجع موجب افزایش سرزندگی و کاهش خستگی می‌شود و این امر موجب بهبود عملکرد کلی در کودک می‌شود (۴۵).

یافته بعدی این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد خانوادگی و عملکرد اجتماعی کودکان معنادار نیست و با نتایج پژوهش‌های اردشیری، فرامرزی و شریفی (۴۶)، اصلانی و آزاده (۴۷) و مصباح، حجت خواه و گل محمدیان (۴۸) که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر عملکرد خانوادگی و اجتماعی مورد تأیید قرار داده‌اند هم‌جهت نیست.

در جهت تبیین یافته حاضر، مبنی بر مؤثر نبودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود روابط خانوادگی و اجتماعی می‌توان گفت که بر اساس یافته‌های پژوهشی که ساعی، سپهرمنش و احمدوند (۴۹) به‌صورت کیفی انجام دادند، نشان دادند که هیجانات عمده‌ی ادراک‌شده بیماران مبتلا به وسواس در ارتباط با واکنش‌های ناسازگار خانواده و سایرین در چهار زمینه‌ی، انتقاد از سوی دیگران، بی‌توجهی و عدم حمایت عاطفی، خشونت و بداخلاقی و دخالت افراطی طبقه‌بندی می‌شوند؛ که سبب ایجاد احساساتی همچون عدم اعتمادبه‌نفس، احساس کنترل، عدم رعایت حریم خصوصی، عدم همدلی، عصبی بودن، احساس گناه و ناامیدی، تنهایی، افسردگی، بی‌ارزشی، غفلت، اضطراب و سرزنش خود

در بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی در ارتباط با دیگران می‌شود.

از سوی دیگر تحقیقات نشان می‌دهند کیفیت رابطه دلبستگی اولیه با مراقب اصلی، طیفی از پیامدهای دوران کودکی از جمله اختلال وسواس فکری-عملی را پیش‌بینی می‌کند (۵۰). به طوری که سطوح دلبستگی ناایمن به‌طور قوی با نشانه‌های اختلال وسواس فکری-عملی در کودکان مرتبط است و درصد بالایی از تغییرپذیری نشانه‌های این اختلال را پیش‌بینی می‌کند (۵۱ و ۵۲). هم در نمونه‌های بالینی اختلال وسواس و هم در نمونه‌های غیر بالینی، افراد گزارش می‌دهند که به‌منظور کاهش استرس یا پیشگیری از پیامدهای ترس‌آور در رفتارهای اجباری درگیر می‌شوند (۵۳). دیگر شواهد از نقش دلبستگی در نشانه‌های اختلال وسواس حاصل تحقیقاتی است که نشان می‌دهند درمان‌های خانوادگی در مقایسه با مداخلاتی که اعضای خانواده را درگیر نمی‌کنند، در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس در کودکان اثربخشی بیشتری دارند (۵۴).

در این پژوهش نیز با توجه به نقش گسترده‌ی والدین در درمان کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، سه جلسه اول درمان به این منظور به والدین اختصاص داده شد که والدین نیز کمتر در این اعمال با کودک خود مشارکت کنند، ارزش‌های خود را تصریح کنند و در مسیر ارزش والدگری، باوجود رویدادهای درونی آزاددهنده و پذیرش آن‌ها، به کودک کمک کنند تا در مسیر ارزش‌هایش قدم بردارد؛ اما به نظر می‌رسد با توجه به رابطه قوی بین دلبستگی ناایمن و اختلال وسواس فکری-عملی و احساسات عمیق ادراک‌شده‌ی کودکان مبتلا به وسواس در ارتباط با سایرین، یکپارچه کردن رویکردهای درمانی مبتنی بر دلبستگی و شناختی، برای کودکانی که عوامل عاطفی و رشدی مانع از درمان موفق‌آمیز آن‌ها می‌شود ضروری است و نیاز است به‌صورت اختصاصی و صرف زمان بیشتر در جلسات درمان و کار با والدین به این متغیرها بهای بیشتری داده شود تا با ترمیم احساسات ناخوشایند کودک در ارتباط با سایرین و تغییر سبک دلبستگی کودک به بهبود عملکرد خانوادگی و اجتماعی کودک کمک بیشتری بنماییم.

درمجموع نتایج این پژوهش حاکی از این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند رابطه کودک را در رویارویی با تجارب درونی آزاددهنده خود عوض کند و استفاده از استعاره‌ها و تمرین‌های تجربه‌ای باعث شد که کودکان بیشتر با ماهیت

فکرها و اعمال وسواسی خود آشنا شوند و کمتر از قانون‌های ذهنی پیروی کنند و عملکرد کلی خود را بهبود بخشند. همچنین پیشنهاد متغیرهایی که می‌توانند در کنار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی درمان را افزایش دهند و به بهبود عملکرد خانوادگی و اجتماعی کودک بیانجامد یکی از محاسن پژوهش حاضر می‌باشد.

بااین‌حال، محدود بودن دامنه پژوهش به کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی شهر اصفهان و وجود برخی متغیرهای کنترل نشده مانند وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان، موقعیت اجتماعی آن‌ها، وضعیت هوشی کودکان حاضر در پژوهش و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ لذا با توجه به نتایج مثبت حاصل از این پژوهش مبنی بر کاربرد درمان پذیرش و تعهد برای وسواس کودکان، پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در سایر شهرها، مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت و کودکان مبتلا به سایر اختلال‌های روان‌شناختی، با کنترل عوامل ذکرشده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود و همچنین پیشنهاد می‌شود این درمان در ترکیب با سایر درمان‌هایی که به کار بیشتر روی روابط والد و کودک می‌پردازد به‌کاربرده شود و اثربخشی آن درزمینه‌ی عملکردهای خانوادگی و اجتماعی سنجیده شود.

همچنین در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود این درمان در مراکز درمانی توسط درمانگران بالینی اجرا و از آن به‌عنوان درمانی مؤثر در کاهش علائم اختلال وسواس فکری-عملی کودکان استفاده شود و طی کارگاهی تخصصی به مشاوران مدارس آموزش داده شود تا آن‌ها به‌کارگیری این درمان برای کودکان مقاطع ابتدایی مبتلا به اختلال وسواس در مدارس و مراکز آموزش و پرورش جهت کاهش علائم اختلال وسواس فکری-عملی این دانش‌آموزان گامی عملی برداشته باشند. همچنین واکنش‌های ناسازگار خانواده در ارتباط با بیماران و آموزش روان‌درمانی خانواده به‌عنوان پایه و مکمل درمانی در پیشگیری از عود بیماری و بهبود عملکرد کودک باید موردتوجه پزشکان و روانشناسان بالینی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته روانشناسی در دانشگاه اصفهان با شناسه اخلاق IR.UI.REC.1399.047 است بدین‌وسیله از تمامی

شرکت‌کنندگان در این پژوهش، مسئولان مراکز مشاوره و
استادان گرامی که صمیمانه و خالصانه ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Storch EA, McGuire JF, Schneider SC, Small BJ, Murphy TK, Wilhelm S, Geller DA. Sudden gains in cognitive behavioral therapy among children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatr*. 2019; 64:92-98.
2. Melin K. Long-Term Outcomes of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Institute of Neuroscience and Physiology Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg; 2019.
3. Nazeer A, Latif F, Mondal A, Azeem MW, Greydanus DE. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Transl Pediatr*. 2020; 9(1):76-93.
4. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian J Psychiatr*. 2013; 55(3):220.
5. Coluccia A, Ferretti F, Fagiolini A, Pozza A. Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2017; 13:597.
6. Piacentini J, Bergman RL, Chang S, Langley A, Peris T, Wood JJ, et al. Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psycho education/ relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*. 2011; 50(11):1149-1161.
7. McCabe RE, Rowa K, Farrell NR, Young L, Swinson RP, Antony MM. Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: Does motivational interviewing boost efficacy? *J Obsessive-Compulsive and Related*. 2019; 64:92-98.
8. Piacentini J, Peris TS, Bergman RL, Chang S, Jaffer M. BRIEF REPORT: Functional impairment in childhood OCD: Development and psychometrics properties of the child obsessive-compulsive impact scale-revised (COIS-R). *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2007; 36(4):645-653.
9. Perez-Vigil A, Fernandez de la Cruz L, Brander G. Association of Obsessive-Compulsive Disorder with Objective Indicators of Educational Attainment: A Nationwide Register-Based Sibling Control Study. *JAMA psychiatry*. 2018; (75):47-55.
10. Nejat A, Rafezi Z, Hosseinsabet F. Predicting Obsessive-Compulsive Disorder based on Mindfulness, Cognitive Emotion Regulation Strategies, and Coping Strategies. *Res Behav Sci* 2020; 18(2):249-259. [Persian]
11. Nadeau JM, Lewin A, Arnold E, Crawford E, Murphy T, Storch E. Clinical correlates of functional impairment in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*. 2013; 2(4):432-436.
12. Yamamuro K, Ota T, Iida J. Persistence of impulsivity in pediatric and adolescent patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2017; (71):36-43.
13. Freeman J, Garcia A, Frank H, Benito K, Conelea C, Walther M, Edmunds J. Evidence base update for psychosocial treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2014; (43):7-26.
14. Creswell C, Waite P, Cooper P. Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*. 2014; (99):674-678.
15. Barney J, Field C, Morris KL, Twohig MP. Treatment of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Utilizing Parent-Facilitated Acceptance and Commitment Therapy. *Psychology in the Schools*. 2017; 54(1):88-100.
16. Rees CS, Vankoesveld K. An open trail of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*. 2008; (39):451-458.
17. Reynolds S, Wilson C, Austin J, Hooper L. Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2012; (32):251-262.

18. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*. 2013; 44(2):180-198.
19. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012; 40(7):976-1002.
20. Twohig M, Abramowitz JS, Smith B M, Fabricant LE, Jacoby RJ, Morrison K L, Bluett EJ, Reuman L, Blakey Sh M, Lederman 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.
21. Bluett EJ, Homan KJ, Morrison KL, Levin ME, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*. 2014; (28):612–624.
22. Westrup D. *Advanced Acceptance and commitment therapy: the experienced practitioner's guide to optimizing delivery*. Oakland, CA: New Harbinger. 2014; 67-70.
23. Ghomian S, Shairi MR. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for children with chronic pain on the quality of life on 7 to 12 year-old children. *International Journal of Pediatrics*. 2014; (2):47–55.
24. Hayes L, Boyd CP, Sewell J. Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: a pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*. 2011; (2):86–94.
25. Swain J, Hancock K, Dixon A, Koo S, Bowman J. Acceptance and Commitment Therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013; 14:140.
26. Swain J, Hancock K, Dixon A, Bowman J. Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015; 4(2):73-85.
27. Yardley J. Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: utilizing parent-facilitated acceptance and commitment therapy. *All Graduate Theses and Dissertations*. Utah State University. 2012:74-77.
28. Armstrong AB, Morrison KL, Twohig MP. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2013; 27(2):175- 190
29. Quinn GP, Keough M. *Experimental Design and Data Analysis for Psychologists*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
30. Stewart SE, Ceranoglu TA, O'Hanley T, Geller DA. Performance of clinician versus self-report measures to identify obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*. 2005; (15):956–963.
31. Storch EA, Murphy TK, Geffken GR, Soto O, Sajid M, Allen P, Goodman WK. Psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychiatry Research*. 2004; (129):91–98.
32. Scahill LM, McDougle CJ, Williams SK, Dimitropoulos AP, Aman MG, McCracken JT, Vitiello BM. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* September. 2006; (45):1114–1123
33. Esfahani SR, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. Reliability and validity of the persian version of the yale-brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS). *Iran Journal Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012; (17)4:297-303. [Persian]
34. Wagner A, Lecavalier L, Eugene A, Michael GA, Lawrence S, Kimberly AS, et al. Developmental Disabilities Modification of Children's Global Assessment Scale (DD-CGAS). Published in final edited form as: *Biol Psychiatry*. 2007; 61(4):504–511.

35. Blake K, Cangelosi S, Johnson-Brooks S, Belcher HM. Reliability of the GAF and CGAS with children exposed to trauma. *Child Abuse and Neglect: The International Journal*. 2007; 3(8):909-1013.
36. Piacentini J, Peris T, Bergman R, Chang S, Jaffer M. Functional Impairment in Childhood OCD: Development and Psychometrics Properties of the Child Obsessive-Compulsive Impact Scale-Revised (COIS-R). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2007; 36(4):645-653.
37. Safari S, Kalantari M, Yazdekhaei F, Abedi MR, Oreizi HR. A Study of Normativeization and Psychometric Properties of the Persian Version of the Child Obsessive-Compulsive Impact Scale-Revised, Parent version (COIS-R/P). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology: Printing*
38. Beshlide K. Research Methods and Statistical Analysis of Research Examples with SPSS and AMOS (Special for Humanities). Publication of Shahid Chamran University of Ahvaz. 2018.
39. Jennifer YB, Clint EF, Kate LM, Michael PT. Treatment of Pediatric Obsessive Compulsive Disorder Utilizing Parent-Facilitated Acceptance and Commitment Therapy. *Psychology in the Schools*. 2017; 54(1):88-100.
40. Greco LA, Hayes S. Acceptance & Mindfulness Treatments for Children & Adolescents. New Harbinger Publications, Inc: 2008; 134-141.
41. Sanagaui Moharrar GH, Mir Shekari H. Evaluation of the relationship between cognitive flexibility and obsession in anxiety patients. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2019; (61):332-323. [Persian]
42. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hoyer J, Wittchen H-U, Gloster AT. Changes of Valued Behaviors and Functioning During an Acceptance and Commitment Therapy Intervention. *J Context Behav Sci*. 2017; 6(1):63-70.
43. Mirzahoseini H. Pourabdel S, Sobhi Qaramalki N, Saravani A. The effectiveness of admission and commitment therapy is to reduce student cognitive avoidance learning disabilities. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2016; 22 (3), 175-166. [Persian]
44. Soltanzadeh Jazi F, Nilforooshan P, Abedi MR, Sadeghi A. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Students' Career Development with Obsessive Compulsive Disorder. *J Res Behav Sci*. 2018; 16(3):264-271. [Persian]
45. Arch J J, Craske MG. Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2008; 15(4):263-279.
46. Ardeshti F, Faramarzi S, Sharifi T. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Family Performance and Parent-Child Relationships of the Parents of Children with Learning Disability. *Iranian Nursing Scientific Association*. 2018; 5(1):45-51. [Persian]
47. Aslani T, Azadeh SM. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving social well-being and maternal-reproductive relationships of single-parent parents, supervisor, a third international conference on psychology, educational sciences and lifestyle, torbat heydarieh, torbat-e-heydarieh university. 2016. [Persian]
48. Mesbah M, Hojjatkhah E, Gol Mohammadian M. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on improving the parent-child relationship in mothers with mentally retarded children. *Clinical Psychology Research and Counseling*. 2018; 8(2):84-100.
49. Saei R, Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A. Perceived emotions in patients with obsessive-compulsive disorder: Qualitative study. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2017; 19(2):84-9. [Persian]
50. Van Leeuwen WA, van Wingena GA, Luytenbc P, Denysa D, van Marleade HJF. Attachment in OCD: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020; 70:102-187.
51. Goli E, Abdekhodaie MS, Mashhadi A, Bigdeli I. The role of parent-child interaction patterns in the development of obsessive-compulsive disorder: A literature review study. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2020; 22(1):5-20. [Persian]

52. Rezvan S, Bahrami F, Abedi M, Macleod C, Doost HTN, Ghasemi V. A preliminary study on the effects of attachment-based intervention on pediatric obsessive-compulsive disorder. *International journal of preventive medicine*. 2013; 4(1):78.
1. Chen D, Bienvenu OJ, Krasnow J, Wang Y, Grados MA, Cullen B, ... Rasmussen SA. Parental bonding and hoarding in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2017; 73:43-52.