

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمالگرایی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی

مریم عزتپور^۱، زهرا تنها^{۲*}، کوروش امرایی^۳، کوروش گودرزی^۴

چکیده

مقدمه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات بالینی اختلال وسواس فکری و عملی، مثلاً اجتناب، بازداری فکر، کیفیت زندگی مختل و مشکلات خلقی، تأثیر مثبت بگذارد. این پژوهش با هدف، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمالگرایی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلاء به اختلال وسواس فکری عملی انجام شد.

روش پژوهش: این پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل، کلیه بیماران بیمارستان اعصاب و روان مهر، امام رضا و مرکز بهداشت خرم آباد در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بودند که از این جامعه ۳۰ شرکت کننده به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شدند و به پرسشنامه‌های کمالگرایی هیل و همکاران و پرسشنامه کیفیت زندگی وار و شربوم در ۳ مرحله پاسخ دادند و برای گروه مداخله طی ۸ جلسه بر اساس پروتکل درمانی برنامه‌ریزی شد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند و داده‌های بدست آمده توسط تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بعد ناسازگارانه ($P=0/004$) کمالگرایی و بر بعد سلامت روانی کیفیت زندگی ($P=0/047$) معنادار است.

نتیجه‌گیری: بر این اساس چنین نتیجه گیری شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روش موثری برای کاهش کمالگرایی ناسازگارانه و افزایش بعد سلامت روان کیفیت زندگی در بیماران مبتلاء به اختلال وسواس فکری عملی است.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس فکری عملی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمال گرایی، کیفیت زندگی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۴/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۸

استناد: عزتپور مریم، تنها زهرا، امرایی کوروش، گودرزی کوروش. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمالگرایی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۴۱(۳): ۲۱۰-۱۹۳

^۱ - گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

^۲ - (نویسنده مسئول)، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد خرم آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم آباد، ایران.

^۳ - دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

^۴ - گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

^۴ - گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران



مقدمه:

یکی از اختلال‌های روانشناختی که سلامت روانی، هیجانی و ارتباطی افراد را با آسیب‌های متعدد مواجه می‌کند، اختلال وسواس جبری یا اختلال وسواس فکری عملی است. گرچه سیر اختلال وسواس فکری - عملی معمولاً شدت و ضعف دارد، اما این سیر گرایش به مزمن شدن داشته و منجر به کاهش رضایت از زندگی، آسیب عملکردهای اجتماعی، تحصیلی، شغلی و خانوادگی می‌شود (۱). سن شروع این بیماری معمولاً بین اوایل نوجوانی و اوایل بزرگسالی است (۲). مطالعات دهه‌های اخیر شیوع گسترده این بیماری را در سن ۱۲ سالگی تأیید کرده‌اند (۳).

تا همین اواخر عقیده بر این بود که اختلال وسواس اجبار یک بیماری نادر و با شیوع حدود ۰/۰۵ درصد است. ولی پژوهش‌های زیادی که در طی دو دهه گذشته انجام گرفته نشان می‌دهد شیوع این بیماری بسیار بیشتر از آن چیزی است که قبلاً تصور می‌شد (۴). مطالعات همه گیرشناسی منطقه‌ای شیوع تمام عمر این بیماری را ۲/۵ درصد (از هر ۴۰ نفر یک نفر) و شیوع آن را در شش ماه ۱/۶ درصد گزارش کرده‌اند. همچنین در این تحقیقات، مقادیر شیوع این اختلال در کودکان و نوجوانان بین ۱ تا ۴ درصد اعلام شده است (۵). شیوع این بیماری در جمعیت ایرانی ۱/۸ درصد (۰/۷ در مردان و ۲/۸ درصد در زنان) برآورد شده است (۶).

علائم اختلال وسواسی - اجباری به طور معناداری در سلامت روانی و عملکرد عمومی کودکان و بزرگسالان مبتلا مداخله می‌کند و به ناسازگاری فرد در خانواده یا محیط‌های دانشگاهی و کاری منجر می‌شود (۷). براساس اعلام سازمان بهداشت جهانی این اختلال، دهمین علت برجسته ناتوانی در دنیا می‌باشد که به صورت ناتوانی در عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی نمایان می‌شود (۸). چرا که وسواس‌ها بر زندگی افراد تأثیرات بسیاری چون عدم توانایی در تمرکز حواس، ایجاد حواس پرتی، بازماندن از وظایف اصلی و همچنین، خستگی ذهنی دارد، وسواس‌ها سبب کاهش کیفیت زندگی و اتلاف وقت بیمار شده و اختلال قابل ملاحظه‌ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می‌کنند (۹).

این اختلال بار اقتصادی، عاطفی و اجتماعی بسیاری را به مبتلایان، خانواده‌های آنها و جامعه تحمیل کرده و غالباً وضعیت مزمن و فراگیری را ایجاد می‌کند به طوری که افراد مبتلاء عودهای مکرری را تجربه می‌کنند. با توجه به این که رفتارهای وسواسی بارها اتفاق می‌افتند، فرد احساس می‌کند قادر به کنترل کردن آنها نیست و بنابراین اضطراب فرساینده‌ای را در مواجهه با آنها تجربه می‌کند (۱۰). این بیماری همچنین، انرژی و امکانات بسیاری را از بیمار سلب کرده و هزینه‌های درمانی و اقتصادی زیادی را بر بیمار و خانواده او وارد می‌نماید (۱۱).

افراد مبتلاء به وسواس به دلیل ادغام فکر و عمل معمولاً دچار نوعی مسئولیت پذیری اغراق آمیز و افکار غیرقابل قبول (۱۲)؛ رفتارهای غیراجتنابی (۱۳) هستند. این دسته الگوهای رفتاری در مبتلایان به این اختلال، نه تنها وضعیت سلامت جسمانی آنان را به شدت متأثر ساخته شده است (۱۴) که، مشکلات و اختلالات روانی دیگری را نیز سبب شده است (۱۵).

از سوی دیگر، مطالعات تجربی نیز حاکی از این است که افراد مبتلاء به اختلال وسواس فکری عملی دچار ناهنجارهای روانشناختی متعددی هستند به عنوان مثال، افراد مبتلاء به این اختلال به واسطه کمالگرایی، اغلب افرادی سرسخت و نامنصف‌اند و این اختلال با طغیان‌های خشم و خصومت هم در خانه و هم در محیط کار مرتبط است. این افراد مشکلات بین‌فردی مبتنی بر خصومت دارند و نسبت به رفتارهای مبتنی بر صمیمیت و خونگرمی توسط دیگران حساس‌اند و کمتر رفتارهای صمیمانه به دیگران نشان می‌دهند

(۱۶). تحقیقات ژردزینسکی، بوردزیک، زمودا و همکاران (۱۷) حاکی از این است که؛ وسوس فکری - عملی کلیه‌ی جنبه‌های کیفیت زندگی مبتلایان را دچار اختلال می‌نمایند و کیفیت زندگی در این افراد به نسبت به دیگران پایین‌تر است (۱۸).

همچنین، در مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری اجتناب از تجربه و تحمل پریشانی وجود دارد که به ایجاد علائم وسواس اجباری کمک می‌کند و منجر به مشکل در مدیریت افکار مزاحم و ناخواسته، احساسات و سایر تجربیات عاطفی درونی می‌شود (۱۹) که همه اینها فرآیندهای شناخته شده مربوط به انعطاف پذیری روان شناختی هستند (۲۰).

برای درمان وسواس فکری - عملی درمان‌های متعددی مطرح شده است. بین این درمان‌ها، روشی که در سالیان اخیر بیشتر مورد توجه بوده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ که در دهه ۸۰ تو سب هیز و همکاران (۲۱) در دانشگاه نوادا مطرح و با عنوان اختصاری ACT شناخته شد (۲۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف رویکرد درمان شناختی رفتاری سنتی، مستقیماً بر روی کاهش نشانگان عمل نمی‌کند، بلکه در عوض، سودمندی و کارکرد تجارب روانشناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روانشناختی را هدف قرار می‌دهد. این روش فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند (۲۳). اصول زیربنایی آن شامل: ۱- پذیرش (تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها)؛ ۲- عمل مبتنی بر ارزش (تعهد توأم با تمایل به عمل، به عنوان اهداف معنادار شخصی بیشتر از حذف تجارب ناخواسته) است.

همینطور روش‌های زبانی و فرآیندهای شناختی هستند که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی، منجر به کارکرد سالم می‌شوند. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است. در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یافته و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد (۲۴). به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید (این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها)، به طور کامل پذیرفت (۲۵). فرآیند مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد چگونه دست از بازاری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شود فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند (۲۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات بالینی اختلال وسواس فکری و عملی، مثلاً اجتناب، بازداری فکر، کیفیت زندگی مختل و مشکلات خلقی، تأثیر مثبت بگذارد (۲۷). لذا، هدف کلی از مطالعه فوق این است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمالگرایی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیر دارد.

^۱ Żerdziński, Burdzik, Żmuda, Et al

^۲ Acceptance and Commitment-based Therapy

روش پژوهش:

این پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل، کلیه بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره بیمارستان اعصاب و روان مهر، امام رضا و مرکز بهداشت خرم آباد در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بودند که از این جامعه ۳۰ شرکت کننده با در نظر گرفتن معیار ورود (کسب نمره ۲۰ و بالاتر از آن در پرسشنامه وسواس فکری - عملی؛ عدم مصرف داروهای اختلال وسواس؛ یکسان بودن طول مدت ابتلاء به اختلال وسواس؛ عدم ابتلاء به سایر اختلالات روانشناختی و شخصیتی) و ملاک‌های خروج از پژوهش (مصرف داروهای روانپزشکی و روان گردان؛ غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی؛ شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش) به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شدند و به پرسشنامه‌های کمالگرایی هیل و همکاران (۲۰۰۴) و پرسشنامه کیفیت زندگی وار و شرپوم (۲۰) در ۳ مرحله پاسخ دادند و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه بر اساس پروتکل درمانی بر شیوه‌ی هیز و همکارانش (۲۱) مورد آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند و در حین اجرای پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۳ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقلیل پیدا کردند. داده‌های بدست آمده توسط تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزار پژوهش عبارت بود از:

پرسشنامه کمالگرایی هیل^۱: مقیاس کمالگرایی را هیل و همکاران در سال ۲۰۰۴ تهیه کرده‌اند و ۵۹ گویه و ۸ خرده مقیاس دارد. در این مقیاس از ترکیب ابعاد نظم و سازماندهی، هدفمندی، تلاش برای عالی بودن و معیارهای بالا برای دیگران، جنبه‌ی سازگار و از ترکیب نمرات ابعاد نیاز به تایید، تمرکز بر اشتباهات، ادراک فشار از سوی والدین و نشخوار فکر، جنبه‌ی ناسازگار کمالگرایی حاصل می‌شود (۲۸). نتایج حاصل از محاسبه‌ی اعتبار و روایی این مقیاس در پژوهش هیل و همکاران حاکی از آن است که ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ به دست آمده است (۲۹). اعتبار و روایی این مقیاس را در ایران جمشیدی و همکاران در سال ۱۳۸۸ انجام داد. اعتبار کل مقیاس در بررسی مقدماتی ۶۸ شرکت کننده با استفاده از روش آلفای کرونباخ همسانی درونی ۰/۸۰ به دست آمد (۳۰).

پرسشنامه کیفیت زندگی وار و شرپوم^۲(SF36): این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی است که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود. این پرسشنامه برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارآیی خود را ثابت کرده است. این پرسشنامه توسط وار و شرپورن در سال ۲۰۰۰ ساخته شده و دارای ۳۶ عبارت است و سلامت و کیفیت زندگی را در دو بعد کلی جسمانی و سلامت روانی ارزیابی می‌کند (۳۱). شیوه پاسخگویی به سوالات پرسشنامه کیفیت زندگی از حالت دوتایی بلی - خیر (بسته پاسخ) تا طیف ۶ درجه بندی متغیر است. این پرسشنامه وضعیت سلامتی را در هشت خرده مقیاس ارزیابی می‌کند که هر مقیاس توسط مجموعه سوالاتی سنجیده که بر اساس آن امتیازدهی می‌شود. بعد سلامت جسمانی دارای ۴ خرده مقیاس عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی می‌باشد و بعد سلامت روانی دارای ۴ مقیاس که شامل سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت عاطفی و سلامت روانی می‌باشد (۳۲). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده

^۱ Perfectionism Inventory Hill et al

^۲ Quality of Life Ware & Sherbourne

می شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیمار خاص ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه ارزیابی سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و سلامت روانی است که به وسیله ترکیب نمره‌های حیطه‌های هشتگانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین نمره صد است. پژوهش‌ها درباره کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و اعتبار بالینی دارد (۳۳). پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران در مطالعات مختلف تأیید شده است. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه را اولین بار در ایران منتظری، گشتاسبی، وحیدنیا و گاندک (۳۴) در ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند که مطابق با گزارش آنها ضریب پایایی هشت بعد از ۷۷ تا ۹۵ درصد به غیر از بعد سر زندگی ۶۵ درصد بود (۳۴). درمان پذیرش و تعهد: در پژوهش حاضر، پروتکل درمانی بر مبنای شیوه‌ی هیز و همکارانش در سال ۱۹۹۹ تدوین شد. این برنامه در ۸ هفته هر هفته ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای بیماران مبتلاء به وسواس فکری - عملی توسط درمانگر اجرا شد.

جدول ۱: شرح بسته درمان پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوای جلسات
اول	مصاحبه و ارزیابی، توضیح شرایط و فرایند درمان توضیح الگوی زیربنایی ACT	آموزش و اجرای تمرینات ذهن آگاهی که در هر جلسه لازم اجرا است، تغییر از طریق استفاده از تمرین ناامیدی خلق، تمرین پوشش سخت برای توضیح روند درمان
دوم	توضیح مفهوم پذیرش و زندگی در اکنون	تمرین ذهن آگاهی، در این جلسه از رضایت، رنج اولیه و ثانویه صحبت می‌شود، استفاده از تمثیل شخص ولگرد، استفاده از تمثیل پیاده‌روی در باران
سوم	توضیح مفهوم خود زمینه‌ای	تمرین ذهن آگاهی، بافتار انگاشتن خویشتن، تمثیل ریگ‌های روان، تیشه زدن به ریشه دلیل یابی زدن، استفاده از تکنیک نا هم آمیزی
چهارم	توضیح مفهوم گسلش از تهدیدهای زبانی	تمرین ذهن آگاهی، بافتار انگاشتن خویشتن، تمرین رویارویی با آدم آهنی غول پیکر، روش رو کردن "بله، اماها"
پنجم	سنجش اولیه ارزش‌ها و توضیح اهداف	تمرین ذهن آگاهی، تمرین فرونشانی افکار
ششم	روشن‌سازی ارزش‌ها	تمرین ذهن آگاهی، قطب‌نمای ارزش‌ها اتوبوس، تعیین هدف، برنامه ریزی فعالیت
هفتم	توضیح مفهوم عمل متعهدانه	تمرین ذهن آگاهی، تمرین مشاهده گر، تمثیل صفحه شطرنج
هشتم	ختم جلسات و نتیجه‌گیری با هدف آمادگی برای عود تا پیشگیری از عود	تمرین محتوا روی کارت، تکالیف مادام‌العمر زندگی را زندگی کنیم.

داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و سطح معنیداری $P > 0/05$ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها:

در این پژوهش ۲۸ شرکت کننده در ۲ گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۳ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) حضور داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت کنندگان در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب برابر با ۲۹/۳۱ و ۵/۴۴ سال و در گروه کنترل برابر با ۳۲/۲۷ و ۵/۲۲ سال بود. در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳ مرد و ۱۰ زن و در گروه کنترل ۴ مرد و ۱۱ زن حضور داشتند. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان تحصیلات ۳ نفر از شرکت کنندگان زیردیپلم، ۵ نفر دیپلم، ۲ نفر لیسانس و ۳ نفر بالاتر از لیسانس بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۳ نفر از شرکت کنندگان زیردیپلم، ۸ نفر دیپلم، ۱ نفر لیسانس و ۳ نفر بالاتر از لیسانس بود. در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴ نفر مجرد، ۷ نفر متأهل و ۲ نفر از همسر خود جدا شده بودند و در گروه کنترل ۵ نفر مجرد، ۹ نفر متأهل و ۱ نفر از همسر خود جدا شده بود.

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویلک (سطح معناداری) ابعاد کمالگرایی و کیفیت زندگی را در شرکت کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

متغیر	مؤلفه	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
کمالگرایی - بعد سازگارانه	پذیرش و تعهد	۷/۶۲ ± ۵۸/۷۷	۶/۹۶ ± ۴۳/۸۴	۶/۲۵ ± ۴۷/۰۰	
	گروه کنترل	۹/۶۳ ± ۶۱/۶۷	۷/۰۶ ± ۵۹/۶۷	۷/۱۵ ± ۶۰/۱۰	
کمالگرایی - بعد ناسازگارانه	پذیرش و تعهد	۱۳/۸۷ ± ۹۶/۶۱	۸/۲۷ ± ۷۰/۶۱	۹/۳۷ ± ۷۲/۶۲	
	گروه کنترل	۱۰/۲۴ ± ۹۵/۹۳	۸/۸۵ ± ۹۷/۶۶	۱۰/۳۹ ± ۹۵/۱۳	
کیفیت زندگی - سلامت جسمانی	پذیرش و تعهد	۷/۱۱ ± ۴۶/۲۵	۷/۶۸ ± ۵۷/۶۰	۹/۰۲ ± ۵۴/۳۹	
	گروه کنترل	۸/۸۷ ± ۴۶/۳۰	۸/۲۰ ± ۴۵/۴۲	۷/۳۲ ± ۴۶/۵۶	
کیفیت زندگی - سلامت روانی	پذیرش و تعهد	۶/۶۵ ± ۳۸/۸۷	۷/۰۵ ± ۵۵/۰۷	۹/۰۱ ± ۵۲/۷۹	
	گروه کنترل	۶/۷۰ ± ۳۷/۷۶	۶/۹۲ ± ۳۸/۲۱	۶/۰۳ ± ۳۷/۸۸	
کمالگرایی - بعد سازگارانه	پذیرش و تعهد	(۰/۲۷۹)۰/۹۲۳	(۰/۱۸۰)۰/۹۰۹	(۰/۲۴۴)۰/۹۱۹	
	گروه کنترل	(۰/۶۹۹)۰/۹۶۰	(۰/۱۱۱)۰/۹۰۴	(۰/۶۰۲)۰/۹۵۵	
کمالگرایی - بعد ناسازگارانه	پذیرش و تعهد	(۰/۶۳۵)۰/۹۵۲	(۰/۱۰۵)۰/۸۹۲	(۰/۱۹۳)۰/۹۱۱	
	گروه کنترل	(۰/۲۳۳)۰/۹۲۵	(۰/۲۰۶)۰/۹۲۲	(۰/۶۴۶)۰/۹۵۷	

میانگین و انحراف استاندارد

شاپیرو-ویلک (سطح معناداری)

پذیرش و تعهد	۰/۹۴۹ (۰/۵۸۶)	۰/۹۴۲ (۰/۴۸۸)	۰/۹۵۰ (۰/۵۹۸)	کیفیت زندگی - سلامت جسمانی
گروه کنترل	۰/۹۳۹ (۰/۳۶۹)	۰/۹۲۵ (۰/۲۲۷)	۰/۹۴۲ (۰/۴۰۴)	
پذیرش و تعهد	۰/۹۴۳ (۰/۵۰۱)	۰/۹۱۷ (۰/۲۳۰)	۰/۹۴۸ (۰/۵۶۷)	کیفیت زندگی - سلامت روانی
گروه کنترل	۰/۹۵۵ (۰/۶۰۵)	۰/۹۶۱ (۰/۷۱۴)	۰/۹۴۶ (۰/۴۶۷)	

جدول ۲ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات هر دو بعد کمالگرایی در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش یافته و میانگین نمرات هر دو بعد سلامت جسمانی و روانی کیفیت زندگی افزایش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد. به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو - ویلک مربوط متغیرها در هر سه گروه مورد بررسی قرار گرفت و همچنان که جدول ۲ نشان می‌دهد شاخص شاپیرو - ویلک هیچ یک از ابعاد دو متغیر کمالگرایی و کیفیت زندگی در گروه‌ها و مراحل سه گانه اجرا معنادار نبود. بنابراین مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها در بین داده‌ها برقرار بود.

در این پژوهش برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته از آزمون لون^۱ استفاده شد و نتایج نشان داد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ یک از ابعاد دو متغیر وابسته در گروه‌ها و در سه مرحله معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش برقرار بود. در ادامه مفروضه‌های همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته با استفاده از آماره ام.باکس و شرط کرویت یا مفروضه برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از تست موخلی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون مفروضه‌های برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

متغیر	ابعاد	برابری ماتریس واریانس کوواریانس ها					
		M.Box	F	p	شاخص موخلی	χ^2	p
کمال گرایی	بعد سازگارانه	۷/۱۹	۰/۵۳	۰/۸۹۶	۰/۹۳۹	۲/۳۹	۰/۳۰۳
	بعد ناسازگارانه	۲۱/۱۵	۱/۵۶	۰/۰۹۵	۰/۹۲۱	۳/۱۳	۰/۲۰۹
کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	۶/۵۰	۰/۴۸	۰/۹۲۸	۰/۶۲۰	۱۸/۱۶	۰/۰۰۱
	سلامت روانی	۱۲/۴۵	۰/۹۲	۰/۵۲۵	۰/۷۸۶	۹/۱۳	۰/۰۱۰

تحلیل در
نشان

نتایج

جدول ۳

^۱. Leven

می‌دهد که شاخص آماره ام‌باکس برای هیچ یک از ابعاد دو متغیر کمالگرایی و کیفیت زندگی معنادار نیست. این مطلب بیانگر برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در بین داده‌هاست. همچنین جدول ۳ نشان می‌دهد که ارزش مجذور کای حاصل از تست موخلی برای هر دو بعد سلامت جسمانی ($p=0/001$) و سلامت روانی ($p=0/010$) کیفیت زندگی معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای ابعاد کیفیت زندگی برقرار نبوده و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن نمرات با استفاده از روش گیسر- گرینهوس اصلاح شد.

پس از ارزیابی مفروضه‌های تحلیل و اطمینان از برقراری آنها، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آزمون شدند. جدول ۴ نتایج تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد کمالگرایی و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر کمالگرایی و کیفیت زندگی

متغیر	ابعاد	لامبدای ویلکز	F	df	P	η^2	توان آزمون
کمال گرایی	بعد سازگارانه	۰/۵۷۷	۶/۰۲	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۴۱	۰/۹۸۱
	بعد ناسازگارانه	۰/۵۰۹	۷/۶۳	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۸۶	۰/۹۹۶
کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	۰/۷۵۸	۲/۸۲	۴ و ۷۶	۰/۰۳۱	۰/۱۲۹	۰/۷۴۴
	سلامت روانی	۰/۷۱۴	۳/۴۹	۴ و ۷۶	۰/۰۱۱	۰/۱۵۵	۰/۸۴۱

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اجرای متغیرهای مستقل بر ابعاد سازگارانه ($F=0/577$ ، لامبدای ویلکز، $\eta^2=0/241$ ، $P=0/001$ ، $F=6/02$) و ناسازگارانه ($F=0/509$ ، لامبدای ویلکز، $\eta^2=0/286$ ، $P=0/001$ ، $F=7/63$) کمالگرایی معنادار است. همچنین اثر اجرای متغیرهای مستقل بر ابعاد سلامت جسمانی ($F=0/758$ ، لامبدای ویلکز، $\eta^2=0/129$ ، $P=0/031$ ، $F=2/82$) و سلامت روانی ($F=0/714$ ، لامبدای ویلکز، $\eta^2=0/155$ ، $P=0/011$ ، $F=3/49$) کیفیت زندگی نیز معنادار بود. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد کمالگرایی و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر کمالگرایی و کیفیت زندگی

متغیر	ابعاد	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	η^2
کمال گرایی	بعد سازگارانه	اثر گروه	۲۴۸۸/۵۱	۵۱۰۹/۴۶	۹/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸
	اثر زمان	۱۱۴۱/۴۰	۸۱۴/۱۳	۵۴/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴	

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمالگرایی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی

۰/۸۸۲	۱/۸۵	-۱/۹۷	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۶۲	-۶/۸۱	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۴۴	-۵/۴۹	پیگیری	پیش آزمون	سلامت جسمانی
۰/۴۰۱	۰/۸۶	۱/۳۲	پیگیری	پس آزمون	کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	۱/۷۲	-۸/۸۸	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۶۶	-۶/۹۱	پیگیری	پیش آزمون	سلامت روانی
۰/۲۰۱	۱/۰۵	۱/۹۸	پیگیری	پس آزمون	
مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	تفاوت گروه ها		متغیر
۰/۰۰۱	۲/۵۰	-۱۰/۶۰	گروه کنترل	پذیرش و تعهد	بعد سازگاران
۰/۰۰۱	۲/۳۴	-۱۶/۳۰	گروه کنترل	پذیرش و تعهد	بعد ناسازگاران
۰/۰۱۸	۲/۳۰	۶/۶۹	گروه کنترل	پذیرش و تعهد	سلامت جسمانی
۰/۰۰۱	۱/۷۱	۱۰/۹۶	گروه کنترل	پذیرش و تعهد	سلامت روانی

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات ابعاد سازگاران و ناسازگاران کمالگرایی و کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس آزمون - پیگیری غیر معنادار است. همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین هر دو بعد کمالگرایی در دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به لحاظ آماری معنادار است. به طوری که اجرای هر دو شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث شده تا میانگین ابعاد سازگاران و ناسازگاران کمالگرایی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون کاهش یابد. همسو با نتایج مربوط به اثرات گروه در آزمون بن فرونی، روند تغییر

میانگین نمرات ابعاد کمالگرایی در نمودارهای شکل ۱ نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمالگرایی بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است.

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر گروه در جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین هر دو بعد کیفیت زندگی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل به لحاظ آماری معنادار است. به طوری که اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث شده تا میانگین کیفیت زندگی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون افزایش یابد.

جدول ۷ نشان داد که تفاوت اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد = بر بعد ناسازگارانه ($p=0/004$) کمالگرایی و بر بعد سلامت روانی کیفیت زندگی ($p=0/047$) معنادار است. به طوری که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بعد ناسازگارانه کمالگرایی را کاهش داده و نمرات بعد سلامت روانی کیفیت زندگی را بیشتر افزایش داده است. براین اساس می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل روش موثرتری برای کاهش کمالگرایی ناسازگارانه و افزایش بعد سلامت روان کیفیت زندگی در بیماران مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی است.

بحث و نتیجه گیری:

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمالگرایی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلاء به اختلال وسواس فکری عملی انجام شد و نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات بعد ناسازگارانه کمالگرایی را کاهش داده و نمرات بعد سلامت روانی کیفیت زندگی را افزایش داده است. براین اساس می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه روش موثری برای کاهش کمالگرایی ناسازگارانه و افزایش بعد سلامت روان کیفیت زندگی در بیماران مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی است.

در تبیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال گرایی در بیماران وسواس می‌توان گفت در این رویکرد درمانی، باور بر این است که درد بخشی اجتناب‌ناپذیر از زندگی بوده که می‌توان آن را پذیرفت، در حالی که تلاش برای اجتناب از درد باعث رنج بیشتر می‌شود. مبارزه با درد به عنوان شکلی از عدم پذیرش یا مقاومت در برابر «آنچه هست» تلقی می‌شود. شدت رنج بستگی به میزان آمیختگی مراجع با افکار و هیجانات مرتبط با درد دارد (۳۵). مطالعات مرتبط نشان می‌دهند که اجتناب یک واکنش رایج به درد مزمن است و می‌تواند اشکال بی‌شماری داشته باشد، مانند اجتناب از کار یا فعالیتهای اجتماعی یا استفاده بیش از حد از الکل، غذا یا دارو. این روش اغلب در کوتاه‌مدت کمک می‌کند، اما در بلندمدت، اجتناب تجربی منجر به سرخوردگی، نارضایتی از زندگی و احساس بی‌اهمیتی می‌شود (۳۶).

در واقع، تکنیکهای پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (مانند مشاهده و پذیرش افکار و هیجانات به همان شکلی که هستند) به تحمل درد کمک می‌کند. به نظر می‌رسد پذیرش درد نشان دهنده شکلی سازگارانه از مقابله با درد است که به موجب آن فرد به تجربیات مرتبط با درد بدون تلاش برای کنترل آن‌ها پاسخ می‌دهد و درگیر فعالیتهای ارزشمند و همچنین رسیدن به اهداف شخصی، بدون توجه به این تجربیات منفی می‌شود (۳۷). از این رو، استفاده از تکنیکهای پذیرش درد روشی مثبت برای تنظیم درد در نظر گرفته می‌شود که منجر به سطوح پایین‌تر شدت درد و ناتوانی ناشی از آن می‌شود (۳۸).

محدودیت‌های پژوهش: این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی است که از جمله آنها میتوان به تعداد نمونه، افراد مبتلا به اختلال وسواس مراجعه کننده به بیمارستان بوده است و بنابراین امکان تعمیم نتایج به سایر بیماران با اختلالات نیمه بالینی وسواس را ندارد: محدودیت در انتخاب گروه نمونه با توجه به برخی از متغیرهای روان‌شناختی (مانند دانش و نگرش مراجعان درباره مداخلات درمانی، انتظارات و ذهنیت روان‌شناختی آنها) و جمعیت‌شناختی (مانند سطح تحصیلات و شرایط اقتصادی) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود.

کاربرد پژوهش: لذا پیشنهاد می‌گردد که افراد وسواس در جامعه مانند سالمندان، بیماران جسمی، دانشجویان و دانش‌آموزان نیز انجام شود و علاوه بر آن در طولانی مدت تاثیر پیگیری را مورد بررسی قرار دهند.

سپاسگذاری: بدین وسیله پژوهشگران از افراد شرکت کننده در این پژوهش قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار میدارند که تعارض منافع ندارند.

References:

1. Singh A, Anjankar VP, Sapkale B. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): A Comprehensive Review of Diagnosis, Comorbidities, and Treatment Approaches. *Cureus*. 2023 Nov 17; 15(11):e48960. doi: 10.7759/cureus.48960. PMID: 38111433; PMCID: PMC10726089.
2. Jalal B, Chamberlain SR, Sahakian BJ. Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain Behav*. 2023 Jun; 13(6):e3000. doi: 10.1002/brb3.3000. Epub 2023 May 3. PMID: 37137502; PMCID: PMC10275553.
3. Fairbrother N, Albert A, Keeney C, Tchir D, Cameron RB. Screening for Perinatal OCD: A Comparison of the DOCS and the EPDS. *Assessment*. 2023 Jun; 30(4):1028-1039. doi: 10.1177/10731911211063223. Epub 2021 Dec 30. PMID: 34969305; PMCID: PMC10152558.
4. Brock H, Hany M. Obsessive-Compulsive Disorder. 2023 May 29. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 31985955.
5. Farrell LJ, Waters AM, Storch EA, Simcock G, Perkes IE, Grisham JR, Dyason KM, Ollendick TH. Closing the Gap for Children with OCD: A Staged-Care Model of Cognitive Behavioural Therapy with Exposure and Response Prevention. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2023 Sep; 26(3):642-664. doi: 10.1007/s10567-023-00439-2. Epub 2023 Jul 5. PMID: 37405675; PMCID: PMC10465687.
6. Abramowitz A, Abramowitz JS, McKay D, Cham H, Anderson KS, Farrell LJ, Geller DA, Hanna GL, Matheiw S, McGuire JF, Rosenberg DR, Stewart E, Storch E, Wilhelm S. The OCI-CV-R: A revision of the obsessive-compulsive inventory-child version. *Journal of Anxiety Disorders*. 2022 doi: 10.1016/j.janxdis.2022.102532.
7. Pitsikas N. The role of nitric oxide (NO) modulators in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Nitric Oxide*. 2023 May 1; 134-135:38-43. doi: 10.1016/j.niox.2023.04.001. Epub 2023 Apr 6. PMID: 37028750.

8. Mulcahy M, Long C, Morrow T, Galbally M, Rees C, Anderson R. Consensus recommendations for the assessment and treatment of perinatal obsessive-compulsive disorder (OCD): A Delphi study. *Arch Women's Ment Health*. 2023 Jun; 26(3):389-399. doi: 10.1007/s00737-023-01315-2. Epub 2023 May 3. PMID: 37138166; PMCID: PMC10155656.
9. Audet JS, Bourguignon L, Aardema F. What makes an obsession? A systematic-review and meta-analysis on the specific characteristics of intrusive cognitions in OCD in comparison with other clinical and non-clinical populations. *Clin Psychol Psychother*. 2023 Nov-Dec; 30(6):1446-1463. doi: 10.1002/cpp.2887. Epub 2023 Jul 22. PMID: 37482945.
10. Poli A, Costa DLDC, Grados MA. Editorial: Clinical guidelines in OCD: applications and evaluation. *Front Psychiatry*. 2024 Feb 7; 15: 1373923. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1373923. PMID: 38384591; PMCID: PMC10879564.
11. Luginaah NA, Batung ES, Ziegler BR, Amoak D, Trudell JP, Arku G, Luginaah I. The Parallel Pandemic: A Systematic Review on the Effects of the COVID-19 Pandemic on OCD among Children and Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Nov 22; 20(23):7095. doi: 10.3390/ijerph20237095. PMID: 38063525; PMCID: PMC10706205.
12. Drugs to Treat Anxiety Disorders and Obsessive Compulsive Disorder (OCD). *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2023 May; 61(5):5-6. doi: 10.3928/02793695-20230324-79. Epub 2023 May 1. PMID: 37129877.
13. Leuchter JD, Kook M, Geller DA, Hertz AG, Garcia J, Trent ES, Dibbs T, Onyeka O, Goodman WK, Guzick AG, Wiese AD, Palo AD, Small BJ, Simpson HB, Havel LK, Nibras SA, Saxena K, Storch EA. Promoting OCD Wellness and resilience (POWER) study: Rationale, design, and methods. *Psychiatry Res Commun*. 2023 Jun; 3(2):100111. doi: 10.1016/j.psychom.2023.100111. Epub 2023 Mar 11. PMID: 37377947; PMCID: PMC10299759.
14. Killian G, Wagner RD, Plain M, Chhabra AB. A Comparison of Treatment of OCD Lesions of the Capitellum with Osteochondral Autograft and Allograft Transplantation. *J Hand Surg Am*. 2024 Feb; 49(2): 150-159. doi: 10.1016/j.jhsa.2023.08.012. Epub 2023 Oct 20. PMID: 37865912.
15. Singh A, Anjankar VP, Sapkale B. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): A Comprehensive Review of Diagnosis, Comorbidities, and Treatment Approaches. *Cureus*. 2023 Nov 17; 15(11):e48960. doi: 10.7759/cureus.48960. PMID: 38111433; PMCID: PMC10726089.
16. Shobeiri P, Hosseini Shabanan S, Haghshomar M, Khanmohammadi S, Fazeli S, Sotoudeh H, Kamali A. Cerebellar Microstructural Abnormalities in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): a Systematic Review of Diffusion Tensor Imaging Studies. *Cerebellum*. 2024 Apr; 23(2):778-801. doi: 10.1007/s12311-023-01573-x. Epub 2023 Jun 8. PMID: 37291229.
17. Żerdziński M, Burdzik M, Żmuda R, Witkowska-Berek A, Dębski P, Flajszok-Macierzyńska N, Piegza M, John-Ziaja H, Gorczyca P. Sense of happiness and other

aspects of quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *Front Psychiatry*. 2022 Dec 21; 13: 1077337. doi: 10.3389/fpsyt.2022.1077337. PMID: 36620674; PMCID: PMC9810625.

18. Latif K, Nishida T, Moghimi S, Weinreb RN. Quality of life in glaucoma. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2023 Oct; 261(10):3023-3030. doi: 10.1007/s00417-023-06050-z. Epub 2023 Apr 5. PMID: 37017741.
19. McNicholas B, Akcan Arikan A, Ostermann M. Quality of life after acute kidney injury. *Curr Opin Crit Care*. 2023 Dec 1; 29(6):566-579. doi: 10.1097/MCC.0000000000001090. Epub 2023 Sep 21. PMID: 37861184.
20. Salavera C, Urbón E. Emotional wellbeing in teachers. *Acta Psychol (Amst)*. 2024 May; 245:104218. doi: 10.1016/j.actpsy.2024.104218. Epub 2024 Mar 16. PMID: 38493712.
21. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011; 7: 141-68. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449. PMID: 21219193.
22. Zhang Y, Ding Y, Chen X, Li Y, Li J, Hu X. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility, fatigue, sleep disturbance, and quality of life of patients with cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2023 Dec; 20(6):582-592. Doi: 10.1111/wvn.12652. Epub 2023 May 16. PMID: 37194163.
23. Fawson S, Moon Z, Novogrudsky K, Moxham F, Forster K, Tribe I, Moss-Morris R, Johnson C, Hughes LD. Acceptance and commitment therapy processes and their association with distress in cancer: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*. 2023 Sep 25:1-22. doi: 10.1080/17437199.2023.2261518. Epub ahead of print. PMID: 37746724.
24. Martinez-Calderon J, García-Muñoz C, Rufo-Barbero C, Matias-Soto J, Cano-García FJ. Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: An Overview of Systematic Reviews with Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *J Pain*. 2024 Mar; 25(3):595-617. doi: 10.1016/j.jpain.2023.09.013. Epub 2023 Sep 23. PMID: 37748597.
25. Gibson Watt T, Gillanders D, Spiller JA, Finucane AM. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for people with advanced progressive illness, their caregivers and staff involved in their care: A scoping review. *Palliat Med*. 2023 Sep; 37(8):1100-1128. doi: 10.1177/02692163231183101. Epub 2023 Jul 25. PMID: 37489074; PMCID: PMC10503261.
26. Williams AJ, Botanov Y, Giovanetti AK, Perko VL, Sutherland CL, Youngren W, Sakaluk JK. A Metascientific Review of the Evidential Value of Acceptance and Commitment Therapy for Depression. *Behav Ther*. 2023 Nov; 54(6):989-1005. doi: 10.1016/j.beth.2022.06.004. Epub 2022 Jun 26. PMID: 37863589.
27. Maunick B, Skvarc D, Olive L, Mikocka-Walus A. Effects of acceptance and commitment therapy on fatigue for patients with cancer and other chronic health conditions: A

- systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2023 Aug; 171: 111366. doi: 10.1016/j.jpsychores.2023.111366. Epub 2023 May 16. PMID: 37270911.
28. Ziapour A, Hajiazizi A, Ahmadi M, Dehghan F. Effect of short-term dynamic psychotherapy on sexual function and marital satisfaction in women with depression: Clinical trial study. *Health Sci Rep.* 2023 Jun 23; 6(6):e1370. doi: 10.1002/hsr2.1370. PMID: 37359406; PMCID: PMC10288974.
29. Heshmati R, Wienicke FJ, Driessen E. The effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on depressive symptoms, negative affect, and emotional repression in single treatment-resistant depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy (Chic).* 2023 Dec; 60(4):497-511. doi: 10.1037/pst0000500. Epub 2023 Oct 16. PMID: 37843533.
30. Shafiei F, Dehghani M, Lavasani FF, Manouchehri M, Mokhtare M. Intensive short-term dynamic psychotherapy for irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial examining improvements in emotion regulation, defense mechanisms, quality of life, and IBS symptoms. *Front Psychol.* 2024 Mar 28; 15: 1293150. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1293150. PMID: 38605838; PMCID: PMC11008577.
31. Leiper R., Maltby M. *The psychodynamic approach to therapeutic change.* London: Sage, 2004.
32. Crowe M, Manuel J, Carlyle D, Lacey C. Psilocybin-assisted psychotherapy for treatment-resistant depression: Which psychotherapy? *Int J Ment Health Nurs.* 2023 Dec; 32(6):1766-1772. doi: 10.1111/inm.13214. Epub 2023 Aug 17. PMID: 37589380.
33. Shahverdi ZA, Dehghani M, Ashouri A, Manouchehri M, Mohebi N. Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for Tension-Type Headache (TTH): A randomized controlled trial of effects on emotion regulation, anger, anxiety, and TTH symptom severity. *Acta Psychol (Amst).* 2024 Apr; 244: 104176. doi: 10.1016/j.actpsy.2024.104176. Epub 2024 Feb 7. PMID: 38330733.
34. Caldiroli A, Capuzzi E, Riva I, Russo S, Clerici M, Roustayan C, Abbass A, Buoli M. Efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy in mood disorders: A critical review. *J Affect Disord.* 2020 Aug 1; 273: 375-379. doi: 10.1016/j.jad.2020.04.002. Epub 2020 May 13. PMID: 32560931.
35. Hill C. *The development of obsessive beliefs: The influence of parents' beliefs and parenting style characteristics.* A thesis submitted to the faculty of the University of North Carolina; 2009.
36. Jamshidy B., Validation of new measure of perfectionism. *International Journal of Behavioral Sciences,* 2009; 3(1): 35-43.
37. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 item short form health survey (SF-36). *Medical Care* 1992; 30(6): 473-483.
38. Watt T, Cramon P, Frendl DM, Ware JE, Group T. Assessing health-related quality of life in patients with benign non-toxic goitre. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism.* 2014; 28(4): 559-75.