



Comparison of the effect of telephone individual, virtual individual and virtual group counseling with an approach based on acceptance and commitment enriched with compassion on obsessive and depressive symptoms of clients with obsessive compulsive disorder

Batul Tadayon Chaharshughi, PhD student

PhD student in Counseling, Faculty of Humanities, Khomeinishar Branch, Islamic Azad University, Khomeinishar, Isfahan, Iran.

Razieh Izadi, Ph.D

Assistant Professor, Department of Psychology, Safahan Institute of Higher Education, Isfahan, Iran.

Azam Naghavi, Ph.D

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

Abstract

The aim of this study was to compare the effects of telephone, virtual individual and virtual group counseling packages on the symptoms of obsession and depression in clients suffering from OCD in Isfahan city. This research was a semi-experimental study with a pre-test, post-test and follow-up design with a control group. The population consisted of patients with OCD in Isfahan who had referred to counseling centers. The sample consisted of 40 Patients who were selected by available sampling and randomly assigned to 4 groups (control, telephone, individual and virtual group). In order to collect data, Beck's depression questionnaires (BDI-II) and obsessive-compulsive disorder (Yale-Brown, 1989). There were 12 individual and group therapy sessions, weekly with one follow-up session. Multivariate covariance analysis (MANCOVA) showed that there is a significant difference between the mean scores of obsessive and depressive symptoms in the three research groups and the control group ($p < 0.01$). As a result, counselors and clients have a great desire for virtual counseling so that they can solve problems and improve mental disorders. Also, non-attendance consultations are effective in reducing the symptoms of obsession and depression, which is a desirable treatment option by combining act and compassion therapies with non-attendance methods.

Keywords: telephone counseling, virtual individual counseling, virtual group counseling, obsessive-compulsive, depression

مقایسه تأثیر مشاوره‌ی فردی تلفنی، فردی مجازی و گروهی مجازی با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر علائم وسواس و افسردگی مراجعین مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی

بتول تادین چهارسوقی

دانشجو دکتری مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر اصفهان، ایران

*راضیه ایزدی

استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی غیر انتفاعی صفهان، اصفهان، ایران

اعظم نقوی

دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه تأثیر مشاوره‌ی فردی تلفنی، فردی مجازی و گروهی مجازی بر علائم وسواس و افسردگی مراجعان مبتلا به OCD شهر اصفهان بود. این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه را بیماران مبتلا به OCD شهر اصفهان تشکیل می‌دادند که به مراکز مشاوره مراجعه نموده بودند. نمونه شامل ۴۰ فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در ۴ گروه (کنترل، مشاوره‌های تلفنی، فردی مجازی و گروهی مجازی) به صورت تصادفی گمارش شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های افسردگی بک (Beck, II, 1996) و مقیاس وسواس فکری و عملی (Yale-Brown, 1989) استفاده شد. جلسات درمانی فردی و گروهی ۱۲ جلسه، به صورت هفتگی با یک جلسه پیگیری یکماهه بود. تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معناداری میان میانگین نمرات علائم وسواس و افسردگی در سه گروه پژوهش با گروه کنترل هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری وجود دارد ($P < 0/05$). ولی در متغیر علائم وسواس در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه مشاوره تلفنی و مشاوره فردی مجازی با یکدیگر تفاوت معنادار نیست. این در حالی بود که در مرحله پیگیری بین سه گروه مشاوره در علائم وسواس تفاوت معنادار نبود ($P > 0/05$). همچنین در متغیر علائم افسردگی بین سه گروه مشاوره با یکدیگر تفاوت معنادار و با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). در نتیجه مشاوره‌های مجازی دارای کارآمدی مناسبی جهت کاهش علائم وسواس و افسردگی هستند و در زمانهایی که امکان مشاوره حضوری وجود ندارد و یا زمانی که مراجعین تمایل به مشاوره مجازی دارند نیز قابل استفاده است.

واژگان کلیدی: افسردگی، مشاوره تلفنی، مشاوره فردی مجازی، مشاوره گروهی مجازی، وسواس فکری-عملی

مقدمه

سبب افزایش ناراحتی این افکار نیز می‌گردد (AlHusseini, Sajid, Altayeb, Alyousof & Alsheikh, 2021).

مروری بر پژوهش‌های انجام شده در چند دهه اخیر در حوزه درمان‌های روان‌شناختی اختلال‌های وسواس نشان می‌دهد که از بین درمان‌های غیردارویی، درمان رفتاری_مواجهه و پیشگیری از پاسخ و درمان شناختی_رفتاری برای درمان این اختلال از اثربخشی بالایی برخوردارند و تقریباً بین ۱۵ تا ۳۸ درصد بیماران اختلال وسواس پس از دوره کامل درمان بهبود قابل توجهی را نشان می‌دهند (Podea, Suci, Suci, & Ardelean, 2009)؛ اما این درمان محدودیت‌هایی نیز دارد، از جمله این‌که حدود ۸ تا ۲۲ درصد بیماران اختلال وسواس عملی از شروع درمان خودداری می‌کنند (Twohig, Vilardaga, Levin & Hayes, 2015) و تقریباً ۲۵ درصد بیماران، درمان را قبل از اتمام ترک می‌کنند (Abramowitz, Lackey & Wheaton, 2009). همچنین به طور تقریبی ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران وسواسی پاسخ ضعیفی به درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌دهند (Maher, Huppert, Chen, Duan, & Foa, 2010) و تنها ۲۵ درصد بیماران بهبودی کامل را پس از درمان مذکور تجربه می‌کنند (Akbari & Hosseini, 2017). بر اساس یافته‌های پژوهشی در سالهای اخیر یکی از متداول‌ترین رویکردهای درمانی که سبب کاهش شدت و احتمال عود نشانه‌های وسواس می‌شود، درمان‌های موج سوم است. درمان‌های موج سوم طیف گسترده‌ای از درمان‌ها را در برمی‌گیرد و حتی برخی از این دیدگاه‌های موج سوم به خوبی در درون مدل‌های شناختی سنتی ادغام شده‌اند. در حالی که دیدگاه‌های دیگر مانند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به نظر می‌رسد بر اساس مفروضه‌های فلسفی زیربنایی‌شان، از جریان اصلی درمان شناختی متفاوت باشند (Makris & Dorstyn, 2022).

در همین راستا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پیش‌قراول این نگاه تازه به درمان اختلال وسواس فکری-عملی است که برخلاف رویکردهای شناختی_رفتاری که بر تغییر محتوای افکار بیماران اختلال وسواس فکری-عملی متمرکز است، بر فرایند افکار و ارتباط افراد با افکارشان تمرکز می‌کند (Makris & Dorstyn, 2022). هدف از رویکردهای موج

اختلال وسواس فکری-عملی یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی مطرح است که در آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، از دیگر اختلالات اضطرابی جدا شده است (Ergenc, Ergenc, Usanmaz, Tor, Usanmaz & et al, 2020). اختلال وسواس فکری-عملی اختلال نسبتاً شایعی است که به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده‌ی آن، بر توانایی‌های شخصی، کارآیی شغلی، سازگاری اجتماعی و روابط بین فردی تأثیر می‌گذارد (Enea, Eisenbeck, Petrescu, Carreno, 2021). این اختلال با علائمی همچون افکار و یا اعمال وسواسی تعریف می‌شود. افکار وسواسی، افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌های تکرارشونده و پایداری‌اند که در مقطعی از اختلال، مزاحم و نامناسب تلقی شده، باعث پریشانی قابل ملاحظه می‌شوند؛ و شامل نگرانی-های مربوط به مسائل زندگی واقعی نیستند؛ شخص می‌کوشد آن‌ها را نادیده بگیرد، سرکوب کند یا خنثی سازد (مقاومت ذهنی) و آگاه است که این افکار، محصول ذهن او هستند (Benatti, Albert, Maina, Fiorillo, Celebre & et al, 2020). اعمال وسواسی، رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی‌اند که فرد احساس می‌کند در پاسخ به یک فکر وسواسی مجبور است آن‌ها را انجام دهد و مطابق با قواعدی انعطاف‌ناپذیر، صورت می‌گیرند. کارکرد این رفتارها یا اعمال ذهنی، پیشگیری یا کاستن از پریشانی یا پیشگیری از وقوع یک رویداد یا موقعیت ترسناک می‌باشد. این آیین‌ها با آنچه قرار است خنثی شود، ارتباط ندارند یا آشکارا، رفتاری افراطی تلقی می‌شوند (American Psychiatric Association, 2022).

افسردگی از جمله شایع‌ترین اختلالاتی است که با اختلال وسواسی هم‌پوشی دارد (Keeley, Storch, Merlo & Geffken, 2008). از نظر تاریخی نیز افکار و اعمال وسواسی تظاهر غیرعادی افسردگی و ملال تصور می‌شدند. مبتلایان به اختلال وسواس بیشتر از دیگران گرایش به افسردگی دارند و بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته تقریباً دو سوم مبتلایان به وسواس از علائم افسردگی نیز رنج می‌برند. خلق افسرده نه تنها به ازدیاد و تشدید افکار ناخواسته منجر می‌شود بلکه

بوده که در این میان می‌توان به مشاوره تلفنی، مشاوره فردی مجازی و مشاوره گروهی مجازی اشاره کرد. اما مشکل و خلأ پژوهش آن‌جاست که پژوهش‌های انجام شده در این حوزه عموماً پیش از شیوع کرونا بوده، و عمدتاً در فرهنگ‌های غربی و یا آسیای شرقی مانند چین انجام گرفته‌اند که با فرهنگ حاضر در ایران تفاوت دارند.

علاوه بر این درمان‌های مانند پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت در پژوهش‌ها اغلب به صورت حضوری انجام شده‌اند و این در حالی است که با شیوع کرونا، درمان‌های حضوری به علت رعایت مسائل بهداشتی در جامعه و نیز قرنطینه‌های اجتماعی، کاهش یافت و لزوم مشاوره و درمان به صورت مجازی مشاهده گردید (Benatti & et al, 2020). برخلاف یافته‌هایی که از اثربخشی مداخلات از راه دور پشتیبانی می‌کند، برخی مشاوران به دلیل نگرانی از تأثیر منفی استفاده از فناوری بر اتحاد درمانی، دربارهٔ مداخله از راه دور تردید دارند (Richards, Simpson, Bastiampillai, Pietrabissa, & Castelnovo, 2018) که سبب می‌شود نتایج پژوهش‌های پیشین را با شک و تامل بیشتری نگاه کنند.

عموم پژوهش‌های موجود و انجام شده در راستای اثر درمان‌های مجازی پیش از شیوع و همه‌گیری کرونا بوده و اطلاعات و پژوهش‌های اندکی در این مورد به ویژه در بافتار فرهنگ ایرانی در دسترس است. همچنین پرسش‌های بسیاری وجود دارد که آیا سرفصل‌های موجود در پروتکل‌های درمان حضوری مشابه با بسته‌های مجازی می‌تواند به همان اندازه اثربخش باشند و با وجود آن‌که تحقیقات متعددی در زمینه درمان و سواس با رویکردهای مختلف به صورت حضوری انجام شده است ولی پژوهشی برای درمان افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی به صورت مجازی یافت نشد. لذا مسئله اصلی پژوهش این است که شیوه‌های مشاوره‌ای تلفنی، فردی مجازی و گروهی مجازی چه تأثیری بر علائم وسواس و افسردگی بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی دارند؟

فرضیه‌ها

۱- بین میانگین نمرات علائم وسواس در سه گروه مشاوره

سوم در درمان اختلال وسواس فکری-عملی کمک به بیمار برای ایجاد ارتباط جدید با افکار وسواسی و احساسات اضطراب‌برانگیز است تا او بتواند وسواس فکری را فقط به صورت فکر و اضطرابش را به صورت هیجان تجربه نماید (Philip & Cherian, 2022).

با شروع بیماری همه گیر کووید-۱۹ و دستورالعمل‌های جهانی در خصوص رعایت فاصله اجتماعی و قرنطینه جهت کاهش چرخه‌ی انتشار بیماری، بسیاری از مشاغل حضوری در جهان به سمت ارائه خدمات به صورت غیر حضوری حرکت کردند. مداخلات روانشناختی و مشاوره در حوزه‌های گوناگون از جمله خدماتی بود که با توجه به نیاز مراجعان به سرعت به صورت مجازی ارائه شد (Zemestani, Hosseini, Petersen, & Twohig, 2022). خدمات مجازی قبل از همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ نیز آغاز و در حال رشد بوده است بصورتیکه تخمین زده می‌شود در پنج سال قبل از همه‌گیری کووید-۱۹، بین ۵ تا ۲۱ درصد از خدمات بهداشت روانی، با روش‌های از راه دور ارائه شده‌اند (Choi, Wilcock, Pierce, Busch, Huskamp, Uscher-Pines & et al; 2019 Perrin, & McDonald, 2020). اما با شیوع همه‌گیری و اجبار به قرنطینه خانگی و فاصله‌گذاری اجتماعی، مداخلات از راه دور رشد بیشتری داشته است (Glass & Bickler, 2021). استفاده از مداخلات مبتنی بر فناوری که در مجموع به‌عنوان برنامه‌های سلامت از راه دور شناخته می‌شود، به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان فعالیتی متداول در زمینهٔ مداخلات سلامت روانی تبدیل شد (Lopez, Schwenk, Schneck, Griffin & Mishkind, 2019). با در نظر گرفتن شیوع بالای اختلال وسواس فکری-عملی، و نقص در عملکردهای مختلف بیماران و نیز هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیمی که این اختلال بر فرد، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند و با توجه به نتایج و شواهد پژوهشی متفاوت مطرح شده در مورد کارایی روش‌های درمانی موجود، ضرورت بررسی شیوه‌های درمانی کارآمد برای اختلال وسواس فکری-عملی در فضای مجازی مشخص می‌شود (Sakoman, Jendricko, Zegura, Skelin & Brecic, 2021).

روش‌های ارائه مشاوره و درمان در بستر مجازی متنوع

ابزارهای پژوهش

مقیاس وسواس فکری و عملی ییل- براون **Yale- Brown Obsessive- Compulsive Scale**): این مقیاس شامل ۱۰ سؤال است که توسط متخصص بالینی اجرا می‌شود و جدا از نوع (محتوا) یا تعداد نشانه‌ها، شدت افکار و اعمال وسواسی را نیز می‌سنجد (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, & Fleischman & et al. 1989). این مقیاس سه بخش عمده دارد: اولاً، مصاحبه‌گر تعریف و مثال‌هایی از افکار و اعمال وسواسی به پاسخگر ارائه می‌دهد. ثانیاً، مصاحبه‌گر با استفاده از فهرستی حاوی ۶۴ نوع شایع افکار و اعمال وسواسی، الگوی فعلی و نیز گذشته افکار و اعمال وسواسی پاسخگر را مشخص می‌نماید. قسمت سوم شامل ده سؤال اصلی، یک مؤلفه بررسی شش گزینه‌ای و سه ارزیابی کلی می‌شود. ده سؤال اصلی و شش سؤال بررسی هر کدام روی یک مقیاس پنج گزینه‌ای از صفر (اصلاً) تا ۴ (شدید یا سخت) درجه‌بندی می‌شوند. به عنوان نمونه سوال اول،: چه مدت از وقت تان در طول روز صرف افکار وسواسی می‌شود؟ فقط ده سؤال اصلی در نمرات کلی و زیرمقیاس‌ها محاسبه می‌شوند و همه داده‌های روانسنجی به این ده سؤال اول اشاره دارند. نمرات شدت افکار وسواسی (سوالات ۱-۵) و اعمال وسواسی (سوالات ۶-۱۰) پنج ویژگی نشانه را می‌سنجد: مدت/فراوانی، تداخل در عملکرد شغلی یا اجتماعی، پریشانی همراه با نشانه، میزان مقاومت و میزان ادراک فرد از کنترل- ناپذیری افکار یا اعمال وسواسی. معمولاً متداول‌ترین نمره‌ای که گزارش می‌شود نمره شدت کل با جمع ده سؤال اصلی است. دو سوال اضافی، (۱ و ۶)، طولانی‌ترین دوره‌ای که افراد در یک روز عادی بدون افکار یا اعمال وسواسی هستند را بررسی می‌کند، اما نمرات این سوالات در نمره کل، وارد نمی‌شود. توافق بین ارزیابان در مورد ده سؤال اصلی عالی است و در سه مطالعه از ۰/۷۶ تا ۰/۹۷ گزارش شده است (Nakagawa, Marks, Takei, Goodman & et al. 1989; Woody, Steketee, & De Araujo, & Ito, 1996; Chambless, 1995). در ایران دادفر و همکاران بوالهروی، ملکوتی و بیان زاده (Dadfar, Boulhary, Malakoti & Bayanzade, 2002) پایایی بین مصاحبه‌کنندگان را برای این

تلفنی، مشاوره فردی مجازی و مشاوره گروهی مجازی و گروه کنترل مبتلا به وسواس فکری و عملی در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

۲- بین میانگین نمرات علائم افسردگی در سه گروه مشاوره تلفنی، مشاوره فردی مجازی و مشاوره گروهی مجازی و گروه کنترل مبتلا به وسواس فکری و عملی در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: در این پژوهش از روش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شده است. جامعه این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ شهر اصفهان است که جهت درمان به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان مراجعه نمودند. جهت انتخاب نمونه در ابتدا فراخوانی به صورت مجازی در گروه‌های مختلف مبنی بر درمان وسواس به سه روش تلفنی، فردی و گروهی مجازی به صورت رایگان گذاشته شد و ۶۸ نفر متقاضی برای مشارکت در طرح پژوهش اعلام آمادگی کردند. لذا روش نمونه‌گیری در دسترس بود. متقاضیان به ترتیب زمان اعلام آمادگی توسط پژوهشگر مصاحبه بالینی شدند و ۴۰ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را احراز کرده بودند، به صورت تصادفی به ۴ گروه تلفنی، فردی مجازی، گروه درمانی مجازی و کنترل تقسیم شدند. لازم به ذکر است که حضور نمونه‌ها در گروه گواه و آزمایش مستلزم شرایطی چون سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، تحصیلات حداقل دیپلم، داشتن علائم وسواس و افسردگی (سنجش با آزمون و مصاحبه) و عدم وجود اختلالات سایکوتیک بود. همچنین شرایطی که سبب خروج افراد از پژوهش می‌شد شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم مهارت لازم برای استفاده از رایانه و موبایل و عدم تمایل آزمودنی به ادامه ی پژوهش می‌شد. همچنین جهت جمع‌آوری داده‌ها و نیز ارائه درمان از ابزارها و درمان‌های ذیل استفاده شد.

برای کل پرسشنامه با روش همسانی درونی ۰/۸۶ تعیین شده است (Rajabi, Karjo Kasmai, Jabari, & Alibazi, 2001).
فرم اطلاعات جمعیت شناختی: به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی آزمودنی‌ها، برگ اطلاعات فردی توسط پژوهشگر طراحی شد. در این برگه اطلاعاتی مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال از بیماران درخواست شد.

بسته‌های تدوین شده جهت مداخله تلفنی، فردی مجازی و گروه درمانی مجازی با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت:

در این مرحله، برای تدوین بسته‌های درمانی محتوای جلسات درمانی، بر اساس مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر اساس راهنمای درمانی تهیه و تدوین شد و (Daneshmandi, Izadi, & Abedi, 2016) و با به کارگیری مضامین حاصل از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته به سه فرمت اجرایی دست یافته شد که ارزیابی اعتبار آن مطلوب و ۰/۹۸ بود.

چکیده‌ای از محتوای جلسات درمانی تلفنی، فردی مجازی و گروه درمانی مجازی در جدول یک ارائه شده است. همچنین جدول دو فرمت اجرای مشاوره‌های تلفنی، فردی مجازی و گروه درمانی مجازی را نشان می‌دهد.

مقیاس ۰/۹۸، ضریب همسانی درونی آن را ۰/۸۹ و ضریب پایانی آن به روش بازآزمایی را در فاصله دو هفته ۰/۸۴ گزارش کردند. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه بندی اضطراب‌ها میلتنون به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (Beck Depression Inventory-II): این آزمون، نسخه تجدیدنظر شده نسخه اصلی آزمون خودگزارشگر بک (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) است. این پرسشنامه ۲۱ آیتم دارد که برای سنجش علائم و شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا کاربرد دارد. هر آیتم، نمره‌های بین صفر تا سه میگیرد و محدوده نمره کل بین ۰ تا ۶۳ خواهد بود. به عنوان نمونه سوال اول: - احساس غم نمی‌کنم. - احساس غم می‌کنم. - همیشه غمگینم و نمی‌توانم از آن خلاص شوم. - آنقدر غمگین و افسرده‌ام که طاقتم تمام شده. به طور کلی، ضرایب همسانی درونی هر یک از آیتمها و سایر مشخصه‌های آماری پرسشنامه و ضریب آلفای کرونباخ نشان می‌دهد که این پرسشنامه در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسبی برخوردار است. ضریب اعتبار کل پرسشنامه برای هر ۲۱ آیتم برابر با ۰/۹۱ به دست آمده است (Stephen Dobson, Mohammad Khani, Masah Cholabi, 2006). همچنین ضریب آلفای کرونباخ

جدول ۱. چکیده‌ی محتوای بسته‌های درمانی مجازی و سواس

هدف: مفهوم سازی و درماندگی خلاق	
شیوه کار: وصل شدن به مراجع، سراغ مشکل مراجع رفتن، استفاده از جدول تحلیل کارکردی، درماندگی خلاق با استعاره چاله،	جلسه اول
تکلیف: تهیه فرمی که بیلچه های این هفته و خسارت آنها یادداشت شود.	
هدف: استدلال مشفقانه	
شیوه کار: سراغ گرفتن از تمرین و تکلیف جلسه قبل، تمرین استدلال مشفقانه (انواع خودها)، تمرین ذهن آگاهی و انواع خود	جلسه دوم
تکلیف: کشف انواع خودها	
هدف: کنترل مسئله است (مشفقانه)	
شیوه کار: سراغ گرفتن از تمرین و تکلیف جلسه قبل، تفاوت دنیای درون و بیرون، استدلال مهربانانه، کشف و جستجوی خود مشفق، کنترل مسئله است، رنج پاک و ناپاک، سراغ گرفتن از خودها	
تکلیف: ۱- چگونه رنج پاک به رنج ناپاک تبدیل میشود ۲- خودها چه میگویند؟ یادداشت شود.	جلسه سوم

<p>هدف: پذیرش مشفقانه و رفتار مشفقانه</p> <p>شیوه کار: سراغ گرفتن از خود مهربان، بررسی تجربه مراجع با خود مهربان در هفته ای که گذشت، چرا کنترل می کنیم؟ پذیرش مشفقانه جایگزین کنترل با استعاره مهمان، تهیه فهرستی از اعمال و سواسی، تجربه مهربانی، تعریف رفتار مشفقانه و انواع آن و ربط دادن این فهرست به رفتار مهربانان</p> <p>تکلیف: فعال کردن خود مشفق و انجام یک یا دو رفتار مشفقانه</p>	<p>جلسه چهارم و پنجم</p>
<p>هدف: تقویت مولفه های مراقبتی و تصریح ارزش ها</p> <p>شیوه کار: سراغ گرفتن از خود مشفق، سراغ گرفتن از تمرینات پذیرش مشفقانه و تجربه مراجع، تمرین هل دادن کاغذ برای ارتباط بهتر با موضوع پذیرش مشفقانه، شروع موضوع ارزش ها، تمرین مهربانی گرفتن از دیگران، تأکید بر خود مشفق، تمرین تصریح ارزش ها با استعاره، تمرین تصویرسازی ذهنی</p> <p>تکلیف: هر جلسه تمرینات مرتبط با پذیرش مشفقانه</p>	<p>جلسه ششم، هفتم، هشتم و نهم</p>
<p>هدف: تعهد مشفقانه به ارزش ها</p> <p>شیوه کار: سراغ گرفتن از خود مشفق و تمرینات تعیین شده، کمک به مراجع برای هدف گذاری SMART، تعریف اعمال ارزش محور برای اهداف تعیین شده</p> <p>تکلیف: تعیین یک یا دو عمل ارزش محور برای اهداف تعیین شده و ادامه فهرست پذیرش مشفقانه</p>	<p>جلسه دهم،</p>
<p>هدف: رهایی از ذهن (مشفقانه)</p> <p>شیوه کار: سراغ گرفتن از خود مهربان و تجربه مراجع با تمرینات پذیرش مشفقانه، استعاره اتوبوس، تمرین دستها، کمک به مراجع برای تجربه رهایی از ذهن در حین انجام اعمال ارزش محور و نیز تجربه پذیرش مشفقانه، تمرین تماشا و توجه مشفقانه با استعاره آب و هوا، جمع بندی. تعیین زمان جلسه پیگیری</p> <p>تکلیف: تعیین تکلیف ارزش محور و پذیرش محور</p>	<p>جلسه یازدهم و دوازدهم</p>
<p>جدول ۲. شکل فرمت اجرای روش های مشاوره مجازی و سواس</p>	
<p>۱- پیامک یادآوری: یادآوری زمان جلسه در روز قبل از آن</p> <p>۲- ایجاد حس حضور: استفاده از هندزفری برای مشاور و مراجع به منظور ارتباط بهتر، درمانگر و مراجع هر دو در اتفاق با درب بسته و تنها باشند (رازداری)، سراغ گرفتن از اینجا و اکنون مراجع، ۳- اتحاد درمانی: نظر مراجع و احساسش در مورد این فرم از درمان (چه چیزی اکنون درونش در جریان است)، سهمیم کردن احساسات مشاور با مراجع برای ارتباط بهتر (اعتبار بخشی و همدلی با احساسات ناخوشانند مراجع به مشاوره مجازی)، لحن دلنشین مشاور، نشان دادن احساسات با تن صدا، کسب احساس آرامش از مشاور</p> <p>۴- انتقال مفاهیم: کمک به تصویرسازی مراجع برای درک بهتر، رسم کردن یا کشیدن به طور همزمان توسط مراجع و مشاور، کسب احساس آرامش از مشاور</p> <p>۵- دسترسی راحت: ارتباط از طریق پیامک در فاصله ی بین جلسات</p>	<p>تلفنی</p>
<p>۱- پیامک یادآوری: یادآوری زمان جلسه در روز قبل از آن</p> <p>۲- ایجاد حس حضور: استفاده از هندزفری برای مشاور و مراجع به منظور ارتباط بهتر، درمانگر و مراجع هر دو در اتفاق با درب بسته و تنها باشند (رازداری)، چایی یا هرنوشیدنی با یکدیگر به طور همزمان، مراجع و درمانگر هر دو لباس رسمی دارند</p>	

فردی مجازی ۳- اتحاد درمانی: بهتر است مراجع اتاق را به درمانگر نشان دهد و درمانگر نیز به منظور ایجاد اعتماد و رابطه درمانی بهتر، فضایی که در آن مشاوره می‌دهد را به مراجع نشان دهد. لحن دلنشین مشاور، گشودگی مشاور، نوع نگاه مشاور ۴- انتقال مفاهیم: انجام تمرینات در حین جلسه، ارسال اشکال، تصاویر و یا انیمیشن‌های مربوطه، ۵- دسترسی راحت: ارتباط از طریق پیام و ویس در فاصله‌ی بین جلسات

۱- پیامک یادآوری: یادآوری زمان جلسه در روز قبل از آن
۲- حضور اپراتور: حضور یک اپراتور در طول جلسه ضرورت دارد، ارسال لینک جلسه برای اعضا قبل از جلسه گروهی، پی‌گیری عدم حضور بعضی از اعضا در شروع جلسه و رفع اشکالات سیستمی آنها
۳- ایجاد حس حضور: استفاده از هندزفری برای مشاور و مراجعین به منظور ارتباط بهتر، درمانگر و مراجع هر دو در اتفاق با درب بسته و تنها باشند، مراجع و درمانگر هر دو لباس رسمی دارند. خوردن چایی یا هرنوشیدنی با یکدیگر به طور همزمان،
گروه درمانی مجازی
۴- اتحاد درمانی: بهتر است مراجع اتاق را به درمانگر نشان دهد و درمانگر نیز به منظور ایجاد اعتماد و رابطه درمانی بهتر، فضایی که در آن مشاوره می‌دهد را به مراجع نشان دهد (رازداری)، فرصت دادن به کلیه اعضا به طور یکسان برای مشارکت در گروه، لحن دلنشین مشاور، گشودگی مشاور، نوع نگاه مشاور
۵- انتقال مفاهیم: انجام تمرینات در حین جلسه، به اشتراک گذاشتن اشکال، تصاویر و یا انیمیشن‌های مربوطه در طول جلسه و ارسال آنها برای مراجعین
۶- دسترسی راحت: ارتباط از طریق پیام و ویس در فاصله‌ی بین جلسات

روش اجرا و تجزیه و تحلیل داده‌ها

ابتدا قرار جلسه‌ی اول به صورت مجازی برای تک تک افراد شرکت‌کننده جهت جلسه توجیهی و جمع‌آوری پیش‌آزمون به طور جداگانه ترتیب داده شد. سپس مراجعان به روش تلفنی و فردی مجازی هر کدام به صورت فردی طی سه ماه (هر هفته ۱ جلسه) تحت ۱۲ جلسه درمانی فردی قرار گرفتند و جلسات گروه درمانی مجازی نیز همزمان به صورت هفتگی به مدت سه ماه برگزار شد و گروه گواه در لیست انتظار باقی ماندند و بعد از پیگیری تحت ۱۲ جلسه گروه درمانی مجازی قرار گرفتند. لازم به ذکر است در هر سه گروه آزمایش یکی از آزمودنی‌ها به علت عدم شرکت در تمام جلسات (به دلایل شخصی) از پژوهش کنار گذاشته شدند و به منظور همسان سازی گروه‌ها یک آزمودنی از گروه گواه هم حذف شد. جلسات مجازی فردی در محیط گوگل میت یا واتس‌آپ و گروه درمانی در محیط گوگل میت اجرا شد. سپس برای شرکت‌کنندگان جلساتی جداگانه به صورت مجازی به منظور جمع‌آوری پس‌آزمون ترتیب داده شد. یک ماه پس از اتمام جلسات مداخله درمانی، آزمودنی‌ها هم در گروه آزمایشی و

هم در گروه گواه مجدداً به تکمیل پرسشنامه‌ها جهت سنجش مرحله پیگیری اقدام نمودند.

لازم به ذکر است جهت ملاحظات اخلاقی، این پژوهش توسط کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه خمینی‌شهر از نظر اخلاق پژوهش مورد تایید قرار گرفت (IR.IAU. ۱۴۰۰.۰۲۴.KHSH.REC). همچنین در مرحله اجرای مداخلات، در جلسه فردی قبل از شروع جلسات مداخله، برای هر کدام از شرکت‌کنندگان در مورد شرایط و ساختار جلسات توضیحات ارائه شد و در صورتی که تمایل به حضور در این جلسات را داشتند، وارد گروه‌های آزمایش می‌شدند. علاوه بر این، نتایج اجرای مداخله‌ها در صورت تمایل برای شرکت‌کنندگان، تفسیر می‌شد. شرکت‌کنندگان آزاد بودند هر زمان و به هر دلیلی که می‌خواستند از ادامه شرکت در پژوهش انصراف دهند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS ویرایش ۲۶ و در بخش توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در بخش توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی، آزمون t زوجی و تحلیل کوواریانس به کار گرفته شد.

یافته‌ها

جمعیت‌شناختی افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی ارائه

در جدول ۳ توزیع فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیرهای شده است:

جدول ۳. فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیرهای سن، مدرک و جنسیت

متغیر و سطوح آن	مشاوره تلفنی (درصد)	فردی مجازی (درصد)	گروهی مجازی (درصد)	کنترل (درصد)	مقدار خی‌دو	معناداری
تا ۳۵ سال	۵ (۵۵/۶)	۴ (۴۴/۴)	۶ (۶۶/۷)	۳ (۳۳/۳)	۱/۱۱	۰/۷۷۴
۳۶ تا ۴۵ سال	۳ (۳۳/۳)	۴ (۴۴/۴)	۳ (۳۳/۳)	۵ (۵۵/۶)	۰/۷۳۳	۰/۸۵۶
۴۶ تا ۵۵ سال	۰ (۰)	۱ (۱۱/۱)	۰ (۰)	۱ (۱۱/۱)	۰	۱
۵۶ سال و بالاتر	۱ (۱۱/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	-	-
دیپلم	۱ (۱۱/۱)	۱ (۱۱/۱)	۰ (۰)	۱ (۱۱/۱)	۰	۱
فوق‌دیپلم و لیسانس	۷ (۷۷/۸)	۵ (۵۵/۶)	۴ (۴۴/۴)	۵ (۵۵/۶)	۰/۹۰۵	۰/۸۲۴
ارشد و دکتری	۱ (۱۱/۱)	۳ (۳۳/۳)	۵ (۵۵/۶)	۳ (۳۳/۳)	۲/۶۶۷	۰/۴۴۶
مرد	۲ (۲۲/۲)	۱ (۱۱/۱)	۳ (۳۳/۳)	۳ (۳۳/۳)	۱/۲۲	۰/۷۴۸
زن	۷ (۷۷/۸)	۸ (۸۸/۹)	۶ (۶۶/۷)	۶ (۶۶/۷)	۰/۴۰۷	۰/۹۳۹

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری بین تعداد خانم‌ها در گروه‌های مختلف پژوهش وجود ندارد. این نتیجه برای مردان نیز برقرار است. به عبارت دیگر تعداد مردان در گروه‌های مختلف، تفاوت معنادار با یکدیگر ندارد ($P > 0/05$). همچنین مشاهده می‌شود تفاوت تعداد افراد با مدرک ارشد و دکتری در گروه مختلف معنادار نیست.

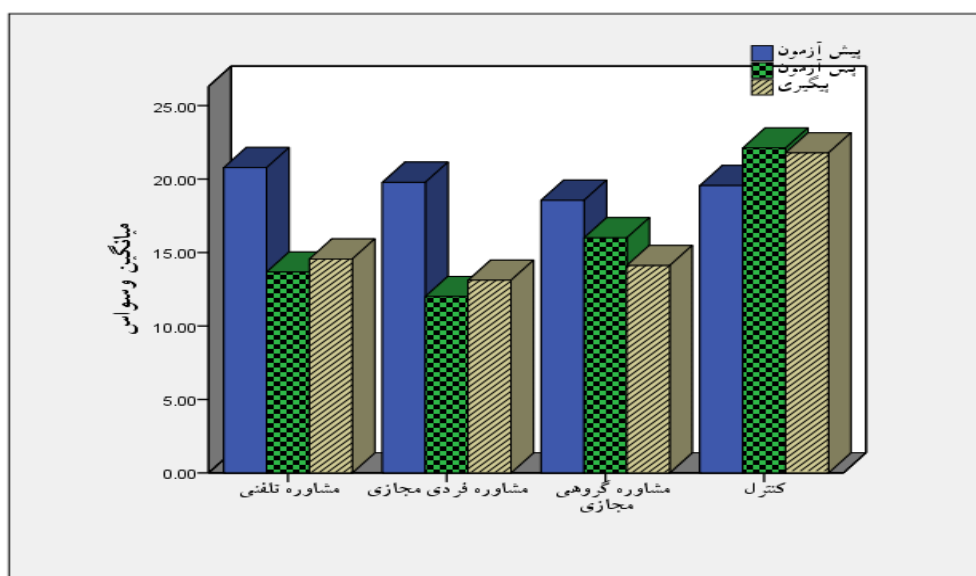
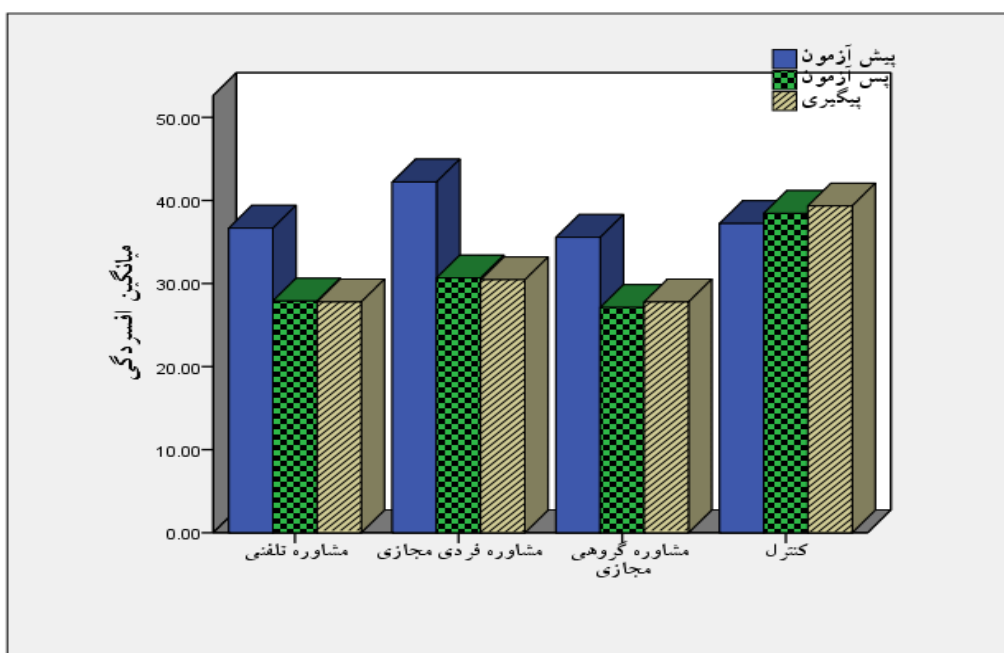
این نتیجه برای تعداد افراد با مدرک فوق دیپلم و کارشناسی و حتی برای هر گروه سنی نیز برقرار است. در ادامه به میانگین و انحراف معیار علائم وسواس و افسردگی در گروه‌ها طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری پرداخته شده است و میانگین نمرات هر مرحله با مرحله پیش‌آزمون به روش آزمون t زوجی مقایسه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار علائم وسواس در دو مرحله زمانی و مقایسه هر مرحله با مرحله پیش‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

گروه	زمان	وسواس				افسردگی			
		M	SD	t	معناداری	M	SD	t	معناداری
مشاوره تلفنی	پس‌آزمون	۱۳/۶۷	۳/۲۴	-۸/۴۵۸	۰/۰۰۰۱	۲۷/۸۸	۷/۱۱	-۹/۳۴۳	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۱۴/۵۶	۲/۹۶	-۵/۸۴۶	۰/۰۰۰۱	۲۷/۷۸	۶/۸۱	-۱۱/۵۱۷	۰/۰۰۰۱
مشاوره گروهی مجازی	پس‌آزمون	۱۶/۰۰	۱/۶۵	-۶/۵۴۹	۰/۰۰۰۱	۲۷/۱۲	۶/۹۷	-۷/۲۲۴	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۱۴/۱۱	۲/۷۱	-۵/۳۹۴	۰/۰۰۰۱	۲۷/۷۸	۶/۷۹	-۵/۷۷۴	۰/۰۰۰۱
مشاوره فردی مجازی	پس‌آزمون	۲۲/۱۱	۵/۶۲	-۴/۴۰۶	۰/۰۰۰۲	۳۷/۴۳	۸/۲۷	-۷/۱۵۷	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۲۱/۷۷	۵/۰۴	-۶/۲۶۶	۰/۰۰۰۱	۳۸/۳۱	۸/۶۷	-۶/۲۴۹	۰/۰۰۰۱
گروه کنترل (گواه)	پس‌آزمون	۱۲/۰۰	۳/۰۴	۳/۸۲۰	۰/۰۰۰۵	۳۰/۶۷	۴/۵۵	۳/۳۹۱	۰/۲۰۲
	پیگیری	۱۳/۱۱	۲/۵۲	۳/۰۷۷	۰/۰۱۵	۳۰/۴۴	۳/۹۷	۱/۸۷۹	۰/۰۹۷

پیش از آزمون داشته است. همچنین مشاهده می‌شود نمرات افسردگی افراد در مرحله پس از آزمون نسبت به مرحله پیش از آزمون و همچنین مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش از آزمون کاهش معناداری دارد ($P < 0/05$) ولی در گروه کنترل تفاوت معناداری در افسردگی گروه کنترل مرحله پس از آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش از آزمون وجود ندارد ($P > 0/05$). نتایج این مقایسه در نمودار زیر نشان داده شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در گروه‌های مشاوره تلفنی، مشاوره گروهی مجازی و مشاوره فردی، نمره وسواس افراد در مرحله پس از آزمون نسبت به مرحله پیش از آزمون و همچنین نمرات مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش از آزمون کاهش معناداری داشته است. زیرا از یک طرف معناداری کمتر از ۰/۰۵ است ($P < 0/05$) و از طرف دیگر مقدار آماره t منفی است. این در حالیست که در گروه کنترل نمرات وسواس در مرحله پس از آزمون و پیگیری افزایش معناداری نسبت به مرحله



شکل ۱: مقایسه میانگین نمرات وسواس و افسردگی در گروه‌های مختلف و مراحل مختلف

جدول ۵. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لوین علائم وسواس و افسردگی

آزمون شاپیرو-ویلک

گروه	وسواس (پیش آزمون)		افسردگی (پیش آزمون)	
	آماره	معناداری	آماره	معناداری
مشاوره تلفنی	۰/۹۵۸	۰/۷۷۳	۰/۹۶۱	۰/۸۰۷
مشاور فردی مجازی	۰/۹۵۲	۰/۷۱۶	۰/۹۵۷	۰/۸۶۵
مشاوره گروهی مجازی	۰/۹۰۳	۰/۲۷۰	۰/۸۵۱	۰/۰۷۶
کنترل	۰/۸۹۰	۰/۱۹۹	۰/۹۸۸	۰/۹۹۳

آزمون لوین

مرحله	وسواس		افسردگی	
	آماره	معناداری	آماره	معناداری
پس آزمون	۱/۴۸۶	۰/۲۳۷	۰/۸۲	۰/۴۹۲
پیگیری	۰/۳۷۶	۰/۷۷۱	۰/۳۹۱	۱/۰۳۳

همگونی واریانس بین گروه‌ها (آزمون لوین) در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری برای هر دو متغیر وسواس و افسردگی معنادار است ($P > 0/05$)

چنان که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، علائم وسواس و افسردگی در مرحله پیش آزمون دارای توزیع نرمال است ($P > 0/05$) هم‌چنین چنان که در جدول مشاهده می‌شود،

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس برای علائم وسواس و افسردگی در مرحله پس آزمون و پیگیری

وابسته	منبع اثر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
وسواس (پس آزمون)	پیش آزمون	۲۵۹/۲۲۳	۱	۲۵۹/۲۲۳	۴۶/۲۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۹	۱/۰۰
	گروه	۶۰۰/۵۲۷	۴	۱۵۰/۱۳۲	۲۶/۷۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۶	۱/۰۰
افسردگی (پس آزمون)	پیش آزمون	۱۲۳۸/۰۹۹	۱	۱۲۳۸/۰۹۹	۱۴۲/۲۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۱	۱/۰۰
	گروه	۷۹۳/۳۵۹	۴	۱۹۸/۳۴۰	۲۲/۷۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۶	۱/۰۰
وسواس (پیگیری)	پیش آزمون	۱۸۷/۶۹۶	۱	۱۸۷/۶۹۶	۲۹/۷۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۹	۱/۰۰
	گروه	۴۶۳/۴۲۰	۴	۱۱۵/۸۵۵	۱۸/۳۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۳	۱/۰۰
افسردگی (پیگیری)	پیش آزمون	۱۱۰۶/۳۲۱	۱	۱۱۰۶/۳۲۱	۹۴/۴۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۳	۱/۰۰
	گروه	۹۴۵/۶۷۴	۴	۲۳۶/۴۱۸	۲۰/۱۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۳	۱/۰۰

مشاوره‌های مختلف سبب تغییر در نمره وسواس افراد در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری می‌شود. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان می‌دهد میانگین نمرات وسواس

نتایج تحلیل کواریانس جدول ۵ نشان می‌دهد بین میانگین وسواس مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه‌های مختلف تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). به عبارت دیگر

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش مقایسه تأثیر مشاوره‌ی فردی تلفنی، فردی مجازی و گروهی مجازی بر علائم وسواس و افسردگی مراجعان مبتلا به OCD شهر اصفهان بود. یافته‌های این پژوهش مبنی بر تفاوت معنادار میان میانگین نمرات علائم وسواس و افسردگی در سه گروه مشاوره تلفنی، مشاوره فردی مجازی و مشاوره گروهی مجازی و گروه کنترل مبتلا به وسواس فکری و عملی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بود که همسو با پژوهش‌های پیشین بود. در تبیین این یافته باید گفت که مشاوره مجازی این امکان را می‌دهد که بدون خجالت و رودرویی مراجع با درمان‌گر، حرف‌های خود را بیان نمایند. این مزیت مشاوره مجازی در این است که در برابر سؤال‌هایی که مشاور از مراجع می‌پرسد، نگران قضاوت نباشد. خیلی از مراجعان در برابر قضاوت دیگران عجز نشان می‌دهند؛ لذا ممکن است خیلی از واقعیات زندگی را مخفی کنند. مشاوره مجازی، مراجع را در گفتن واقعیات‌ها یاری می‌کند و این نکته‌ای است که برای بهبودی وسواس نیاز است تا تمام واقعیات‌های فردی، ذهنی و روابط درون خانواده بی‌کم و کاست با درمانگران در میان گذشته شود (Ergenc & et al, 2020). بنابراین می‌توان گفت که مشاوره مجازی اعم از تلفنی، فردی مجازی و گروهی مجازی در درمان روان‌شناختی بیماری‌های وسواس نقش چشم‌گیری داد. مراجع می‌تواند حتی با یک تلفن از توصیه‌های مشاوره استفاده کند. از طرفی برخی از بیماران مبتلا به اختلال وسواس زمانی که مرکز مشاوره مراجعه می‌کنند فکر می‌کنند همه چیز کثیف است یا مدام باید دست‌هایشان را بشویند و به چیزی دست نزنند. این موضوع تمرکز آن‌ها را از موضوع اصلی پرت خواهد کرد. اما با استفاده از مشاوره مجازی، درمانگر گویی به خانه مراجع می‌رود و بر موضوع تمرکز می‌کنند (Keeley & et al, 2018).

همچنین با توجه به علل و دلایل متفاوت تمایل به شرکت در مشاوره و درمان مجازی، دستورالعمل‌هایی نیز برای افزایش ارتقای سطح کیفی و اتحاد درمانی در فضای مجازی وجود دارد که می‌تواند اثربخشی درمان‌های مجازی را بیش از پیش نماید. به نظر می‌رسد درمان‌گر با اتحاد درمانی بالا و

در مرحله پس‌آزمون در سه گروه مشاوره تلفنی، مشاوره فردی مجازی و مشاوره گروهی مجازی تفاوت معناداری با گروه کنترل دارد. همچنین نتایج بنفرونی نشان می‌دهد بین میانگین وسواس گروه مشاوره تلفنی با مشاوره گروهی مجازی تفاوت معنادار است این در حالیست که گروه مشاوره تلفنی با گروه مشاوره فردی مجازی از نظر میانگین وسواس تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

نتایج آزمون بنفرونی در مرحله پیگیری نشان می‌دهد میانین نمرات وسواس سه گروه مشاوره تلفنی، مشاوره فردی مجازی و مشاوره گروهی مجازی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند و هر سه گروه تفاوت معناداری با گروه کنترل دارند. نتایج تحلیل کواریانس جدول ۵ نشان می‌دهد بین میانگین افسردگی گروه‌های مختلف هم در مرحله پیگیری و هم در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. ($P < 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان می‌دهد میانگین نمرات افسردگی در مرحله پس‌آزمون در سه گروه مشاوره تلفنی، مشاوره فردی مجازی و مشاوره گروهی مجازی تفاوت معناداری با گروه کنترل دارد. این در حالیست که نمرات افسردگی گروه مشاوره تلفنی، مشاوره فردی مجازی و مشاوره گروهی مجازی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. این نتیجه برای مرحله پیگیری نیز برقرار است. بنابراین فرضیه اول پژوهش مبنی بر این‌که بین میانگین نمرات علائم وسواس در سه گروه مشاوره تلفنی، مشاوره فردی مجازی و مشاوره گروهی مجازی و گروه کنترل مبتلا به وسواس فکری و عملی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، به این صورت تایید می‌شود که بین سه گروه مشاوره با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد. و فرضیه دوم پژوهش مبنی بر این‌که بین میانگین نمرات افسردگی در سه گروه مشاوره تلفنی، مشاوره فردی مجازی و مشاوره گروهی مجازی و گروه کنترل مبتلا به وسواس فکری و عملی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، به این صورت تایید می‌شود که بین سه گروه مشاوره با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد.

برخی از این افراد در حین درمان یا آن را رها کرده یا آن را نمی‌پذیرند و این عدم پذیرش درمان را به صورت رفتارهایی مثل غیبت در جلسات و عدم انجام تکالیف رفتاری نشان می‌دهند. فرایندهای مرکزی درمان اکت و خودشفقت‌ورزی 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 (Akbari & Hosseini, 2017). در حقیقت استفاده از تکنیک‌های تعهد و پذیرش میزان آزارندگی این موقعیت‌ها را برای آزمودنی‌ها کاهش می‌دهد و گرچه در این درمان فراوانی و محتوای فکر و سواسی به طور مستقیم هدف قرار داده نمی‌شد اما کاهش و سواس در نتیجه استفاده از تکنیک‌های این درمان، منجر به کاهش افکار و اعمال و سواسی مربوط به اختلال و سواس شد. در این درمان بحث‌های مفصلی پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها توسط فرد شد. شاید یکی از دلایل دیگر کاهش نشانه‌های و سواس، تصریح ارزش‌ها و پرداختن به ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی به جای پرداختن به اعمال و سواسی است. به عبارت دیگر در اینجا هدف کمک به فرد بود تا یک فکر و سواسی را فقط یک فکر تجربه کند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش است، بپردازد. بیماران آموختند که افکار و سواسی، به خودی خود مسأله نیست، بلکه مشکل آن‌ها تلاش برای پاسخ به فکر و سواسی می‌باشد. بنابراین هدف این درمان افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادهای فزاینده و سواس بود، چیزی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود. به طور کلی با توجه به ویژگی‌های افراد دارای و سواس که شامل اجتناب یا فرار از آمیختن با افکار و خاطرات، کوشش جهت کنترل افکار و احساسات، آمیختگی شناختی، الگوهای فکری تکراری، شناخت‌های منفی، دست کم گرفتن خود، تعقیب اهداف ناهمخوان با ارزش‌ها و اشتباه در تعقیب اهداف ارزشی می‌باشد. مداخلات درمانی ناشی از رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت در قالب درمان مجازی توانسته است باعث تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش، ارتقاء کیفیت زندگی، کاهش باورپذیری، انعطاف‌پذیری، تغییر

نیز با توجه کافی به آن، در مسیر درمان فعالانه در بافتار مجازی درمان تلاشی مضاعف می‌کنند (Makris & Dorstyn, 2022). در همین راستا Glass, & Bickler (2021) بیان می‌کند برای ایجاد اتحاد درمانی قوی در محیط‌های مجازی، از اعتباربخشیدن به صداها و تجربیات مراجعان استفاده می‌شود تا موانع اتحاد درمانی در این شرایط برطرف شود. همچنین، مشاوران برای اتحاد درمانی قوی در فضای مجازی با مراجعان خود باید هماهنگی خوبی داشته باشند تا مراجعان احساس کنند درمانگر در جلسه حضور مؤثر و متمرکز دارد. این حضور مشترک می‌تواند هم‌گامی بین فردی را برانگیزد و احساس امنیت و ارتباط را افزایش دهد. علاوه بر این، موانع مطرح‌شده در ایجاد اتحاد درمانی و گام نهادن در مسیر بهبودی را می‌توان با تدابیری حل کرد و مشاورانی که با خلاقیت خود، روش‌های گوناگونی را برای ایجاد احساس آرامش در مراجعان ایجاد کرده بودند، موفقیت بیشتری در درمان داشتند و مراجعان آن‌ها تمایل بیشتری به تکمیل جلسات و انجام تکالیف داشتند (Philip & Cherian, 2022). در نتیجه می‌توان بیان کرد علی‌رغم وجود تفاوت در چگونگی درمان به شیوه‌های، تلفنی، مجازی فردی و گروهی، اما بنیان‌های ساختاری که سبب درمان و بهبودی می‌شود در آن‌ها یکسان بوده که می‌تواند علائم و سواس را کاهش دهد.

از سوی دیگر باید تأکید داشت که هر سه روش مجازی مورد استفاده در پژوهش حاضر مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بود که بر نشانه‌ها و معیارهای ناکارآمد درونی که فرد برای توقف اعمال و سواسی به کار می‌برد، تأکید می‌کند. بر مبنای این دیدگاه درمانی، تداوم این اختلال، ابتدا با فعال شدن باورهای شناختی ناکارآمد شروع می‌شود که فرد شناخت‌های مزاحم را به عنوان نشانه‌هایی از خطر ارزیابی می‌کند. ارزیابی منفی شناخت‌های مزاحم به نوبه خود منجر به بروز هیجان‌های منفی شدیدی می‌شود. این شناخت‌های مزاحم، باورهایی درباره آیین‌مندی‌ها را فعال می‌نماید که فرد را مشغول رفتارهای خنثی‌ساز می‌شود تا خطر تهدید را کاهش دهد (Makris & Dorstyn, 2022)؛ لذا بسیاری از افراد مبتلا به این اختلال نمی‌خواهند یا نمی‌توانند اضطراب همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ را تحمل کنند.

دلیل گروه هدف (بیماران وسواسی) و ملاک‌های ورود و خروج خاص آن و نیز محدودیت‌های موجود در زمان پژوهش ناشی از شیوع کرونا، نمونه‌گیری در دسترس بود. در پژوهش حاضر به دلیل محدودیتهای موجود نمونه‌ها فقط از نظر علائم وسواس و افسردگی سنجش شدند. در همین راستا انجام پژوهش در گروه‌های درمانی گسترده‌تر با نمونه‌گیری و گمارش تصادفی به منظور اطمینان بیشتر به یافته‌های درمانی توصیه می‌شود. از آنجا که در این پژوهش، در مراجعان مبتلا به وسواس تنها علائم وسواس و افسردگی مورد بررسی قرار گرفت لذا پیشنهاد می‌شود که بررسی علائم سایر اختلال‌های همبود با این اختلال که شیوع بیشتری دارند (مانند اضطراب و مصرف مواد) انجام گیرد. از آنجا که مشاوره‌های مجازی با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت انجام شد، پیشنهاد می‌شود رویکردهای دیگر با همین روش‌های مجازی انجام شود. با توجه به این که مشاوره‌های مجازی مدنظر در پژوهش حاضر برای افراد مبتلابه اختلال وسواس انجام گردیده است، پیشنهاد می‌شود همین پروتکل‌های درمانی برای سایر اختلال‌های روانی نیز به کار گرفته شود و کارآیی آن بررسی گردد. انجام پژوهش بر روی بیماران وسواس به تفکیک نوع وسواس نیز توصیه می‌گردد. نیز با توجه به نتایج پژوهش حاضر، ضرورت درمان مراجعان مبتلا به وسواس و افسردگی در قالب مشاوره‌های مجازی اعم از تلفنی و یا مجازی فردی و گروهی توصیه می‌شود. همچنین با توجه کارآیی این درمان در بهبود افسردگی، کاربرد این درمان در افراد مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی می‌تواند کارآیی داشته باشد. در نهایت از آنجایی که اثر درمان حاضر در بهبودی مطلوب بود، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت در برنامه‌های درمانی مجازی سایر اختلال‌های روانی که با مسائل رفتار وسواسی مرتبط است، پیشنهاد می‌گردد.

قضایات، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها، آشکار شدن عملکرد پنهان زبان، به‌دست آوردن احساس تغییرپذیری و شناسایی اهداف و ارزش‌های آزمودنی‌ها تأثیرگذار باشد و منجر به بهبود وسواس فکری- عملی گردد (Zemestani & et al, 2022). از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که مشاوران و درمان‌گران با توجه به شیوع و ویروس کرونا در زمان انجام پژوهش، استقبال گسترده‌ای نسبت به درمان‌ها و مشاوره مجازی داشته‌اند تا بتوانند ارتباط خود را با مراجعان جهت حل مشکلات و بهبود اختلال‌های روانی آن‌ها حفظ کنند. این مسئله توسط برخی از مشاوران و مراجعان پذیرفته شده است؛ به نحوی که آن‌ها می‌توانند اطلاعات را از فضای مجازی تبادل کنند. در این بین عوامل جذابی در گرایش مراجعان به سمت درمان‌های مجازی وجود دارد که از این میان می‌توان به موارد چون گمنامی و حفظ هویت خود، احساس کنترل بر شرایط درمانی، احساس قدرت برابر با درمان‌گر، سهولت در دسترسی به مشاور، هزینه‌های اندک و عدم مشکلات حمل و نقل را اشاره کرد. از سوی دیگر این نوع از مشاوره دارای کارآمدی مناسبی جهت کاهش مشکلات وسواس و افسردگی نیز بوده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت از سایر درمان‌ها کارآمدی خود را به اثبات رسانیده‌اند که حتی بیماران مزمن و مقاوم به درمان مانند وسواس و تا حدودی افسردگی را بهبود داده‌اند. نتایج پژوهش نشان داد که تلفیق این درمان‌های جدید و روزآمد با شیوه مجازی برای وسواس و مخصوصاً بیمارانی که با مواجهه رو در رو مشکل دارند، یک گزینه درمانی مطلوب است. همچنین این رویکردها در قالب مجازی بر نشانه‌ها و معیارهای ناکارآمد درونی که فرد برای توقف اعمال وسواسی و نشخوارهای فکری مربوط به افسردگی به‌کار می‌برد؛ تأکید می‌کند که با کاهش باورهای شناختی ناکارآمد باعث کاهش بروز هیجان‌های منفی شدید شده که به تبع آن آیین‌مندی‌های وسواسی و افکار منفی نیز خنثی می‌شود.

در پایان باید اشاره کرد که هر پژوهشی به شکل اجتناب‌ناپذیری با محدودیت‌هایی روبه‌رو است که تفسیر و تعمیم یافته‌ها را با توجه به آن محدود می‌کند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر روش نمونه‌گیری بود که به

- 189-198.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischman, R., Hill, C.L., & et al. (1989). Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Development, use and reliability. *Archive of General Psychiatry*, 4(6): 1006-1011.
- Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J., & Geffken, G. R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 28(1), 118-130.
- Loosen, A. M., Skvortsova, V., & Hauser, T. U. (2021). Obsessive-compulsive symptoms and information seeking during the Covid-19 pandemic. *Translational psychiatry*, 11(1), 1-10.
- Lopez, A., Schwenk, S., Schneck, C. D., Griffin, R. J., & Mishkind, M. C. (2019). Technology-based mental health treatment and the impact on the therapeutic alliance. *Current psychiatry reports*, 21(8), 1-7.
- Maher, M., Huppert, J., Chen, H., Duan, N., Foa, E., Liebowitz, M., & Simpson, H.B. (2010). Moderators and predictors of response to Cognitive-Behavioral Therapy augmentation of pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 40(12): 2013-2023.
- Makris, T., & Dorstyn, D. S. (2022). Third-wave psychotherapies to promote mental health in epilepsy: An updated systematic review. *Epilepsy & Behavior*, 134, 108766.
- Nakagawa, A., Marks, I. M., Takei, N., de Araujo, L. A., & Ito, L. M. (1996). Comparisons among the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Compulsion Checklist, and other measures of obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 169(1), 108-112.
- Philip, J., & Cherian, V. (2022). Acceptance and Commitment Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 44(1), 78-82.
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., & McDonald, S. D. (2020). Demographic, organizational, and clinical practice predictors of US psychologists' use of telepsychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(2), 184.
- Podea, D., Suci, R., Suci, C., & Ardelean, M. (2009). An update on the Cognitive-Behavior Therapy of Obsessive-Compulsive Disorder in adults. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(2): 221-233.
- Rajabi, G., Molavi, S., & Sudani, M. (2018). Effect of Cognitive-Behavioral Therapy in Reducing Postpartum Depression and Increasing Marital Satisfaction in Women with Postpartum Depression Disorder: A Single Case Study. *Iranian Journal of Nursing Research*, 13(4), 79-89. [in persian]
- منابع
- Abramowitz, J. S., Lackey, G. R., & Wheaton, M. G. (2009). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2): 160-166.
- Akbari, M.; & Hosseini, Z. (2017). Meta-analysis comparing the effectiveness of exposure therapy and response prevention, cognitive-behavioral therapy and third wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder. *Applied Psychology Quarterly*, 12(4), 473-490. [in persian]
- AlHusseini, N., Sajid, M., Altayeb, A., Alyousof, S., Alsheikh, H., Alqahtani, A., & Alsomali, A. (2021). Depression and obsessive-compulsive disorders amid the COVID-19 pandemic in Saudi Arabia. *Cureus*, 13(1).
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Text Revision Dsm-5-tr 5th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Benatti, B., Albert, U., Maina, G., Fiorillo, A., Celebre, L., Girone, N., ... & Dell'Osso, B. (2020). What happened to patients with obsessive compulsive disorder during the COVID-19 pandemic? A multicentre report from tertiary clinics in northern Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 720.
- Choi, S., Wilcock, A. D., Busch, A. B., Huskamp, H. A., Uscher-Pines, L., Shi, Z., & Mehrotra, A. (2019). Association of characteristics of psychiatrists with use of telemental health visits in the Medicare population. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 654-657.
- Daneshmandi, S., Izadi, R. & Abedi, M. R. (2016). Concentrated compassion therapy for acupuncturists (psychological flexibility reinforcement methods). Isfahan: Kavoshiar, jangal.
- Enea, V., Eisenbeck, N., Petrescu, T. C., & Carreno, D. F. (2021). Perceived impact of quarantine on loneliness, death obsession, and preoccupation with God: Predictors of increased fear of COVID-19. *Frontiers in psychology*, 12, 643977.
- Ergenc, H., Ergenc, Z., Usanmaz, M., Tor, I. H., Usanmaz, H., & Akcay, E. U. (2020). Investigating Anxiety, Depression and Obsessive-Compulsive Disorders (OCD) among healthcare workers in COVID-19 unit and the control group. *Medicine*, 9(4), 1072-5.
- Glass, V. Q., & Bickler, A. (2021). Cultivating the therapeutic alliance in a telemental health setting. *Contemporary Family Therapy*, 43(2),

- of rehabilitation. 8(2), 0-82. [in persian]
- Twohig, M. P., Vildardaga, J. C. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 196-202.
- Woody, S. R., Steketee, G., & Chambless, D. L. (1995). Reliability and validity of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *Behaviour research and therapy*, 33(5), 597-605.
- Zemestani, M., Hosseini, M., Petersen, J. M., & Twohig, M. P. (2022). A pilot randomized controlled trial of culturally-adapted, telehealth group acceptance and commitment therapy for Iranian adolescent females reporting symptoms of anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 145-152.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066.
- Richards, P., Simpson, S., Bastiampillai, T., Pietrabissa, G., & Castelnovo, G. (2018). The impact of technology on therapeutic alliance and engagement in psychotherapy: The therapist's perspective. *Clinical Psychologist*, 22(2), 171-181.
- Sakoman, A. J., Jendricko, T., Zegura, I., Skelin, M., & Brecic, P. (2021). Online psychotherapy in times of COVID-19: professional's experience. *European Psychiatry*, 64(S1), S344-S344.
- Steketee, G., Frost, R., & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: Interview versus self-report. *Behaviour research and therapy*, 34(8), 675-684.
- Stephen Dobson, K; Mohammad Khani, P; & Masah Cholabi, O. (2006). Psychometric coordinates of Beck-2 depression questionnaire in a large sample of patients with major depressive disorder. *Journal*