

«زن و مطالعات خانواده»

سال دوازدهم - شماره چهل و هفتم - بهار ۱۳۹۹

ص ص: ۷۱ - ۹۱

تاریخ دریافت: ۹۹/۲/۵

تاریخ پذیرش: ۹۹/۳/۱۱

اثربخشی درمان فراشناختی بر عدم تحمل ابهام دانش آموزان با علایم وسواس فکری-عملی

احد آهنگر^۱

فاطمه اسدی^۲

سکینه سلامت^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر عدم تحمل ابهام دانش آموزان با علایم وسواس فکری-عملی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان دختر مشغول تحصیل در مدارس دوره دوم متوسطه شهر خوی به تعداد ۴۵۵۸ نفر بود. از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با تشخیص اختلال وسواس-جبری با استفاده از اجرای پرسشنامه وسواس فکری عملی ییل براون (Y-BOCS) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادف در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت کنندگان دو گروه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه عدم تحمل ابهام (IUS) را تکمیل و در این اثناء آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش‌های مربوط به درمان فراشناختی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در نمره کل عدم تحمل ابهام و مولفه‌های آن شامل ناتوانی برای انجام عمل، استرس آمیز بودن بالاتکلیفی، منفی بودن رویدادها و ابهام در مورد آینده شده است ($p < 0.05$). با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان مطرح نمود که درمان فراشناختی بر عدم تحمل ابهام و مولفه‌های آن موثر است.

واژگان کلیدی: درمان فراشناختی، عدم تحمل ابهام، وسواس فکری-عملی

^۱ . استادیار، گروه روانشناسی، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران

^۲ کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شبستر، شبستر، ایران

^۳ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور، تبریز، ایران

مقدمه

اختلال وسواسی-جبری^۱ (OCD) در کودکان و نوجوانان، شرایط آسیب‌زایی است که با مجموعه‌ای از نشانه‌های تنش‌آور تکراری، تفکر ناخواسته و آزار دهنده (وسواس فکری) و تشریفات وقت‌گیر (وسواس عملی) همراه است (شاکه‌نیا، کجباف و گلکاری، ۱۳۹۶). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (DSM-5) اختلال وسواسی-جبری را اختلالی با افکار، امیال یا تصاویر ذهنی تکراری و دایمی که فرد آنها را ناخواسته و مزاحم می‌داند و در اکثر افراد اضطراب و استرس شدید به وجود می‌آورد، تعریف می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). شیوع سالانه اختلال وسواسی-اجباری در جمعیت بزرگسال بین ۱/۱ تا ۱/۸ درصد در سراسر فرهنگ‌ها تخمین زده می‌شود (جاکوبسون، نیومن و گلدفرید^۴، ۲۰۱۶). اما در کودکان و نوجوانان ۰/۸ درصد گزارش شده است (جایسوریا^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). مدل‌های مفهومی و نظری مختلفی به منظور تبیین عوامل سبب‌ساز و زمینه‌ساز اختلال وسواسی-جبری ارائه شده‌اند. یکی از حوزه‌هایی که در اختلال وسواس-جبری در طی سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است، مفهوم تحمل ابهام^۶ می‌باشد. پژوهشگران اشاره نمودند که عدم تحمل ابهام به عنوان سازه‌ای فراتشخیصی^۷ به طور برجسته‌ای (به صورت مفهومی و تجربی) با اختلالات اضطرابی همچون اختلال اضطراب منتشر^۸ (GAD) و اختلال وسواسی-جبری (OCD) مرتبط است (بوسول، تامپسون-هلندز، فارچوین و بارلو^۹، ۲۰۱۳). عدم تحمل ابهام خصیصه‌ای موقعیتی مبتنی بر مجموعه‌ای از باورهای منفی درباره‌ی بلاتکلیفی و معنای ضمنی آن است که به عنوان گرایش فرد به نشان دادن واکنش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری منفی به رویدادها و موقعیت‌های مبهم تعریف شده است که این واکنش‌های منفی مستقل از احتمال روی دادن واقعی آن موقعیت‌ها و پیامدهای مرتبط با آن است (باهر و داگاس^{۱۰}، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، عدم تحمل ابهام به طور گسترده به عنوان ترس موقعیتی از ناشناخته‌ها^{۱۱} مفهوم‌سازی شده است (کارلتون^{۱۲}، ۲۰۱۲).

^۱. obsessive compulsive disorder (OCD)

^۲. diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th Ed).

^۳. american psychiatric association

^۴. Jacobson, Newman & Goldfried

^۵. Jaisooriya

^۶. tolerance of uncertainty

^۷. transdiagnostic

^۸. generalized anxiety disorder (GAD)

^۹. Boswell, Thompson-Hollands, Farchione & Barlow

^{۱۰}. Buhr & Dugas

^{۱۱}. dispositional fear of the unknown

^{۱۲}. Carleton

دوگاس و همکاران (به نقل از کریگر، آلتشن، باتیق، دوریج و گروس هالتفورد^۱، ۲۰۱۳) بیان می کنند که عدم تحمل ابهام نقش اصلی را در ایجاد و تداوم نگرانی افراطی در اختلال وسواس فکری-عملی دارد. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی معتقد هستند که آنها نیاز دارند با قطعیت کامل بدانند که چیز بدی اتفاق نخواهد افتاد. بعضی دیگر هم معتقدند که آنها قادر به سازگاری با تغییرات غیرقابل پیش بینی نیستند و دوست دارند که گفته شود به طور یقین تغییرات بدی رخ نخواهد داد (بخشی پور رودسری، هاشمی نصرت آباد و نکونام، ۱۳۹۴). شواهد نشان می دهد که افراد وسواسی به عنوان مکانیسمی برای ابهام و محرک های بالقوه تهدید کننده و همچنین برای دستیابی به حس فرایند کنترل بر محرک های آزاردهنده به رفتارهایی می پردازند که ابهام را برمی انگیزد. ویتال، روبیشیود و وودی^۲ (۲۰۱۰) در این باره معتقدند که در افراد وسواسی، باورهایی وجود دارد که این باورها باعث ارزیابی غلط از افکار ناخواسته شده و فرد را دچار مشکل می سازد. این باورها عبارتند از: اهمیت بیش از حد قایل شدن به افکار، اشتغال ذهنی زیاد نسبت به کنترل افکار، بیش برآوردی از تهدید، عدم تحمل ابهام و کمال گرایی. براساس روش شناختی ویتال و همکاران (۲۰۱۰) افراد مبتلا به وسواس، فکر کمال گرایی بالایی دارند و تحمل ابهام و بلاتکلیفی برای آنان مشکل است. آنها سعی دارند با تغییر و یا کاهش میزان شدت این باورها و افکار، از شدت افکار وسواسی در افراد بکاهند. سلمانی و حسنی (۱۳۹۵) در مطالعه ای خاطر نشان ساختند که بیماران وسواسی نمرات بیشتری در عدم تحمل ابهام نسبت به گروه بهنجار کسب می کنند. جاکوبی، فبریسنت، لئونارد، ریمن و آبرامویچ^۳ (۲۰۱۳) اشاره نمودند که با استفاده از میانگین نمرات عدم تحمل ابهام می توان افراد مبتلا به اختلال وسواس را شناسایی کرد. بولن، ریجنیتز و کارلتون^۴ (۲۰۱۴) و ارین^۵ و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش های جداگانه ای نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی سطوح بالاتری از عدم تحمل ابهام را نسبت به گروه کنترل نشان می دهند. افرادی که نمی توانند بلاتکلیفی را تحمل کنند، موقعیت هایی مبهم را تنش برانگیز، منفی و فشارزا توصیف می کنند و سعی می کنند از این موقعیت ها اجتناب کنند و اگر در این موقعیت ها قرار بگیرند کارکردشان دچار مشکل می شود (نریمانی، علمردانی صومعه، میکائیلی و بشرپور، ۱۳۹۳).

با توجه به اهمیت عدم تحمل ابهام در کارکرد روزمره افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری، روش های درمانی مختلفی برای درمان آن شکل گرفته است. در این راستا، یکی از مدل های مهم در درمان طیف وسیعی از اختلالات هیجانی، درمان فراشناختی است (فیشر، مک نیکول، یانگ، اسمیت و

^۱. Krieger, Altenstien, Baettig, Doerig & Grosse Holtforth

^۲. Whittal, Robichaud & Woody

^۳. Jacoby, Fabricant, Leonard, Riemann & Abramowitz

^۴. Boelen, Reijntjes & Carleton

^۵. Erin

سالمون^۱، ۲۰۱۵). پژوهشگران اشاره کردند که فراشناخت نقش مهمی در شکل گیری و توسعه اختلالات اضطرابی همچون اختلال وسواس-جبری (OCD) ایفا می کند (صادقی، مخبر و اصغری پور، ۲۰۱۵). فراشناخت نخستین بار توسط فلاول^۲ مطرح گردید و به کاربرد شناخت درباره شناخت اشاره داشته است (هجمدال، هاگن، نوردال و ولز^۳، ۲۰۱۳). درمان فراشناختی نخستین بار توسط ولز و ماتیوس^۴ (به نقل از مومنی، رضایی و گرجی، ۱۳۹۲) به عنوان رویکرد توسعه یافته تری از درمان شناختی رفتاری^۵ (CBT) با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش اطلاعات، بر مبنای مدل کارکردهای اجرایی خودنظم بخش^۶ برای تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی گردید. درمان فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی های هیجانی گرفتار می شوند که فراشناخت های آنها در برابر پاسخ دهی به تجربه های درونی به الگویی منجر می شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می گردد (شاهری، مرادی بگلوئی، ساریچلو و علیپور، ۱۳۹۶). این الگو، نشانگان شناختی-توجهی^۷ (CAS) خوانده می شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری^۸، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله ای ناسازگارانه می باشد (مداحی، ۱۳۹۵). اگرچه فرد برای مقابله با ناهماهنگی ادراک شده و تنظیم هیجان های منفی از سندرم شناختی-توجهی استفاده می نماید اما در دراز مدت نتیجه معکوس دارد و منجر به تداوم اختلال هیجانی می شود. براساس این مدل، این سندرم توسط باورهای فراشناختی مثبت و منفی فعال و کنترل می شود و یکی از مولفه های اساسی درمان فراشناختی حذف یا به حداقل رساندن این سندرم می باشد (سلیمی، راه نجات، ربیعی، دباغی و دنیوی، ۱۳۹۳). درمان فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان های سنتی شناختی بر آن تمرکز دارد، تاکید نمی ورزد، و سعی می کند فراشناخت هایی را که به شیوه ناسازگارانه ای تفکرات منفی تکرارشونده را زیاد می کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می شوند، را تغییر دهد (مامی، شریفی و مهدوی، ۱۳۹۴). هدف اصلی درمان فراشناختی شامل توانا کردن بیماران به گونه ای است که با افکارشان به گونه ای متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نمایند (اندروز و وان^۹، ۲۰۱۱). به عبارت دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی

^۱. Fisher, McNicol, Young, Smith & Salmon

^۲. Flavell

^۳. Hjemdal, Hagen, Nordahl & Wells,

^۴. Matius

^۵. cognitive- behavioral therapy

^۶. self-regulatory executive function model

^۷. cognitive attentional syndrome

^۸. Rumination

^۹. Andrews & Wan

را به بیمار می دهد تا خودش را از مکانیزم هایی که موجب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف پذیر هیجانی طرح و برنامه ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب پی ریزی کند (ولز و سمبی^۱، ۲۰۱۴). در خصوص اثربخشی درمان فراشناختی بر عدم تحمل ابهام پژوهش های اندکی صورت گرفته است. با وجود این، برخی از پژوهش ها اشاره داشتند که درمان فراشناختی اثرات مثبتی بر کاهش عدم تحمل ابهام در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و بخصوص اختلال وسواس-جبری دارد. در این راستا، لشکری باویل علیائی (۱۳۹۴) در مطالعه ای خاطر نشان ساختند که درمان فراشناختی به طور قابل توجهی منجر به کاهش نگرانی، فرانگرانی و عدم تحمل بالاتر می گردد و این کاهش نیز در طول دوره پیگیری یک ماهه ماندگار بود. ماهونی و مک ایوی^۲ (۲۰۱۲) در پژوهشی اشاره داشتند که گروه درمانی رفتاری شناختی (وجود تکنیک های مرتبط با باورهای فراشناختی) منجر به کاهش عدم تحمل بالاتر می گردد. در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. اسلامی، بریمانی و دوست محمد (۱۳۹۶) در پژوهشی اشاره کردند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش عدم تحمل بالاتر می گردد. در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. هانکین^۳ (۲۰۰۹) در پژوهشی مطرح کردند که بکارگیری درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به طور قابل توجهی منجر به کاهش اضطراب و عدم تحمل بالاتر می گردد. در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می گردد.

اختلال وسواسی-جبری اختلالی با سیر نوسانی مزمن توصیف شده است و می تواند منجر به نقص هایی در زندگی تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی در بین دانش آموزانی که از جهات دیگر عملکرد خوبی دارند، گردد. عدم تحمل ابهام و ناتوانی در تصمیم گیری به عنوان شناخت هسته ای اختلال وسواسی-جبری در نظر گرفته شده است و برخی پژوهش ها بر عدم تحمل ابهام بالای این بیماران تاکید کرده اند (ارفعی، بشارت قراملکی، قلی زاده و حکمتی، ۱۳۹۰). لذا، با عنایت به نرخ بالای عدم تحمل ابهام در دانش آموزان با علایم وسواس فکری-عملی و همچنین، اهمیت تحمل ابهام در زندگی روزمره ضرورت بکارگیری درمان های موثر و جدید برای بهبود فرایندهای هیجانی در نمونه های دانش آموزی به علت قرارداد داشتن در دوره حساس رشدی احساس می گردد. همچنین، چنانکه مطرح شد پژوهش های مختلفی در زمینه اثربخشی آموزش درمان های روانشناختی بر فرایندهای شناختی و هیجانی دانش آموزان با علایم وسواس-جبری انجام شده است. ولی با این وجود تاکنون پژوهش های بی نهایت اندکی به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر عدم تحمل بالاتر می گردد. در دانش آموزان با علایم وسواس فکری-

^۱ . Sembi

^۲ . Mahoney & Mcevoy

^۳ . Hankin

عملی پرداخته اند. لذا این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان فراشناختی بر عدم تحمل ابهام دانش آموزان با علایم وسوس فکری-عملی موثر است؟

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان دختر مشغول تحصیل در مدارس دوره دوم متوسطه شهر خوی به تعداد ۴۵۵۸ نفر در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ بود. از جامعه آماری فوق، نمونه ای به حجم ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) با تشخیص اختلال وسواس-جبری با استفاده از اجرای پرسشنامه وسواس فکری عملی ییل براون (Y-BOCS) و انجام مصاحبه بالینی و تشخیصی براساس ملاک های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-V) توسط پژوهشگر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. نحوه انتخاب نمونه آماری نیز بدین صورت بود که ابتدا با مراجعه به مدارس دخترانه سطح دبیرستان شهر خوی و اجرای پرسشنامه وسواس فکری عملی ییل براون (Y-BOCS) در بین دانش آموزان، ۳۰ نفر براساس کسب نمره بالاتر از ۲۰ و با در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج انتخاب و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه تحت مصاحبه بالینی و تشخیصی مبتنی بر پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V) توسط پژوهشگر بمنظور تشخیص اختلال وسواسی-جبری قرار گرفته و پس از دریافت تشخیص به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس شرکت کنندگان در یک جلسه توجیهی شرکت و در این جلسه، اهداف پژوهش برای آنها تشریح و سعی گردید انگیزه و موافقت لازم آنان جهت شرکت در پژوهش جلب و در این جلسه فرم همکاری در پژوهش توسط دانش آموزان تکمیل و تصریح شد که شرکت کنندگان این حق و اختیار را دارند که در هر مرحله از پژوهش براساس میل و اختیار کامل به همکاری خود با پژوهشگر خاتمه دهند. همچنین پژوهشگر به مراجعان این اطمینان را داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه ها محرمانه بوده و در اختیار هیچ فرد و سازمانی قرار نمی گیرند و نتایج به صورت گروهی و بدون ذکر نام مراجعان تحلیل می شوند. در این پژوهش شرکت کنندگان دو گروه در مرحله پیش آزمون پرسشنامه عدم تحمل ابهام (IUS) را تکمیل و سپس آزمودنی های گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای ۲ جلسه تحت آموزش های مربوط به درمان فراشناختی توسط پژوهشگر در مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر خوی قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه پرسشنامه عدم تحمل ابهام (IUS) را در مرحله پس آزمون تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس در برنامه SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

ملاک های ورود

ملاک های تشخیصی اختلال وسواسی-جبری (OCD) براساس معیارهای تشخیصی پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، کسب نمره بالاتر از ۲۰ در پرسشنامه وسواس فکری عملی ییل براون (Y-BOCS)، دارا بودن سن ۱۵ تا ۱۸ سال، مقطع تحصیلی دوره دوم متوسطه (اول دبیرستان تا پیش دانشگاهی)، رضایت آگاهانه دانش آموز و موافقت کتبی پدر و مادر برای شرکت در پژوهش، وضعیت جسمی و روانی مطلوب برای شرکت در مطالعه.

ملاک های خروج

ابتلا به اختلالات همبود، دریافت درمان های دارویی و روانشناختی طی یک ماه گذشته یا همزمان با اجرای مطالعه، ابتلا به بیماری های شدید جسمانی یا روانی و وجود سابقه بیماری جسمانی و روانی، وجود نشانه های روانپریشی.

ابزار

مصاحبه بالینی و تشخیصی مبتنی بر پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V)

مصاحبه تشخیصی شامل معاینه روانی مراجعان به همراه والدین بود که توسط پژوهشگر در مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر خوی انجام شد. بررسی شامل گرفتن شرح حال، تاریخچه و بررسی علائم تشخیصی حال و گذشته است. گزارش اولیه از مصاحبه تشخیصی شامل چگونگی رشد و تحول دانش آموز و نحوه عملکرد وی در مدرسه، تاریخچه پزشکی (شامل جزئیاتی درباره داروهای مصرفی، خواب، ورزش و رژیم غذایی) و وضعیت خانوادگی (شامل بررسی شغل والدین، همشیره ها و بررسی وجود علائم روانپزشکی در کل خانواده) است. در این پژوهش آزمودنی هایی که در مقیاس وسواس فکری عملی ییل براون (Y-BOCS) نمره بالاتر از ۲۰ کسب نمایند، مورد مصاحبه بالینی و تشخیصی سازمان یافته بمنظور ارزیابی و تشخیص دقیق اختلال وسواسی-جبری (OCD) قرار می گیرد. آزمودنی هایی که واجد ملاک های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-V) برای اختلال وسواسی-جبری (OCD) بوده و معیار خروج نداشته باشند به عنوان نمونه نهایی پژوهش در نظر گرفته می شوند.

مقیاس وسواس فکری عملی ییل براون (Y-BOCS)

مقیاس وسواس فکری - عملی ییل براون^۱ (Y-BOCS) ابزاری معتبر و کارا در ارزیابی شدت اختلال وسواس فکری-عملی و بررسی اثربخشی درمان است که توسط گودمن^۱ و همکاران در سال

^۱. Yale - Brown obsessive compulsive scale

۱۹۸۹ تدوین شده است (نوروزی، پورشهریاری و لطفی، ۱۳۹۵). این مقیاس ۱۰ ماده ای از نوع خود گزارشی است که میزان آسیب یا پریشانی ناشی از وسواس های فکری و عملی و میزان مقاومت و کنترل بیمار نسبت به آنها را درجه بندی می کند. هر ماده از صفر (بدون علامت) تا ۴ (نشانه های مفرط) درجه بندی می شود و نمره کلی نشان دهنده شدت اختلال است که به صورت ۰-۷ (زیر آستانه ای)، ۸-۱۵ (ملایم)، ۱۶-۲۳ (متوسط)، ۲۴-۳۱ (شدید)، ۳۲-۴۰ (بسیار شدید) درجه بندی می شود (نوروزی و همکاران، ۱۳۹۵). نقطه برش ۱۶ به بالا نماینده وسواس بالینی می باشد (به نقل از میکائیلی بارزیلی، احدی و حسن آبادی، ۱۳۹۰). همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (نوروزی و همکاران، ۱۳۹۵). دادفر، ملکوتی، بوالهروی و مهرابی (به نقل از میکائیلی بارزیلی و همکاران، ۱۳۹۰) در پژوهشی پایایی بازآزمایی مقیاس را در فاصله زمانی دو هفته برابر با ۰/۸۴ و همچنین روایی همگرایی مقیاس را با پرسشنامه وسواسی-جبری مادزلی ۰/۷۸ گزارش کردند. میکائیلی بارزیلی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و برای مولفه های وسواس فکری ۰/۹۰ و وسواس عملی ۰/۸۹ گزارش نمود.

مقیاس عدم تحمل ابهام (IUS)

مقیاس عدم تحمل ابهام یا بالاتکلیفی^۲ توسط فریستون، ریوم، لتارت، دوگاس و لادسیور^۳ در سال ۱۹۹۴ برای سنجش میزان تحمل ابهام افراد در موقعیت های نامطمئن و حاکی از بالاتکلیفی تدوین شده و دارای ۲۷ ماده است (شرافتی و همکاران، ۱۳۹۶). این پرسشنامه، چهار خرده مقیاس دارد که به وسیله باهر و دوگاس در سال ۲۰۰۲ مشخص شده اند و عبارتند از: ناتوانی برای انجام عمل^۴ (۲۲، ۲۰، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۹، ۱ و ۲۵)، استرس آمیز بودن بالاتکلیفی^۵ (۲۴، ۲۶، ۱۷، ۷، ۶، ۵، ۳، ۴ و ۲)، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آنها^۶ (۸، ۱۹، ۱۱، ۱۰ و ۲۱) و ابهام در مورد آینده^۷ (۲۷، ۲۶، ۱۸ و ۱۶). گویه های این مقیاس در طیف لیکرت پنج درجه ای از یک (به هیچ وجه) تا پنج (بسیار زیاد) پاسخ داده می شوند و مجموع نمرات آن برای کل مقیاس در دامنه ای از ۲۷ تا ۱۳۵ و برای خرده مقیاس های ناتوانی برای انجام عمل ۹ تا ۴۵، استرس آمیز بودن بالاتکلیفی ۹ تا ۴۵، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آنها ۵ تا ۲۵ و ابهام در مورد آینده ۴ تا ۱۶ قرار دارد (شرافتی و همکاران، ۱۳۹۶).

^۱. Goodman

^۲. intolerance of uncertainty scale (IUS)

^۳. Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur

^۴. uncertainty leads to the inability to act

^۵. uncertainty is stressful and upsetting

^۶. unexpected events are negative and should be avoided

^۷. being uncertain about the future is unfair

باهر و دوگاس (به نقل از بخشی پور رودسری و همکاران، ۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی باز آزمایشی این مقیاس را بعد از پنج هفته به ترتیب برابر با ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش کرده اند. ضریب همبستگی آن با «سیاهه های نگرانی حالت» ($r=0/60$)، «سیاهه افسردگی بک» ($r=0/59$) و «سیاهه اضطراب بک» ($r=0/55$) بدست آمده است (به نقل از بخشی پور رودسری و همکاران، ۱۳۹۴). حمیدپور، اندوز و اکبری (به نقل از شرافتی و همکاران، ۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را برابر با ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی آن را برابر با ۰/۷۶ گزارش کرده اند.

پروتکل درمان فراشناختی

اساس روش درمان فراشناختی، پیاده سازی الگوی گام به گام درمان فراشناختی برای اختلالات اضطراب و افسردگی ولز (۱۳۹۵) است که مجموعاً در ۱۰ جلسه اجرا می شود. در این جلسات فنون فراشناختی از جمله هشیاری فراگیر بی طرفانه، مواجهه و جلوگیری از پاسخ، رویارویی و دادن پاسخ، به تعویق انداختن نگرانی و چالش های کلامی آموزش داده می شود (چینی فروشان، سهرابی، گلزاری و فرخی، ۱۳۹۶؛ شاره، غرایبی و عاطف وحید، ۱۳۸۹). لذا، این مداخله در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی برگزار شد. شرح مختصر جلسه های درمانی در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول (۱) کاربرندی درمان فراشناختی

(اقتباس از چینی فروشان و همکاران، ۱۳۹۶؛ شاره و همکاران، ۱۳۸۹)

جلسه	محتوای جلسات
اول	ارزیابی اولیه بیمار، فرمول بندی موردی، اجرای آزمایش فرونشانی افکار و تمرین هشیاری فراگیر بی طرفانه، تمرین توجه آگاهی انفصالی برای افکار خنثی، اجرای توجه آگاهی انفصالی برای افکار وسواسی. تکلیف: از مراجع خواسته شد هنگام مواجهه با افکار مزاحم، به عنوان تکلیف، از فن هشیاری فراگیر بی طرفانه استفاده کند، تمرین توجه آگاهی انفصالی برای افکار مزاحم.
دوم	مرور و پیگیری تکلیف منزل، تمرین بیشتر بر روی توجه آگاهی انفصالی، اجرای فن مواجهه و پاسخ دادن و به تعویق انداختن آیین مندی، استفاده از فنون ذهن آگاهی بی طرفانه، تکلیف: از بیمار خواسته می شود که هر شب ۱۵ تا ۳۰ دقیقه فعالانه به نگرانی ها و آیین مندیها فکر کند.
سوم	بررسی باورهای مرتبط با آمیختگی فکرواقعه (TEF)، آمیختگی فکر-عمل (TAF) و آمیختگی فکر-شیء (TOF)، آزمایش رفتاری باورها، آشنایی با تکنیک آموزش توجه (ATT). تمرین بیشتر بر روی توجه آگاهی انفصالی و فن مواجهه و پاسخ، چالش ورزی کلامی با باوری های مرتبط با TAF، TEF و TOF، اجرای آزمایش های رفتاری در جلسه بر روی باورهای مرتبط با TAF، TEF و TOF، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT). تکلیف: اجرای توجه آگاهی انفصالی بر روی افکار مزاحم، اجرای آزمایش رفتاری (برای به چالش کشیدن درستی باورها)، ارائه تکلیف مرتبط با تکنیک آموزش توجه.
چهارم	بررسی باور فراشناختی درباره لزوم استفاده از آیین مندی، چالش کلامی و اجرای آزمایش رفتاری درباره این فکر، توجه آگاهی انفصالی. مرور تکلیف منزل، شناسایی باورهای مرتبط با آیین مندیها، ادامه چالش ورزی کلامی با باورهای مرتبط با TAF، TEF و TOF، اجرای آزمایش رفتاری در جلسه بر روی باورهای مرتبط با TEF،

TAF و TOF. تکلیف: ادامه توجه آگاهی انفصالی، اجرای آزمایش رفتاری بر روی باورها.

پنجم	مدل مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای بررسی باور فراشناختی، آزمایش رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ، توجه آگاهی انفصالی درباره افکار وسواسی. مرور تکلیف منزل، ادامه چالش با باورهای فراشناختی درباره آیین مندی، اجرای مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای باور فراشناختی. تکلیف: اجرای آزمایش های رفتاری اختصاصی (برای مثال رویارویی و پیشگیری از پاسخ)، تمرین توجه آگاهی انفصالی درباره افکار وسواسی.
ششم	معرفی باورهای هم جوشی، چالش کلامی و اجرای آزمایش های رفتاری، مرور تکلیف منزل، بررسی باورهای مرتبط با همجوشی و آیین مندی ها، ادامه کار بر روی باورهای مرتبط با TEF، TAF و TOF (استفاده از آزمایش های رویارویی)، ادامه اصلاح باورهای مرتبط با آیین مندی ها، شناسایی و آغاز تغییر علائم توقف. تکلیف: متوقف کردن آیین مندی ها، تدوین اولیه ملاک های جایگزین به عنوان علائم توقف، افزایش رویارویی.
هفتم	بررسی بیشتر باورهای هم جوشی، چالش کلامی و آزمایش رفتاری باورهای هم جوشی، توقف آیین مندی ها، ادامه بررسی باورهای هم جوشی، چالش کلامی و اجرای آزمایش رفتاری برای تعدیل باورهای هم جوشی، ادامه تغییر علائم توقف و ملاک های جایگزین. تکلیف: تعدیل باورهای هم جوشی، کار بر روی متوقف کردن آیین مندی ها.
هشتم	بررسی تاثیر رفتارهای اجتنابی در زندگی بیمار و تاثیر آن در روند اختلال، بررسی آیین مندی های پنهان، کار بر روی باورهای باقیمانده مرتبط با همجوشی، کار بر روی متوقف کردن آیین مندی های پنهان و اجتناب های باقیمانده. تکلیف: تمرین مواجهه با افکار وسواسی و رویارویی با موقعیت های اجتنابی، توجه به رفتارهای ذهنی برای افزایش فراآگاهی درباره آیین مندی های پنهان.
نهم	معرفی نشخوار فکری و تاثیر آن بر روند درمان ادامه بررسی باورهای هم جوشی و باور فراشناختی درباره ملاک توقف. تکلیف: کار بر روی نشخوار فکری و باقیمانده هر نوع باور، اجتناب و آیین مندی ها، متوقف کردن آیین مندی ها، تکلیف متوقف کردن آیین مندی ها و اجتناب ها.
دهم	پیشگیری از عود: آشنایی با نوسان ها در روند بهبودی و احتمال بازگشت علائم و راههای مقابله با آنها، تحکیم برنامه پردازشی جدید برای کنار آمدن با وسواس ها در آینده، مرور تکنیک های موثر و منطبق استفاده از آنها، معرفی نحوه استفاده از جلسات تقویتی، نحوه برخورد با وسواس های فکری و عملی جدید. تکلیف: تصریح تداوم تکنیک های استفاده شده در جلسات قبلی، اجرای پس آزمون.

یافته ها

از نظر توزیع سنی، ۷۰ درصد از شرکت کنندگان در دامنه سنی ۱۵ تا ۱۶ سال، و ۳۰ درصد نیز در دامنه سنی ۱۷ تا ۱۸ سال قرار دارند. میانگین سنی برای گروه آزمایش (۱۶/۱۳) و برای گروه کنترل (۱۶/۲۰) و میانگین سنی کل شرکت کنندگان (۱۶/۱۷) بود، همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که گروه های شرکت کننده در پژوهش از نظر سنی ($F=۰/۸۴۶$ ، $p=۰/۱۹۷$) همتا بوده اند. همچنین، از لحاظ مقطع تحصیلی، ۲۳/۳ درصد از شرکت کنندگان در مقطع اول دبیرستان، ۴۶/۷ درصد دوم، ۲۰ درصد سوم، و ۱۰ درصد نیز در مقطع پیش دانشگاهی قرار داشتند. همچنین نتایج آزمون خی دو نشان داد که گروه های شرکت کننده در پژوهش از نظر مقطع تحصیلی ($F=۰/۷۶۲$ ، $p=۰/۸۵۹$) همتا بوده اند.

جدول (۲) آماره های توصیفی عدم تحمل ابهام و مولفه های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	مرحله	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	Z	معنی داری
عدم تحمل ابهام	آزمایش	پیش	۸۰	۹۲	۸۵/۵۳	۴/۰۸	۰/۱۵۷	-۱/۲۱۲	۰/۱۴۰	۰/۲۰۰
		پس	۶۳	۷۸	۷۰/۶۶	۴/۰۲	-۰/۰۲۹	-۰/۳۳۴	۰/۱۴۶	۰/۲۰۰
عدم تحمل ابهام	کنترل	پیش	۷۶	۹۳	۸۳/۵۳	۴/۲۴	۰/۶۱۵	۰/۹۲۶	۰/۱۶۵	۰/۲۰۰
		پس	۷۳	۸۷	۷۹/۵۳	۳/۷۰	-۰/۲۵۲	-۰/۰۶۵	۰/۱۴۶	۰/۲۰۰
ناتوانی برای انجام عمل	آزمایش	پیش	۲۵	۳۳	۲۸/۱۳	۲/۲۶	-۰/۸۳۳	-۰/۲۵۷	۰/۱۵۸	۰/۲۰۰
		پس	۲۰	۲۸	۲۴/۲۰	۲/۳۹	-۰/۰۵۲	-۰/۰۵۸۸	۰/۱۳۳	۰/۲۰۰
ناتوانی برای انجام عمل	کنترل	پیش	۲۴	۳۱	۲۷/۳۳	۱/۹۱	-۰/۲۲۴	-۰/۳۹۳	۰/۱۵۷	۰/۲۰۰
		پس	۲۵	۳۰	۲۶/۷۳	۱/۴۳	-۰/۸۷۲	-۰/۶۳۳	۰/۱۸۰	۰/۱۶۰
استرس آمیز بودن بلامتکلیفی	آزمایش	پیش	۲۷	۳۴	۳۱/۱۳	۱/۸۴	-۰/۳۸۱	-۰/۶۴۰	۰/۱۳۸	۰/۲۰۰
		پس	۲۲	۲۹	۲۶/۲۰	۲/۰۰	-۰/۸۰۵	-۰/۱۲۲	۰/۱۹۱	۰/۱۵۰
استرس آمیز بودن بلامتکلیفی	کنترل	پیش	۲۸	۳۴	۳۰/۸۶	۱/۹۵	-۰/۲۸۰	-۰/۸۹۱	۰/۲۰۴	۰/۰۹۳
		پس	۲۷	۳۳	۲۹/۷۳	۱/۹۸	-۰/۰۸۲	-۰/۱۹	۰/۱۵۴	۰/۲۰۰
منفی بودن رویدادها	آزمایش	پیش	۱۳	۱۸	۱۵/۸۰	۱/۲۶	-۰/۵۴۷	-۰/۶۴۶	۰/۱۲۹	۰/۲۰۰
		پس	۱۰	۱۴	۱۲/۴۶	۱/۱۲	-۰/۴۲۵	-۰/۲۶۱	۰/۲۰۶	۰/۰۸۷
منفی بودن رویدادها	کنترل	پیش	۱۳	۱۷	۱۵/۲۰	۱/۳۲	-۰/۴۲۱	-۰/۰۰۱	۰/۱۲۶	۰/۲۰۰
		پس	۱۲	۱۶	۱۴/۰۶	۱/۲۷	-۰/۱۴۱	-۰/۸۴۷	۰/۱۶۷	۰/۲۰۰
ابهام در	آزمایش	پیش	۸	۱۲	۱۰/۴۶	۱/۳۰	-۰/۳۶۴	-۰/۹۶۰	۰/۱۹۲	۰/۱۴۱

مورد آینده	آزمون	۵	۱۰	۷/۸۰	۱/۴۲	-۰/۴۵۲	-۰/۶۳۲	۰/۲۰۰	۰/۱۰۸
پس آزمون	۵	۱۰	۷/۸۰	۱/۴۲	-۰/۴۵۲	-۰/۶۳۲	۰/۲۰۰	۰/۱۰۸	
پیش آزمون	۸	۱۳	۱۰/۱۳	۱/۵۰	-۰/۳۲۱	-۰/۷۴۲	۰/۱۷۴	۰/۲۰۰	
کنترل پس آزمون	۶	۱۱	۹	۱/۴۱	-۰/۵۲۵	-۰/۰۳۳	۰/۱۶۷	۰/۲۰۰	

چنانکه در جدول (۲) مشاهده می شود شرکت کنندگان هر دو گروه در پیش آزمون عدم تحمل ابهام و مولفه های آن دارای سطح میانگین مشابهی هستند ولی در پس آزمون عدم تحمل ابهام و مولفه های آن شرکت کنندگان گروه آزمایش دارای سطح میانگین پایین تری نسبت به شرکت کنندگان گروه کنترل می باشند. همچنین، نتایج آزمون آزمون کالموگروف-اسمیرنف (Z) در جدول (۲) حاکی از این است که توزیع داده ها برای متغیرهای عدم تحمل ابهام و مولفه های آن برای هر دو گروه در مراحل پیش و پس آزمون نرمال است ($p > 0.05$).

جدول (۳) نتایج همگنی واریانس ها و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای عدم تحمل ابهام و مولفه های آن در دو گروه

متغیر وابسته	آزمون لون			آزمون M باکس برای مولفه های عدم تحمل ابهام
	F	df1	df2	
عدم تحمل ابهام (کل)	۲/۱۳۳	۱	۲۸	۰/۱۵۵
ناتوانی برای انجام عمل	۰/۱۸۵	۱	۲۸	۰/۶۷۰
استرس آمیز بودن بلا تکلیفی	۰/۹۴۰	۱	۲۸	۰/۳۴۱
منفی بودن رویدادها	۰/۲۲۳	۱	۲۸	۰/۶۴۰
ابهام در مورد آینده	۱/۳۹۳	۱	۲۸	۰/۲۴۸

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری برای عدم تحمل ابهام و مولفه های آن، پیش فرض همگنی واریانس با آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از برقراری این پیش فرض برای نمره کل عدم تحمل ابهام و مولفه های آن بود (جدول ۳). در ادامه، به منظور بررسی پیش فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس از آزمون M باکس استفاده شد که نتایج این آزمون به علت وجود هم خطی چندگانه بالا بین نمره کل عدم تحمل ابهام و مولفه های آن و عدم رعایت این پیش فرض محاسبه نشد. لذا با توجه به برقرار نبودن این پیش فرض برای انجام تحلیل کوواریانس چند متغیری برای نمره کل عدم تحمل ابهام و مولفه های آن و وجود خطر هم خطی

چندگانه از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمره کل عدم تحمل ابهام در دو گروه و از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت مولفه های عدم تحمل ابهام استفاده شد. همچنین، پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیونی و وجود رابطه خطی بین متغیر همپراش و متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج حاکی از برقراری این دو پیش فرض برای نمره کل عدم تحمل ابهام بود (جدول ۴).

جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای گروه های آزمایش و کنترل در عدم تحمل ابهام

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	ضریب اتا	توان آزمون
گروه*پیش آزمون	۹/۴۵۵	۱	۹/۴۵۵	۱/۹۵۹	۰/۱۷۳	۰/۰۷۰	۰/۳۷۱
پیش آزمون	۲۸۴/۱۳۵	۱	۲۸۴/۱۳۵	۵۶/۸۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۸	۱
گروه	۷۶۳/۵۱۰	۱	۷۶۳/۵۱۰	۱۵۲/۷۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۰	۱
خطا	۱۳۴/۹۳۲	۲۷	۴/۹۹۷				

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش، درمان فراشناختی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در نمره کل عدم تحمل ابهام ($F=۱۵۲/۷۷۹۱۱$)، به میزان ۸۵ درصد شده است. بدین معنا که ۸۵ درصد از تفاوت های فردی در متغیر عدم تحمل ابهام به خاطر تفاوت در عضویت گروهی (تاثیر مداخله) می باشد. لذا، درمان فراشناختی منجر به کاهش میانگین نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش در نمره کل عدم تحمل ابهام نسبت به گروه کنترل شده است. از این رو می توان مطرح کرد که درمان فراشناختی بر عدم تحمل ابهام دانش آموزان با علایم وسواس فکری-عملی موثر است. توان آماری ۱ نیز بیانگر کفایت حجم نمونه و دقت آماری قابل قبول برای این نتیجه گیری است.

در ادامه بمنظور استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مولفه های عدم تحمل ابهام، پیش فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس با آزمون M باکس بررسی شد که نتایج آن در جدول (۳)، حاکی از عدم معناداری این آزمون برای مولفه‌های عدم تحمل ابهام بود ($F=۱۸/۹۵۴$ ، $P=۰/۱۰۰$). لذا با توجه به برقرار بودن پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای انجام تحلیل کوواریانس چند متغیری و اطمینان از نبود خطر هم‌خطی چندگانه در متغیرهای وابسته از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت مولفه های عدم تحمل ابهام در دو گروه استفاده شد. همچنین، پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیونی و وجود رابطه خطی بین متغیر همپراش و متغیر

وابسته مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آن در جدول (۶) حاکی از برقراری این دو پیش فرض برای مولفه های عدم تحمل ابهام بود.

جدول (۵) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری
برای دو گروه در مولفه های عدم تحمل ابهام

نام آزمون	ارزش	F	معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
لامبدای ویلکز	۰/۸۶۴	۳۳/۳۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۴	۱
اثر پیلایی	۰/۱۳۶	۳۳/۳۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۴	۱
اثر هتلینگ	۶/۳۵۶	۳۳/۳۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۴	۱
بزرگترین ریشه روی	۶/۳۵۶	۳۳/۳۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۴	۱

با توجه به نتایج جدول (۵) با کنترل اثر پیش آزمون، سطح معناداری آزمون لاندای ویلکز، حاکی از این است که حداقل از نظر یکی از مولفه های عدم تحمل ابهام در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و نشانگر آن است که ۸۶ درصد از تفاوت مشاهده شده در میانگین مولفه های عدم تحمل ابهام مربوط به تاثیر درمان فراشناختی می باشد.

جدول (۶) نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی میانگین مولفه های عدم تحمل ابهام

مولفه ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
ناتوانی برای انجام عمل	گروه*پیش آزمون	۱/۳۷۳	۱	۱/۳۷۳	۱/۳۰۶	۰/۲۶۷	۰/۰۶۱	۰/۱۹۳
	پیش آزمون گروه	۶۲/۷۴۲	۱	۶۲/۷۴۲	۴۲/۱۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۷	۱
	خطا	۳۵/۷۵۳	۲۴	۱/۴۹۰	۴۳/۸۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۶	۱
استرس آمیز بودن بالاتکلیفی	گروه*پیش آزمون	۰/۹۸۶	۱	۰/۹۸۶	۱/۴۲۱	۰/۲۴۷	۰/۰۶۶	۰/۲۰۶
	پیش آزمون	۵۹/۴۴۸	۱	۵۹/۴۴۸	۶۸/۸۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۲	۱

گروه	۱۰۱/۸۶۷	۱	۱۰۱/۸۶۷	۱۱۸/۰۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۱	۱
خطا	۲۰/۷۱۲	۲۴	۰/۸۶۳				
گروه*پیش آزمون	۱/۵۵۹	۱	۱/۵۵۹	۱/۹۷۹	۰/۱۷۵	۰/۰۹۰	۰/۲۶۸
پیش آزمون	۶/۲۴۴	۱	۶/۲۴۴	۵/۵۷۹	۰/۰۲۷	۰/۱۸۹	۰/۶۲۱
گروه	۲۰/۰۲۵	۱	۲۰/۰۲۵	۱۷/۹۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۷	۰/۹۸۲
خطا	۲۶/۸۶۱	۲۴	۱/۱۱۹				
گروه*پیش آزمون	۲/۳۲۹	۱	۲/۳۲۹	۱/۸۴۴	۰/۱۹۰	۰/۰۸۴	۰/۲۵۳
پیش آزمون	۱۵/۲۱۶	۱	۱۵/۲۱۶	۱۳/۰۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۵۲	۰/۹۳۴
گروه	۱۵/۲۱۶	۱	۱۵/۲۱۶	۱۳/۰۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۵۲	۰/۹۳۴
خطا	۲۷/۹۷۸	۲۴	۱/۱۶۶				

منفی بودن
رویدادهاابهام در مورد
آینده

نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، درمان فراشناختی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در مولفه‌های ناتوانی برای انجام عمل ($F=۴۳/۸۶۹, \eta^2=۰/۶۴۶$)، استرس آمیز بودن بلاتکلیفی ($F=۱۱۸/۰۴۱, \eta^2=۰/۸۳۱$)، منفی بودن رویدادها ($F=۱۷/۹۰۰, \eta^2=۰/۴۲۷$) و ابهام در مورد آینده ($F=۱۳/۰۵۳, \eta^2=۰/۳۵۲$) شده است. میزان تاثیر برای مولفه ناتوانی برای انجام عمل ۶۴/۶ درصد، استرس آمیز بودن بلاتکلیفی ۸۳/۱ درصد، منفی بودن رویدادها ۴۲/۷ درصد و ابهام در مورد آینده ۳۵/۲ درصد بود. بدین معنا که بخشی از تفاوت‌های فردی در مولفه‌های عدم تحمل ابهام به خاطر تفاوت در عضویت گروهی (تاثیر مداخله) می‌باشد. لذا، درمان فراشناختی منجر به کاهش میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مولفه‌های عدم تحمل ابهام شامل ناتوانی برای انجام عمل، استرس آمیز بودن بلاتکلیفی، منفی بودن رویدادها و ابهام در مورد آینده نسبت به گروه کنترل شده است. از این رو می‌توان مطرح کرد که درمان فراشناختی بر مولفه‌های عدم تحمل ابهام دانش آموزان با علایم وسواس فکری-عملی موثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر عدم تحمل ابهام دانش آموزان با علایم وسواس فکری-عملی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در نمره کل عدم تحمل ابهام به میزان ۸۵ و در مولفه‌های ناتوانی برای انجام عمل به میزان ۶۴/۶ درصد، استرس آمیز بودن بلاتکلیفی ۸۳/۱ درصد، منفی بودن رویدادها ۴۲/۷ درصد و ابهام در مورد آینده ۳۵/۲ درصد شده است. لذا، درمان فراشناختی منجر به کاهش میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در نمره کل عدم تحمل ابهام و مولفه‌های عدم تحمل ابهام شامل ناتوانی برای

انجام عمل، استرس آمیز بودن بلاتکلیفی، منفی بودن رویدادها و ابهام در مورد آینده نسبت به گروه کنترل شده است. از این رو می توان مطرح کرد که درمان فراشناختی بر عدم تحمل ابهام دانش آموزان با علایم وسواس فکری-عملی موثر است. این یافته با یافته های کرامر، ابرایان و مک لیش^۱ (۲۰۱۶)، تیلس، آندور و ارینگ^۲ (۲۰۱۵)، اسلامی و همکاران (۱۳۹۶)، دی جانگ-میر^۳، بک و رید^۴ (۲۰۰۹)، کیم^۵، لی^۶ و لی (۲۰۱۶)، لشکری باویل علیائی (۱۳۹۴)، ماهونی و مک ایوی (۲۰۱۲)، حسینی غفاری، محمدخانی، پورشهباز، دولتشاهی و محمدی (۱۳۹۲) و مک ایوی و ماهونی (۲۰۱۳) همسویی دارد. در این راستا، مک ایوی و ماهونی (۲۰۱۳) در پژوهشی مطرح ساختند که باورهای فراشناختی منفی رابطه مثبتی با عدم تحمل ابهام دارند و افزایش در باورهای فراشناختی منفی منجر به افزایش عدم تحمل ابهام در نمونه های بالینی دارای اختلالات اضطرابی می شود. علی مهدی، احتشام زاده، نادری، افتخار سعادی و پاشا (۱۳۹۴) در مطالعه ای اشاره داشتند که بکارگیری درمان شناختی رفتاری همراه با تکنیک های ذهن آگاهی منجر به کاهش سطح عدم تحمل بلاتکلیفی در شرکت کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. کرامر و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه ای اشاره کردند که ذهن آگاهی به طور منفی قادر به پیش بینی عدم تحمل بلاتکلیفی بوده و افزایش در ذهن آگاهی به عنوان یکی از تکنیک های مهم در درمان فراشناختی منجر به کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی می گردد. قبادی (۱۳۹۶) در مطالعه ای اشاره نمود که آموزش گروهی درمان مبتنی بر نظریه عقلانی-هیجانی-رفتاری منجر به کاهش معنی دار عدم تحمل بلاتکلیفی در دانشجویان شده است. دی جانگ-میر و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه ای خاطر نشان ساختند که بین عدم تحمل بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی رابطه معنی داری وجود دارد. هانکین (۲۰۰۹) در پژوهشی اشاره داشتند که بکارگیری درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به طور قابل توجهی منجر به کاهش اضطراب و عدم تحمل بلاتکلیفی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می گردد. ماهونی و مک ایوی (۲۰۱۲) در پژوهش خاطر نشان ساختند که گروه درمانی رفتاری شناختی (وجود تکنیک های مرتبط با باورهای فراشناختی) منجر به کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. حسینی غفاری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی مطرح ساختند که گروه درمانی فراشناختی اثر معنی داری بر بهبود راهبردهای کنترل تفکر در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد.

^۱. Kraemer, O'Bryan & McLeish

^۲. Thielsch, Andor & Ehring

^۳. de Jong-Meyer

^۴. Riede

^۵. Kim

^۶. Lee

^۷. Choi

در تبیین این یافته می توان مطرح ساخت که درمان فراشناختی با روش های مختلفی در طول جلسات، تفکر مبتنی بر نگرانی و عدم تحمل ابهام را بهبود می بخشد و چرخه معیوب ابهام و اضطراب را در بیماران وسواسی درهم می شکند (ولز و کینگ^۱، ۲۰۰۶). درمان فراشناختی برخلاف درمان شناختی رفتاری به جای تکیه بر محتوای افکار، به فرایند پردازش اطلاعات می پردازد و معتقد است که توجه سوگیری شده و پردازش های معیوب شناختی و فراشناختی همراه با باورهای فراشناختی، علت ابتلا فرد به عدم تحمل ابهام است (قبادزاده، داودی و کاظم فخری، ۱۳۹۳). ولز و متیوس پیشنهاد کردند که آموزش راهبردهای فراشناختی مانند تمرین توجه و آموزش ذهن آگاهی، برای درمان سندرم شناختی توجهی که با آسیب پذیری به اختلالات هیجانی مرتبط است منجر به توجه برگردانی می شود که به خودی خود میزان افکار منفی و عدم تحمل ابهام را کاهش می دهد. این روش هم در درمان و هم در پیشگیری از عود اختلال مفید است (ولز، ۱۳۹۵). بنابراین، بهبود باورهای فراشناختی مثبت و منفی با استفاده از تکنیک های درمان فراشناختی به بیماران کمک می کند تا رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آنها را قادر می سازد تا فراشناخت هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات مرتبط با ابهام را فزونی می بخشند، تعدیل نمایند.

از سویی، درمانگر فراشناختی از طریق روش های هدایتی جایگزین به شکستن باور مربوط به کنترل ناپذیری و خطر ابهام می پردازد و فرد در عمل کنترل نگرانی و ابهام را به دست می گیرد. پژوهش ها نشان داده اند که سه بعد از فراشناخت با بد کار کردی روان شناختی مرتبط می باشد. این سه بعد شامل باورهای منفی درباره نگرانی معطوف به کنترل ناپذیری و خطر، باورهای مرتبط به نیاز به کنترل افکار و اطمینان شناختی است (اسپادا، نیکسویس، مونتا^۲ و ولز، ۲۰۰۸). درمان فراشناختی با بهره گیری از راهکارهای متفاوت به بهبود این باورها می انجامد. با توجه به اینکه درمان فراشناختی با افکار و باورها و آگاهی از افکار سرو کار دارد، با تسهیل تغییر افکار باعث می شود که افراد نیاز به کنترل افکار را احساس نکنند و به تدریج این نیاز کاهش می یابد. پژوهش ها نشان داده است که کنترل فکر به ندرت می تواند تلاش مؤثری برای قطع پردازش نگرانی باشد، زیرا فکر نکردن درباره موضوعات نگران کننده و سرکوب کردن فکر موجب افزایش فکر نگران کننده می شود. آگاهی بیماران از ناکارآمدی استفاده از چنین راهبردهایی برای کنترل افکار و آموزش شیوه های مقابله ای جایگزین در بهبود این باور مؤثر است (ولز و همکاران، ۲۰۱۰)، و می تواند منجر به کاهش عدم تحمل ابهام گردد.

استفاده از روش نمونه گیری هدفمند و نبود مرحله پیگیری برای بررسی تداوم اثرات درمانی از محدودیت های مطالعه بود. لذا، بنظور افزایش تعمیم پذیری یافته ها پیشنهاد می گردد در کنار استفاده از طرح های تمام آزمایشی، دوره های پیگیری بلند مدتی نیز بمنظور بررسی تداوم اثرات درمانی در نظر

^۱ . King

^۲ . Spada, Nikcevic & Moneta

گرفته شود. همچنین، آشنایی دانش آموزان با اصول درمان فراشناختی در قالب کارگاه های روانشناختی در سطح مدارس به عنوان رویکردی پیشگیرانه می تواند اثرات سودمندی در کاهش مشکلات دانش آموزان با علایم وسواس فکری-عملی در خصوص عدم تحمل ابهام داشته باشد.

Reference

Arfai, A., Besharat Qaramaleki, R., Gholizadeh, H & Hekmati, Isa. (1390).

Intolerance intolerance: Comparison of primary depressed patients with obsessive-

compulsive patients. *Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 33 (5): 22-17.

Ali Mehdi, M., Ehteshamzadeh, P., Naderi, F., Iftikhar S,Z & Pasha, R. (1394). The

effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the intolerance of uncertainty and

anxiety sensitivity in people with generalized anxiety disorder. *Journal of Thought*

and Behavior, 10 (38): 88-77.

Bakhshipour Rudsari, A., Hashemi Nusratabad, T & Nekounam, Mohammad Siddiq.

(1394). Comparison of ambiguity and perfectionism among patients with obsessive-

compulsive disorder and normal individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 7 (1):

50-41.

Chinese sellers, M., Sohrabi, F., Golzari, M & Farrokhi, Noor Ali. (1396).

Comparison of the effectiveness of group and individual metacognitive therapy on

the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Contemporary Psychology*, 11 (2):

35-23.

Ghobadzadeh, S., Davoodi & Kazem Fakhri, M. (1393). The effectiveness of group

metacognitive therapy on anxiety and fusion of women with generalized anxiety

disorder. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 24 (122): 338-333.

Ghobadi, Armaghan. (1396). The effect of group education based on rational-emotional-behavioral theory (rebt) on reducing anxiety, intolerance of uncertainty and negative orientation to the problem in students of Ferdowsi University. Master Thesis, Ferdowsi University of Mashhad.

Gal, d. Mardit., B & Walter, G. (1391). *Quantitative and qualitative research methods in educational sciences and psychology (Vol. I)*, translated by Ahmad Reza Nasr et al. Tehran: Samat Publications.

Hosseini G, Fatemeh., Mohammadkhani, P., Porschebaz, A., Dolatshahi, B & Mohammadi, F. (1392). The effectiveness of group metacognitive therapy on reducing anxiety and improving thinking control strategies in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of the School of Nursing and Midwifery*, 23 (80): 76-66.

Islami, A., Barimani, P & Dost Mohammad, S. (1396). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on anxiety and intolerance to the uncertainty of patients with hypertension. *Principles of Mental Health*, 19 (3): 289-281.

Lashkari, Babil & Aliaei, A. (1394). The effectiveness of metacognitive therapy (mct) on reducing cognitive impairment in people with symptoms of pervasive anxiety disorder (GAD). Master Thesis, University of Tabriz.

Mami, S., Sharifi, M & Mahdavi, A. (1394). The effectiveness of metacognitive therapy on reducing symptoms of transgression and fusion of thinking in patients with generalized anxiety disorder referring to a military hospital. *Journal of Nursing and Physician in War*, 7 (3): 25-18.

Madahi, M I. (1395). Determining the effect of metacognitive therapy and mindfulness-based cognitive therapy on couples' communication patterns through perceived stress, perceived social support, and emotional regulation in military personnel with coronary artery occlusion. *Journal of Military Psychology*, 7 (26): 101-91.

Momeni, M., Rezaei, F & Gorji, Yousef. (1392). The effectiveness of metacognitive counseling on the level of test anxiety of female students. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 14 (4): 105-99.

Mikaeli Barzili, N., Ahadi, B & Hassanabadi, H. (1390). Comparison of the effectiveness of Islamic therapy and cognitive-behavioral therapy in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Achievement*, 4 (2): 86-61.

Narimani, M., Alamardani Soomeh, S., Mikaeli, N & Basharpour, S. (1393).

Comparison of uncertainty intolerance, emotion regulation and marital satisfaction in people with obsessive-compulsive disorder and normal. *Journal of Clinical Psychology*, 6 (4): 32-21.

Nowruz, S., Pourshahriari, M S & Lotfi, M. (1395). The effectiveness of combining the two methods of cognitive-behavioral therapy and choice theory on practical obsessive-compulsive disorder. *Armaghan Danesh*, 21 (7): 706-694.

Salmani, B & Hassani, Jafar. (1395). The role of ambiguity and positive metacognitive beliefs in obsessive-compulsive disorder and major depression. *Razi Journal of Medical Sciences*, 23 (142): 72-65.

Salimi, S H., Rah-e Nejat, A., Rabiee, A., Dabbaghi, P., Donyaei, V. (1393).

Analytical review on post-traumatic stress disorder cognitive therapy: A systematic review review. *Journal of Nursing and Physicians in War*, 5 (25): 45-38.

Shara, H., Gharaei, B., Atef, H & Mohammad, K. (1389). Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy, fluoxetine therapy and combination therapy on improving metacognitive beliefs and mental distress of patients with obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Science News*, 12 (1): 16-1.

Shakehnia, F., Kajbaf, M B & Golkari, Tahereh. (1396). Comparison of coping strategies and the degree of attachment of infected and non-infected students to obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Mental Health*, 4 (2): 145-135.

Shahri, K., Moradi Begloui, M., Sarichello, M & Alipour, Mahmoud. (1396).

Investigating the effect of group metacognitive therapy on the anxiety of caregivers of patients with hospitalized schizophrenia disorder. *Journal of Psychiatry*, 5 (5): 41-34.

Sharafati, H., Taheri, E., Asmaei Majd, S & Amiri, M. (1396). The effectiveness of cognitive therapy based on Dougas model on intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive beliefs of concern in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 9 (2): 27-15.

Wells, Adrian. (1395). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*, translated by Shahram Mohammadkhani (fourth edition). Tehran, Beyond Knowledge Publications.

The effectiveness of metacognitive therapy on intolerance of ambiguity in students with obsessive compulsive symptoms

Ahad Ahangar
Fatima Asadi
sahinah Health

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of metacognitive therapy on intolerance of ambiguity in students with obsessive compulsive symptoms. The present study is a semi-experimental study with pretest-posttest and control group design. The statistical population of the present study ~~was~~ consisted of all female students (4558) studying at high secondary schools in Khoy city. From this population, a sample of 30 people with OCD diagnosis using yale-brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS) was selected by available sampling method and were replaced randomly in two the experimental group (15 people) and control (15 people). Participants of the two groups completed the pre-test and post-test stages of intolerance of uncertainty (IUS), and in the meantime, the subjects of the experimental group were placed under the ~~under the~~ training of metacognitive therapy during 10 sessions of 90 minutes. Data analysis was performed using Multivariate covariance. The findings of this study showed that metacognitive therapy resulted in a significant difference between the groups in the total intolerance of ambiguity score and its components Regarding the results, it can be argued that metacognitive therapy is effective on the intolerance of ambiguity and its components.

Keywords: metacognitive therapy, intolerance of ambiguity, students, obsessive compulsive symptoms