



The Effectiveness of Psychological Well-being Treatment on Clinical Syndrome and Positive and Negative Affections in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Afsaneh Gandaharizadeh ¹, Hamidreza Aghamohammadian Sharbaf ^{2,*},
Fariborz Bagheri ³

¹ PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

² Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

³ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Hamidreza Aghamohammadian Sharbaf, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. E-mail: aghamohammadian@um.ac.ir

Received: 11 Nov 2017

Accepted: 15 Jan 2018

Abstract

Introduction: Washing obsession, as the most common type of obsessive-compulsive disorder (OCD), represents one of the serious psychological health problems causing considerable anxiety and discomfort for an individual and imposing exorbitant social and economic costs on society every year. The current study aimed at investigating the effectiveness of psychological well-being treatment on clinical symptoms and the positive and negative affections in patients with OCD.

Methods: The current semi-experimental study, with pretest and posttest design and a control group, was conducted on 40 females with OCD referring to Khan-e-Mehr and Haram Motahhar clinics in Mashhad, Iran, in 2017, selected using the random sampling method. Finally, according to the inclusion criteria, 30 patients were randomly divided into 2 groups of intervention (n=15) and control (n=15). The intervention group received psychological well-being therapy for 12 sessions of 90-minute over a period of 3 months. During this period, no intervention was implemented for the control group. The Yale-Brown scale and positive and negative effect scale were used as the data collection tools in pretest, posttest, and follow-up periods. The data were analyzed using descriptive statistics and analysis of variance (ANOVA) using SPSS version 23.

Results: The findings suggested that psychological well-being therapy had a significant and positive effect on the clinical symptoms of OCD ($P < 0.001$), which persisted 2 months after the intervention. Data analysis indicated that psychological well-being therapy had a significant effect on positive and negative affections of patients with washing obsession ($P < 0.001$). Moreover, statistical analysis suggested the lasting effectiveness of this treatment during the follow-up.

Conclusions: The results of the study showed that psychological well-being therapy was effective in mitigating OCD, increasing positive affections, and decreasing negative affections in patients with washing obsession. The employed interventional method can be used as an effective method to treat patients with obsessive-compulsive in counseling centers.

Keywords: Well-being Therapy, Clinical Symptoms, Positive and Negative Affections, Washing Compulsions



اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی و عاطفه مثبت و منفی بیماران مبتلا به وسواس شستشو

افسانه قندهاری زاده^۱، حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف^{۲*}، فریبرز باقری^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: aghamohammadian@um.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۸/۲۰

چکیده

مقدمه: وسواس شستشو به عنوان شایع‌ترین تابلوی اختلال وسواسی اجباری یکی از مشکلات جدی سلامت روانشناختی بوده و علاوه بر اینکه اضطراب یا آشفتگی قابل ملاحظه‌ای در فرد ایجاد می‌کند سالیانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی و عاطفه مثبت و منفی بیماران وسواس شستشو بود.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. از میان کلیه زنان مبتلا به وسواس مراجعه کننده به کلینیک‌های خانه مهر و حرم مطهر در سال ۱۳۹۶ در شهر مشهد ۴۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. و در نهایت با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی به دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم بندی شدند. گروه مداخله طی ۱۲ جلسه درمان گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۲ ماه تحت درمان بهزیستی روانشناختی ریف قرار گرفتند. در این مدت برای گروه گواه هیچ گونه مداخله درمانی انجام نگرفت. پرسشنامه ییل براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹) و پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) به عنوان ابزار ارزشیابی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مطالعه پیگیری دو ماهه مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر و نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی در مؤلفه وسواس فکری و وسواس عملی اثر مثبت معناداری داشته ($P < 0/001$) که در پیگیری دو ماهه پس از مداخله نیز پایدار باقی مانده است. تحلیل داده‌ها نشان دهنده آن بود که درمان بهزیستی روانشناختی بر عاطفه مثبت و منفی بیماران وسواس شستشو تأثیر معنی داری داشته ($P < 0/001$) و همچنین تحلیل‌های آماری بیانگر تداوم اثربخشی این درمان تا مرحله پیگیری بود.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که درمان بهزیستی روانشناختی در کاهش وسواس فکری و عملی و نیز افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در بیماران وسواس شستشو مؤثر است و از این روش مداخله‌ای می‌توان به عنوان یک شیوه کارآمد در درمان افراد وسواس در مراکز مشاوره استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درمان بهزیستی روانشناختی، نشانگان بالینی، عاطفه مثبت و منفی، وسواس شستشو

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده، اعمال وسواسی می‌باشد که بیمار به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی‌سازی افکار وسواسی انجام می‌دهد (۲). این اختلال

اختلال وسواسی جبری (OCD) یک بیماری عصبی روانشناختی است که اغلب در دوران کودکی ایجاد شده و در بلند مدت منجر به مشکلات قابل ملاحظه در زندگی فرد می‌شود (۱). مشخصه اصلی این اختلال

همچون خشم، غم و نفرت به صورت منفی و معکوس و عواطف و هیجانات مثبت همچون خوش بینی به صورت مثبت و مستقیم، سلامت روانی و ذهنی را پیش بینی می کنند (۱۴).

با توجه به آنچه گفته شد علائم اصلی در بیماران وسواس فکری عملی و ویژگی های جانبی از جمله ترس از ارزیابی و عواطف منفی از جمله عواملی هستند که در این بیماران باعث می شوند که فرد به شدت تحت تأثیر اختلال منفل شده و واکنش های شدیدی را از خود نشان دهد. درگیری های شدید این بیماران به علت فشار بیماری و مشکلات عدیده همراهان آن ها از جمله خانواده باعث می گردد تا این افراد بخش زیادی از مراجعان به مراکز مشاوره را به خود اختصاص دهند (۱۵). با توجه به شیوع بالای این اختلال و نیاز جامعه برای مداخله و چالش درمانگران با این بیماران در مراکز مشاوره، مطالعات و پژوهش ها را به این سمت هدایت کرده است که همواره به دنبال بررسی روش های درمانی باشند که بتواند به عنوان پیشنهاد به روان درمانگران ارائه نمود (۱۶). بررسی ها نشان می دهد جهت درمان وسواس و اختلالات همراه آن، رویکردها و درمان های مختلفی ارائه شده است. یک رویکرد جدید در زمینه درمان، رویکرد بهزیستی درمانی می باشد (۱۷، ۱۸). یک راهبرد درمانی نوین و نشأت گرفته از درمان شناختی- رفتاری (۱۹) برای افزایش بهزیستی روانشناختی و درمان اختلالات عاطفی (خلقی و اضطرابی) (۲۰) درمان بهزیستی است که در تحقیقات مختلفی چه به صورت تنهایی (۲۱) و چه به همراه رفتاردرمانی شناختی به کار رفته است (۲۲). درمان بهزیستی بر مدل چندبعدی ریف (۱۹۸۸) از بهزیستی روانشناختی استوار می باشد. مشخص شده است که مدل ریف از بهزیستی روانشناختی می تواند آسیب های ویژه بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی را تبیین نماید. هدف درمان بهزیستی، تغییر عقاید و نگرش های تخریب کننده بهزیستی روانشناختی، تحریک کردن خودآگاهی بیمار از رشد فردی، بهبود اختلالات عاطفی و تقویت رفتارهایی است که موجب افزایش بهزیستی روانشناختی می شوند (۱۷). تکنیک اصلی مورد استفاده در این درمان، خویشتن نگری با استفاده از دفترچه یادداشت روزانه و تعامل مثبت و سازنده میان درمانگر و بیمار است (۲۳). تکنیک هایی که در درمان برای بهبود بهزیستی روانشناختی استفاده می شود، شامل بازسازی شناختی (اصلاح افکار خودآیند و غیرمنطقی)، فعالیت های زمان بندی شده (فعالیت های لذت بخش و نمره گذاری شده)، آموزش جرأت ورزی و حل مسئله است. درمان بهزیستی ساخت دار، هدفمند، مشکل مدار و بر اساس الگوی آموزشی است. در یک جمع بندی از مباحث گفته شده می توان گفت از میان اختلالات وسواسی، وسواس شستشو شیوع بالایی داشته و دارای علائمی است که این افراد را به شدت دچار مشکل می کند. همچنین هیجانات و عاطفه منفی بیمار می تواند روند درمان را در این بیماران تحت تأثیر قرار دهد. از این روی پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی و عاطفه مثبت و منفی بیماران وسواس شستشو انجام گرفت. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر، بررسی منابع اطلاعاتی در دسترس نشان داد که تاکنون پژوهش منشر شده در زمینه اثر بخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر روی بیماران وسواس وجود ندارد، لذا پژوهش حاضر به عنوان یک نوآوری و ابتکار در استفاده از این مداخله درمانی بر روی بیماران وسواس شستشو بشمار می رود.

که در DSM-5 طبقه جداگانه ای را به خود اختصاص داده، دربرگیرنده افکار مهارنشده و پایدار لبریز شده است که فرد را مجبور به تکرار مجدد اعمال مشخصی می کند که سبب درماندگی و اختلال در کارکرد روزانه بیمار می شود (۳). وسواس های فکری و عملی وقت گیر بوده و به طور بارز در عملکرد روزمره و شغلی، فعالیت های اجتماعی معمول یا روابط تداخل ایجاد می کند. بیمار مبتلا به OCD ممکن است دچار وسواس فکری، وسواس عملی یا شکل توأم آن ها باشد (۴). شیوع اختلال وسواسی جبری در طول عمر در جمعیت کلی ۲ تا ۳ درصد تخمین زده شده است و در بررسی های اخیر شیوع بالینی آن ۱/۸۹ و در جمعیت غیربالینی ۲/۷۷ درصد گزارش شده است (۵). در میان اختلالات وسواسی اختلال وسواس شستشو، شایع ترین تابلوی بالینی اختلال وسواسی اجباری است (۶). وسواس شستشو احساسی آزاردهنده مبنی بر این است که آلودگی ها علی رغم بارها شستشو هنوز از بین نرفته اند. بسیاری از مبتلایان به این بیماری بر این باورند که هرگونه تماس اتفاقی یا قرارگیری در معرض آلودگی ها منجر به آلودگی کامل و آسیب جدی می گردد. بیماری که به موجب این طرز تفکر دائماً نگران حفظ خود از آلودگی هاست، به نظافت و شستشوی افراطی روی می آورد، اما باز هم به سختی احساس تمیزی می نماید (۷). از میان وسواس های فکری وسواس آلودگی شایع ترین وسواس فکری است و رفتار جبری شستشو و پاکیزه سازی بعد از واری کردن در درجه دوم وسواس های عملی قرار دارد (۸). علائم بالینی در وسواس شستشو به گونه ای است که مشکلات عدیده ای را برای فرد ایجاد نموده و به طور کلی بیمار با اعمال شدید وسواسی خود آسیب رسان در پی کاهش اضطراب خود می باشد (۹). بنابراین مشکل یاد شده باعث ارجاع اکثر این افراد به مراکز درمانی جهت مداخلات بهنگام برای کاهش این علائم است. علاوه بر علائم بالینی اصلی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی نشانه های جانبی دیگری نیز وجود دارد که می تواند روند درمان در این افراد را تحت تأثیر قرار داده و همچنین باعث تشدید نشانه های دیگر در آنها شود. از جنبه های بسیاری مهمی که باعث می شود افراد مبتلا به وسواس فکری عملی پاسخدهی شان به درمان کند شده و واکنش های منفی را به درمان های مواجهه سازی و روش های رفتاری بدهند، درگیری عاطفه آن ها به محرک های اضطراب انگیز و وسواس گونه است (۱۰). عواطف نقش مهمی در مشخص شدن تأثیر سیستم مغزی رفتاری ترس (جنگ/گریز/بهدت) بر نشانه های وسواسی جبری دارند، به ویژه اینکه عواطف منفی تأثیر مهمی در تفکیک اثر ترس و اضطراب بر نشانه های وسواسی جبری دارند (۱۱). بنابراین عواطف مثبت و منفی از دیگر مؤلفه های روانی هستند که سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می دهند. عواطف مثبت نشان دهنده میزان شور و اشتیاق به زندگی و احساس فاعلیت و هوشیاری افراد هستند. در مقابل، عواطف منفی، یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می دهد و حالات ناخوشایندی مانند خشم، نفرت، بیزاری، گناه، ترس و عصبانیت را شامل می شود (۱۲). بررسی های گوناگون نشان داده اند که عواطف مثبت با ابعاد مختلف سلامت جسمی و روانی، رابطه مثبت و معنی داری داشته و نقشی مهم در پیشگیری از بروز اختلالات جسمی و روانی دارد و عواطف منفی ارتباط مثبتی با اختلالات روانی داشته و در ایجاد و تداوم ناپهنجاری های روانی مؤثر هستند (۱۳). در همین راستا Kortte در مطالعه ای نشان داد که عواطف و هیجانات منفی

روش کار

علامت می‌زنند. در این مقیاس دامنه نمرات بین ۰-۴۰ متغیر است و کسب نمره ۱۶ یا بالاتر نشان‌دهنده ابتلا به وسواس است (۲۴). این مقیاس به فارسی نیز ترجمه شده و اعتبار روایی آن نیز توسط امانی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به اثبات رسیده است (۲۵). در این تحقیق ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۷۳ محاسبه گردید که حاکی از قابل قبول بودن پایایی ابزار تحقیق در جامعه مورد مطالعه می‌باشد. سیاهه عاطفه مثبت و منفی (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) (۲۶)، این پرسشنامه ۲۰ گویه دارد و برای سنجش دو بعد خلقی مثبت و منفی طراحی شده است. گویه‌ها روی مقیاس ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شوند. این ابزار به صورت خودسنجی تکمیل می‌شود و با تغییر دستورالعمل آن می‌توان بعد حالتی یا صفتی عاطفه را سنجید. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس عاطفه مثبت و منفی، به ترتیب ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و ۰/۸۷ تا ۰/۸۴ و ضریب پایایی بازآزمون در بازه‌های زمانی طی هشت هفته، برای عاطفه مثبت و منفی به ترتیب ۰/۶۸ تا ۰/۴۷ و ۰/۷۱ تا ۰/۳۹ گزارش شده است (۲۶). در ایران پایایی مقیاس عاطفه مثبت و منفی از طریق روش آلفای کرونباخ محاسبه شدند. ضریب آلفای کرونباخ برای سیاهه عاطفه مثبت منفی به ترتیب عبارت بودند از ۰/۸۰ و ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی برای خرده مقیاس‌ها ۰/۸۲ و ۰/۸۰ محاسبه شد (۲۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس منفی ۰/۸۲ محاسبه گردید که حاکی از قابل قبول بودن پایایی ابزار تحقیق در جامعه مورد مطالعه می‌باشد. در این پژوهش، گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۳ ماه باروش مدل درمانی بهزیستی روانشناختی (ردیف، ۱۹۸۸) تحت درمان قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار استفاده از خدمات رایگان بلافاصله بعد از انجام پژوهش قرار گرفتند. تمامی جلسات ساختارمند بود به نحوی که هر جلسه دارای هدف و محتوی و نیز تکالیف خانگی بود که خلاصه آن در جدول ۱ گزارش شده است.

داده‌های بدست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و به کمک برنامه SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که در بخش توصیفی به ارائه میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس باندازه گیری‌های مکرر استفاده گردید.

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مطالعه پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به وسواس شستشو مراجعه‌کننده به کلینیک‌های حرم مطهر و کلینیک خانه مهر در شهر مشهد که از ابتدای سال ۱۳۹۶ تا انتهای خرداد سال ۹۶ به این دو کلینیک مراجعه کرده بودند که ۱۵۰ نفر برآورد شدند. با توجه به مقادیر واریانس و میانگین متغیرهای اصلی تحقیق در مطالعات قبلی و با در نظر گرفتن ریزش ۲۰ درصدی، ۴۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند که پس از ارزیابی تست ییل براون و مصاحبه تشخیصی روانشناس بالینی جهت تأیید وسواس شستشو با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود تعداد ۳۶ نفر برای مطالعه انتخاب شدند و از این تعداد به طور تصادفی ۱۸ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۸ نفر به عنوان گروه کنترل در پژوهش شرکت داده شدند و در طول جلسات درمانی تعداد ۳ نفر با توجه به ملاک‌های خروج از پژوهش حذف شدند و به ۱۵ نفر تقلیل یافت و با توجه به این تعداد، تعداد گروه کنترل با گروه مداخله همسان شد و به ۱۵ نفر کاهش یافت. شرط ورود به مطالعه: دارا بودن اختلال وسواس شستشو، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، داشتن تحصیلات حداقل راهنمایی، داشتن سن بین ۲۱-۵۰ سال بود، در ضمن عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی (به جز مسکن)، و نیز غیبت بیش از دوجلسه از ملاک‌های خروج این پژوهش می‌باشند به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس شدت وسواس فکری عملی ییل براون و سیاهه عاطفه مثبت و منفی استفاده شد.

مقیاس شدت وسواس فکری-عملی ییل-براون (YBOCS) (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹) (۲۴)، این مقیاس ۱۰ ماه دارد که پنج ماده آن متمرکز بر وسواس‌های فکری و ۵ ماده متمرکز بر وسواس‌های عملی است. روش نمره‌گذاری در این پرسشنامه به این صورت است که اعدادی را که در کنار پاسخ‌های سؤالات یک تا ده نوشته شده‌اند و برای پاسخ دادن به سؤالات یکی از آنها را علامت زده شده با هم جمع می‌گردد. اگر پاسخ آزمودنی به پرسش ۱ «هیچ» باشد، برای پرسش‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ پاسخ هیچ را باید علامت زده و به سؤال ۶ مراجعه می‌شود. اگر پاسخ آزمودنی به این پرسش "هیچ" باشد برای پرسش‌های ۷، ۸، ۹، ۱۰ نیز پاسخ هیچ را

جدول ۱: درمان بهزیستی روانشناختی براساس مدل نظری ریف ۱۹۸۹

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف خانگی
جلسات آغازین ۱-۲	- آماده کردن گروه - برقراری رابطه معرفی منطق درمان	- خوش آمد گویی - معرفی هریک از اعضای گروه - تعریف بهزیستی روانشناختی و جایگاه آن در موقعیت‌های زندگی - بیان منطق درمان	از درمانجویان خواسته می‌شود که حوادث روزانه زندگی‌شان را در یک دفتر به طور منظم یادداشت نموده و هر حادثه، اتفاق یا مشکل را براساس بهزیستی روانشناختی که برای خود در آن موقعیت متصور هستند از صفر تا صد نمره‌گذاری کنند
جلسات میانی ۲-۶	- مشخص کردن موانع موجود در راه بهزیستی روانشناختی	- بیرون کشیدن عقاید غیرمنطقی با هدف خویشتن‌نگری درمانجویان	مشخص کردن افکار و باورهای خود کار که سبب انقطاع زود هنگام بهزیستی روانشناختی می‌شود
جلسات پایانی ۶-۱۲	معرفی ابعاد شش‌گانه مدل بهزیستی روانشناختی	بحث درباره حوزه‌های بهزیستی روانشناختی و تغییر شش بعد آسیب‌دیده بهزیستی روانشناختی	آموزش مراجع در جهت تغییر از سطح آسیب دیده و رسیدن به سطح بهینه در ابعاد تسلط بر محیط، رشد فردی، زندگی هدفمند، خودمختاری، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و ثبت روزانه تغییرات

جدول ۲: یافته‌های مربوط به مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

متغیر		درصد فراوانی		
وضعیت تأهل	مجرد	متأهل	مطلقه	مقدار فی
کنترل	۱۳٪	۸۰٪	۷٪	۰/۱۱۲
آزمایش	۷٪	۸۶٪	۷٪	۰/۸۳۰
سن		آمار توصیفی		
سن	میانگین	حداقل امتیاز	حداکثر امتیاز	انحراف معیار
کنترل	۳۱/۴	۲۱	۵۰	۸/۱
آزمایش	۳۱/۷	۲۱	۴۵	۷/۷
وضعیت تحصیلات		درصد فراوانی		
وضعیت تحصیلات	زیر دیپلم	دیپلم	لیسانس	بالاتر از لیسانس
کنترل	۲۰٪	۶۰٪	۱۳٪	۷٪
آزمایش	۲۷٪	۵۳٪	۱۳٪	۷٪

جدول ۳: یافته‌های مربوط به آزمون‌های کروییت موشی و لون برای متغیرهای وسواس فکری، عملی و عواطف مثبت و منفی

متغیر		آزمون کروییت موشی		آزمون لون	
وسواس فکری	مقدار ضریب موشی	مقدار آماره کای دو	P-Value	مقدار آماره F	P-Value
پیش آزمون	۰/۷۳	۸/۴۵	۰/۰۱۵	۰/۱۰	۰/۷۵۱
پس آزمون				۳/۷۵	۰/۰۶۳
پیگیری				۲/۳۹	۰/۱۳۴
وسواس عملی	۰/۴۹	۱۹/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۰۷	۰/۷۹۵
پیش آزمون				۲/۸۰	۰/۱۰۵
پس آزمون				۰/۹۵	۰/۳۳۹
پیگیری					
عاطفه مثبت	۰/۱۹	۴۴/۳۰	۰/۰۰۰	۱/۵۴	۰/۲۲۵
پیش آزمون				۱/۰۶	۰/۳۱۳
پس آزمون				۱/۰۸	۰/۳۰۸
پیگیری					
عاطفه منفی	۰/۴۷	۲۰/۶۵	۰/۰۰۰	۱/۸۸	۰/۱۸۱
پیش آزمون				۲/۶۵	۰/۱۱۵
پس آزمون				۲/۸۲	۰/۱۰۴
پیگیری					

یافته‌ها

در این مطالعه، اطلاعات مربوط به ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به وسواس شستشو که در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داشتند مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داده شده است.

تعداد آزمودنی‌های متأهل (۸۰/۰ درصد) بیشتر از تعداد آزمودنی‌های مجرد (۱۳/۲ درصد) و مطلقه (۶/۸ درصد) بوده و میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۱/۴۰ سال و در دامنه ۲۱ سال تا ۵۰ سال متغیر می‌باشد. در گروه کنترل نیز میانگین سن (۳۱/۶۶ سال) بود و از ۲۱

سال تا ۴۵ سال متغیر می‌باشد. همچنین تعداد آزمودنی‌های دارای تحصیلات دیپلم (۵۵/۶ درصد) بیشتر از سایر تحصیلات بوده کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات لیسانس به بالا (۶/۷ درصد) می‌باشد. بر اساس یافته‌های حاصل از آزمون تی دو نمونه‌ای مستقل برای سن (P-Value = ۰/۹۲۷) و آزمون کاپا جداول توافقی برای میزان تحصیلات (P-Value = ۰/۷۷۸) و وضعیت تأهل (P-Value = ۰/۸۳۰) تفاوت معنی‌داری (در سطح خطای ۰/۰۱) وجود نداشت. در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی بدست آمده از آزمون وسواس فکری و

سنجش آن از آزمون لون استفاده گردید. نتایج بررسی برابری واریانس‌های خطا که در **جدول ۳** گزارش شده است، نشان داد که مقادیر احتمال در آزمون‌های لون برای متغیرهای مورد بررسی بیشتر از ۰/۰۱ می‌باشد، لذا در سطح معنی داری ۰/۰۱ پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا در گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است. به عبارتی واریانس‌های خطای متغیرهای وسواس فکری و عملی و عواطف مثبت و منفی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اختلاف معنی‌داری ندارند. لذا پیش فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر برقرار بوده و می‌توان از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر برای تحلیل نمرات وسواس فکری و عملی و نمرات عواطف مثبت و منفی آزمودنی‌ها استفاده نمود. **نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیر نشانگان بالینی در جدول ۵ و ۶ و نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیر عواطف مثبت و منفی در جدول ۷ و ۸ ارائه شده است.** همان‌طور که نتایج مندرج در **جدول ۴** نشان می‌دهد وسواس فکری و عملی در مراحل پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش که مداخله درمان بهزیستی روانشناختی دریافت نموده‌اند، کاهش یافته است مولفه‌ی عاطفه مثبت در گروه آزمایش پس از دریافت مداخله افزایش و عاطفه منفی کاهش یافته است. معنی‌داری این کاهش و افزایش‌ها در جداول ذیل مورد آزمون و تحلیل قرار گرفته است. نتایج آزمون مندرج در **جدول ۵** نشان می‌دهد که مقدار معنی‌داری در تمامی آزمون‌ها برابر ۰/۰۰۰ از خطای ۵ درصد کمتر است. با توجه به آزمون چندمتغیره لاندای ویلکز که معرفیت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد، درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی با اندازه اثر ۵۲ درصد که طبق طبقه‌بندی کوهن، اندازه اثر متوسطی می‌باشد، اثربخش است. لازم به ذکر است که بنابر طبقه‌بندی کوهن، (۱۹۸۸) اندازه اثر بین ۰ تا ۰/۲ اندازه اثر ناچیز، اندازه اثر بین ۰/۲ تا ۰/۵ اندازه اثر کوچک، اندازه اثر بین ۰/۵ تا ۰/۸ اندازه اثر متوسط (مناسب) و اندازه اثر بالای ۰/۸ اندازه اثر زیاد تلقی می‌شود (۲۸).

عملی و عاطفه مثبت و منفی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است. همان‌طور که از داده‌های **جدول ۳** نیز ملاحظه می‌شود میانگین وسواس فکری و وسواس عملی در پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش یافته است. همچنین در مرحله پیگیری این کاهش حفظ شده است. این در حالی است که در گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری نمرات تقریباً ثابت است. نتایج توصیفی حاصل از عاطفه مثبت نیز نشان‌دهنده آن بود که در پس آزمون گروه آزمایش نمرات افزایش یافته و در مرحله پیگیری این افزایش حفظ شده است. این در حالی است که در گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری نمرات عاطفه مثبت تقریباً ثابت است. اما این یافته‌ها در سطح توصیفی است و برای بررسی معنی‌داری تفاوت‌های ملاحظه شده نیاز به تحلیل‌های استنباطی می‌باشد. با استفاده از آزمون کرویت موشلی کروی بودن شکل ماتریس واریانس-کواریانس متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت. آزمون کرویت موشلی این فرض صفر را به آزمون می‌گذارد که ماتریس کواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته نرمال شده، یک ماتریس همبندی است. با توجه به **جدول ۳**، مقادیر احتمال به‌دست آمده در آزمون فرضیه کرویت موشلی برای چهار متغیر وابسته وسواس عملی و فکری و عواطف مثبت و منفی از سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۵ کمتر می‌باشد. لذا فرضیه کرویت (همگنی ماتریس واریانس-کواریانس) با مقادیر کرویت موشلی گزارش شده در این جدول در سطح خطای ۰/۰۵ رد می‌شود. لذا از آزمون‌های جایگزین گرین هاوز-گیزر یا هین فلدت برای بررسی فرضیه تأثیرگذاری درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی و عواطف مثبت و منفی بیماران وسواس شستشو استفاده می‌شود. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر برابری واریانس‌های خطا می‌باشد که برای

جدول ۴: یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای وسواس فکری، عملی و عواطف مثبت و منفی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	وسواس فکری		وسواس عملی		عاطفه مثبت		عاطفه منفی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش								
پیش آزمون	۱۲/۸	۳/۹۷	۱۳/۹	۴/۰۳	۲۵/۴	۶/۱۳	۳۸/۳	۷/۴۵
پس آزمون	۸/۵	۲/۸۵	۱۰/۷	۲/۸۹	۲۹/۳	۶/۹۷	۳۴/۴	۶/۸۸
پیگیری	۸/۹	۲/۹۷	۱۱/۲	۲/۹۳	۲۹/۱	۶/۹۸	۳۴/۷	۶/۸۳
کنترل								
پیش آزمون	۱۴/۳	۳/۶۴	۱۳/۰	۴/۰۹	۲۸/۹	۸/۶۴	۳۳/۶	۹/۹۱
پس آزمون	۱۴/۵	۳/۷۶	۱۳/۳	۴/۰۳	۲۸/۹	۸/۴۹	۳۳/۵	۹/۶۶
پیگیری	۱۵/۱	۳/۵۰	۱۴/۱	۴/۱۵	۲۸/۲	۸/۴۰	۳۳/۷	۹/۵۹

جدول ۵: نتایج آزمون‌های چندمتغیره تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر به منظور بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی

نام آزمون	مقدار	مقدار آماره F	درجه آزادی df	P-Value	اندازه اثر Eta squared
آزمون اثر پیلای	۰/۷۷	۱۷/۶۲	۴	۰/۰۰۰	۰/۳۹
آزمون لاندای ویلکز	۰/۲۳	۳۰/۱۷	۴	۰/۰۰۰	۰/۵۲
آزمون اثر هتلینگ	۳/۴۰	۴۵/۸۶	۴	۰/۰۰۰	۰/۶۳
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۴۰	۹۵/۱۲	۲	۰/۰۰۰	۰/۷۷

جدول ۶: نتایج آزمون گرین هاوس-گیزر به منظور بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر وسواس فکری و عملی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مربعات	درجه آزادی df	مقدار آماره F	P-Value	اندازه اثر Eta squared
وسواس فکری* گروه	۶۶/۱۶	۴۱/۹۶	۱/۵۸	۳۱/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۵۳
خطا	۵۸/۲۲	۱/۳۲	۴۴/۱۴			
وسواس عملی* گروه	۱۰۶/۰۷	۸۰/۱۹	۱/۳۲	۶۰/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۶۸
خطا	۲۰/۴۹	۱/۳۳	۳۷/۰۴			

جدول ۷: نتایج آزمون‌های چندمتغیره تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر به منظور بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر عواطف مثبت و منفی

نام آزمون	مقدار	مقدار آماره F	درجه آزادی df	P-Value	اندازه اثر Eta squared
آزمون اثر پیلای	۰/۶۵	۱۳/۴۶	۴	۰/۰۰۰	۰/۳۲
آزمون لاندای ویلکز	۰/۳۵	۱۸/۶۸	۴	۰/۰۰۰	۰/۴۰
آزمون اثر هنتلینگ	۱/۸۱	۲۴/۴۳	۴	۰/۰۰۰	۰/۴۸
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۸۰	۵۰/۵۱	۲	۰/۰۰۰	۰/۶۴

جدول ۸: نتایج آزمون یک متغیره تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر به منظور بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر عواطف مثبت و منفی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مربعات	درجه آزادی df	مقدار آماره F	P-Value	اندازه اثر Eta squared
عاطفه مثبت* گروه	۸۶/۴۹	۷۸/۱۱	۱/۱۱	۲۵/۱۳	۰/۰۰۰	۰/۴۷
خطا	۹۶/۳۶	۳/۱۱	۳۱/۰۱			
عاطفه منفی* گروه	۶۸/۴۷	۵۲/۵۳	۱/۳۰	۲۰/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۴۲
خطا	۹۳/۱۱	۲/۵۵	۳۶/۴۹			

کماکان باقی مانده بود. با توجه به اینکه در بحث حاضر، بررسی منابع اطلاعاتی در دسترس نشان می‌دهد که تاکنون پژوهش منتشر شده مشابه‌ای در زمینه اثربخشی درمان بهزیستی روان شناختی بر کاهش نشانگان بالینی وجود ندارد به همین جهت نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مربوط به متغیرهای مشابه مقایسه و در نهایت تبیین می‌گردد. این تحقیق هم‌سو با پژوهش‌هایی معینی زاده و کومار (۲۰۱۰) بود. آنان در تحقیقی اثربخشی درمان بهزیستی روان شناختی و درمان رفتاری را بر روی بیماران مبتلا به افسردگی مقایسه کردند و نتایج نشان داد که درمان بهزیستی روان شناختی هم در کاهش افسردگی و هم افزایش بهزیستی روان شناختی موثرتر از درمان شناختی-رفتاری بوده است (۲۹). در تبیین اثربخشی درمان بهزیستی روان شناختی بر نشانگان بالینی می‌توان گفت که، افزایش شادکامی و بهزیستی مراجعین در این درمان سبب وسیع‌تر شدن پتانسیل بالقوه فکر عمل آدمی و بهبود عملکرد شخص می‌شود. این درمان با ایجاد احساسات و هیجانات مثبت در مراجعین نتایج درمانی همچون کارایی بهتر در محیط کار، خانواده، بهبود روابط بین فردی و حتی سلامت روانی می‌شود و تغییرات در روابط بین فردی منجر به بازخورد مثبت از اطرافیان می‌گردد و این همه به نوبه خود بر روی احساس ارزشمندی و باور به این که مراجع احساس کند می‌تواند تغییر کند.

از سوی دیگر در تبیین اینکه چگونه این درمان منجر به کاهش وسواس فکری و عملی شد درمان بهزیستی روانشناختی نقش میانجی بر کاهش وسواس دارد توضیح آنکه، شدت و قدرت افکار وسواسی در بیماران وسواسی به حدی قوی هست که بیمار را برآشفته می‌کند به نحوی که برای کاهش فشار افکار ناچار به انجام رفتارها و آیین‌های وسواس می‌شود و برای اینکه بتواند در برابر شدت این افکار دوام بیاورد نیاز به توانایی

همچنین نتایج آزمون گرین هاوس-گیزر که برای سنجش اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر وسواس فکری و عملی به‌طور جداگانه انجام شده است، نشان می‌دهد که تأثیر درمان بهزیستی روانشناختی بر وسواس عملی (اندازه اثر ۶۸ درصد) بیش از وسواس فکری (۵۳ درصد) می‌باشد. در ادامه به بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر عواطف مثبت و منفی بیماران وسواس شستشو پرداخته می‌شود. نتایج آزمون گزارش شده در جدول ۷ نشان می‌دهد که مقدار معنی‌داری در تمامی آزمون‌ها برابر ۰/۰۰۰ از خطای ۰/۰۵ کمتر است. با توجه به اندازه اثر آزمون چندمتغیره لاندای ویلکز، درمان بهزیستی روانشناختی بر عواطف مثبت و منفی با اندازه اثر ۴۰ درصد که طبق طبقه‌بندی کوهن، اندازه اثر کوچکی می‌باشد، اثربخش است.

همچنین نتایج دو آزمون تحلیل واریانس تک متغیره با اندازه‌های مکرر فوق نشان می‌دهند که مقدار معنی‌دار متناظر با تأثیر درمان بهزیستی روانشناختی بر عاطفه مثبت و منفی برابر ۰/۰۰۰ می‌باشند که از خطای ۰/۰۵ کمتر هستند. لذا درمان بهزیستی روانشناختی بر عاطفه مثبت با اندازه اثر ۴۷ درصد و بر عاطفه منفی با اندازه اثر ۴۲ درصد تأثیرگذار می‌باشد.

بحث

در این مطالعه نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که در بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نمرات نشانگان بالینی (وسواس فکری و عملی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد و می‌توان گفت که درمان بهزیستی روان شناختی باعث کاهش وسواس فکری و عملی شده است. همچنین نتایج پیگیری به عمل آمده نیز نشان‌دهنده این بود که اثرات درمان به کار گرفته شده بعد از مداخله و پیگیری ۲ ماهه نتایج درمان

و تلاش می‌کنند تا آن را کاهش دهند. حال آن که طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی انسان چیزی فراتر از فقدان نشانه‌های منفی و بیماری‌زا می‌باشد (۳۲). از طرفی احساسات مثبت مثل شادکامی و احساسات منفی (مانند استرس، همچون دو وجه متعادل) عمود بر هم هستند. به این معنا که افراد می‌توانند هر دوی آنها را همزمان با هم تجربه کنند. طبق مصاحبه‌های بالینی به عمل آمده بیماران وسواسی که در این پژوهش شرکت داشته‌اند قبل از درمان هر کدام حداقل ۵ و حداکثر ۲۰ سال بود که وسواس داشته‌اند و گروهی از آنها برای اولین بار برای درمان مراجعه کرده بودند و گروهی هم درمان‌های متعددی را تجربه کرده بودند و با شکست درمان مواجه شده بودند و به عبارتی مقاوم به درمان بودند و از آنجایی که از شرایط ورود به درمان، عدم مصرف دارو و استفاده از سایر درمانها به طور همزمان بود. با این حال موفقیت روش درمانی در چنین شرایطی حائز اهمیت است و در نهایت با مصاحبه‌های به عمل آمده و نیز گزارشات مراجعین، این درمان نه تنها منجر به کاهش وسواس شده بود بلکه در هدفمندی و آشتی با زندگی و رضایت از زندگی و ارتباط بهتر با اطرافیان و به طور کلی بهزیستی روان‌شناختی نیز تأثیر مطلوبی گذاشته بود. با توجه به اینکه در بحث حاضر، بررسی منابع اطلاعاتی در دسترس نشان می‌دهد که تاکنون پژوهش منتشرشده مشابهی در زمینه اثربخشی درمان بهزیستی روان‌شناختی بر کاهش نشانگان بالینی وجود ندارد. لذا پژوهش حاضر به عنوان یک نوآوری و ابتکار در استفاده این مداخله درمانی بر روی بیماران وسواس شستشو به شمار می‌رود. بدون شک هر پژوهشی هر چند کامل، دارای کاستی‌ها و محدودیت‌هایی می‌باشد و پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی به این شرح می‌باشد: این پژوهش با هدف به‌کارگیری از روش‌های تلفیقی جهت تکمیل نقائص درمان‌های شناختی-رفتاری صورت گرفت ولی از آنجایی که در تحقیقات مداخله‌ای نوعاً، به دلیل نداشتن امکانات نمی‌توان حجمی که معرف جامعه مبتلایان است مورد مطالعه قرار داد لذا تعمیم آن به سایر مبتلایان با احتیاط خواهد بود. نمونه در این پژوهش فقط شامل افراد مؤنث بود که تعمیم نتایج آن به سایرین با احتیاط خواهد بود. در خصوص بیماران وسواس شستشو، به نظر می‌رسد که برای مراجعین بسیار مهم است که درمانگر خود رویکرد مذهبی داشته باشد تا به درمانگر اعتماد کنند و این به نوبه‌ی خود می‌تواند محدودیتی را در اثر بخشی درمان ایجاد کند.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که درمان بهزیستی روان‌شناختی در کاهش وسواس فکری و عملی و نیز افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در بیماران وسواس شستشو مؤثر است و از این روش مداخله‌ای می‌توان به عنوان یک شیوه کارآمد در درمان افراد وسواس در مراکز مشاوره استفاده کرد. در این پژوهش میانگین سابقه ابتلای بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل بیش از ۷ سال بود. بنابراین می‌توان گفت که طولانی شدن ابتلا به بیماری با سرزنش دیگران و تحقیر فرد، کاهش عاطفه مثبت و افزایش عاطفه منفی همراه باشد لذا در این شیوه درمانی وقتی که با افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی رو به رو می‌شویم خود دلیلی بر موفقیت

مقابله با این فشار را دارد. افزایش بهزیستی روان‌شناختی باعث افزایش توانمندی افراد در مقابله با برخورد با مشکلات روانی می‌شود و بدین صورت راهبردهای مبتنی بر بهزیستی می‌تواند به عنوان عامل میانجی بر کاهش مؤثر باشد. براساس نظریه فولکمن و لازاروس (۱۹۸۴) فردی که بهزیستی بالاتری دارد در مقابله با مشکلات از مهارت‌های شناختی برای حل مشکلات استفاده می‌کند (۳۰). همچنین بهزیستی روان‌شناختی از طریق افزایش اعتماد به نفس، منجر به کاهش اضطراب و استرس شده و این مساله احتمالاً توانسته است بر کاهش افکار و رفتارهای وسواسی اثر بگذارد. در واقع پایین بودن سطح تنش روانی باعث می‌گردد که فرد در سایه آرامش روانی بهتر بتواند از مهارت‌های شناختی برای مقابله با مشکل استفاده کند. در بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روان‌شناختی بر عاطفه مثبت و منفی بیماران وسواس شستشو نیز نتایج بدست آمده نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نمرات عاطفه مثبت و منفی نیز تفاوت معنادار وجود دارد. در واقع پس از حذف اثر پیش‌آزمون در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری، بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری به وجود آمده است. همچنین اثرات مداخله به کار گرفته شده در گروه آزمایشی بعد از مداخله و پیگیری ۲ ماهه نیز مانده بود. به عبارت دیگر در گروه آزمایش درمان توانسته است از مرحله پس‌آزمون تا مرحله پیگیری اثر خود را حفظ نماید. بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت درمان بهزیستی روان‌شناختی نسبت به گروه کنترل، باعث کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت گردیده است. یافته‌های پژوهش هم‌سو با پژوهش‌هایی تومبا و همکاران، فاوا و همکاران، روئینی و همکاران بود (۱۷). ۱۹، ۳۰. تومبا و همکاران (۲۰۱۰) به بررسی تأثیر درمان بهزیستی و مدیریت اضطراب به شیوه شناختی-رفتاری بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان پرداختند. نتایج این مطالعه حاکی از اثربخشی بیشتر درمان بهزیستی بر میزان بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان نسبت به مدیریت اضطراب بود (۳۱). فاوا و همکاران (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان بهزیستی روان‌شناختی برای اختلال اضطرابی فراگیر، درمان بهزیستی روان‌شناختی را روی بیماران مبتلا به GAD با کار بردند. این بیماران به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. گروه اول هشت جلسه درمان شناختی-رفتاری و گروه دوم چهار جلسه درمان شناختی-رفتاری و متعاقب آن چهار جلسه درمان بهزیستی روان‌شناختی دریافت کردند. هر دو درمان سبب کاهش نشانه‌های اضطرابی بیماران و افزایش بهزیستی روان‌شناختی آنان گردید، اما گروه دوم کاهش بیشتری در نشانه‌های بیماری‌زای خود داشته‌اند (۹). این یافته‌ها نیز هم‌سو با یافته‌های روئینی و همکاران (۲۰۰۶) بود. آنان در مطالعه‌ای به مقایسه‌ی اثربخشی درمان بهزیستی و درمان شناختی رفتاری بر دانش‌آموزان پرداختند. نتایج آنان آشکار ساخت که این دو درمان، در افزایش بهزیستی و کاهش نشانه‌های پریشانی دانش‌آموزان مؤثر بوده است (۱۷).

به طور کلی نتایج این گروه از پژوهش‌ها حاکی از مؤثر بودن این نوع از درمان بر کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت است. در تبیین سازوکار این نتیجه می‌توان گفت درمان بهزیستی با توجه به منطق و بنیان اولیه خود، با افزایش بهزیستی روان‌شناختی مراجعین و توجه به احساسات مثبت و سازنده آنان، در پی کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی است. در واقع محققان تحت تأثیر فرهنگ غالب مردم، تنها به بررسی جنبه‌های منفی بیماران پرداخته

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه دکتری نویسنده اول مقاله می‌باشد که در دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران انجام گردیده است. بدین وسیله از کلیه افراد شرکت کننده در پژوهش و مسئولان گرامی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری می‌گردد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

درمان است. از آنجایی که وسواس شستشو، بیماری ناتوان کننده‌ای برای فرد وسواس است و اطرافیان را نیز درگیر می‌کند؛ به نوعی به جامعه هم با مصرف بیش از حد آب در این شرایط بحرانی ضرر می‌رساند. لذا پیشنهاد می‌گردد که دولت با قرار دادن امکانات بهتر و تشکیل انجمن حمایت از بیماران وسواس این قشر آسیب‌دیده را در جهت درمان مورد حمایت قرار دهد. همچنین از آنجایی که سوژه وسواس وابسته به فرهنگ است و اکثر افراد وسواس در ایران، سوژه‌ی وسواس‌شان نجس و پاکی است لذا پیشنهاد می‌گردد که محققین به دنبال ساخت پروتکل درمانی با رویکرد اسلامی به منظور اثربخشی بیشتر درمان باشند. با توجه به موثر بودن این مداخله، پیشنهاد می‌گردد که از این رویکرد درمانی برای سایر اختلالات نیز استفاده گردد.

References

- Rapp AM, Bergman RL, Piacentini J, McGuire JF. Evidence-Based Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Cent Nerv Syst Dis*. 2016;8:13-29. DOI: 10.4137/JCNSD.S38359 PMID: 27594793
- Liu-Thwaites N, Thomasson R. Obsessive compulsive disorder (OCD). *Psychiatry: Breaking the ICE Introductions, Common Tasks, Emergencies for Trainees*. 2015:353.
- Fineberg NA, Apergis-Schoute AM, Vaghi MM, Banca P, Gillan CM, Voon V, et al. Mapping Compulsivity in the DSM-5 Obsessive Compulsive and Related Disorders: Cognitive Domains, Neural Circuitry, and Treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2018;21(1):42-58. DOI: 10.1093/ijnp/pyx088 PMID: 29036632
- Kaplan BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. *Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. *Tijdschrift Psychiatr*. 2016;58(1):78-9.
- Politis S, Magklara K, Petrikis P, Michalis G, Simos G, Skapinakis P. Epidemiology and comorbidity of obsessive-compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2017;21(3):188-94. DOI: 10.1080/13651501.2017.1324038 PMID: 28504027
- De Silva P, Rachman S. *Obsessive-compulsive disorder: The facts*. USA: Oxford University Press; 2004.
- Abramowitz JS, Jacoby RJ. Obsessive-compulsive and related disorders: a critical review of the new diagnostic class. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:165-86. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713 PMID: 25581239
- Jenike MA. Clinical practice. Obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med*. 2004;350(3):259-65. DOI: 10.1056/NEJMcp031002 PMID: 14724305
- Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2002;71(5):255-62. DOI: 10.1159/000064812 PMID: 12207105
- Moore KA, Howell J. Yes: The Symptoms of OCD and Depression Are Discrete and Not Exclusively Negative Affectivity. *Front Psychol*. 2017;8:753. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00753 PMID: 28553250
- Khanjani Z, Mohammadi F, Hashemi T, Bakhshipour A, Bairami M. [The effect of brain-behavioural systems and affects on dimensional obsessive-compulsive signs]. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2014;18(2):80-91.
- Spindler H, Denollet J, Kruse C, Pedersen SS. Positive affect and negative affect correlate differently with distress and health-related quality of life in patients with cardiac conditions: validation of the Danish Global Mood Scale. *J Psychosom Res*. 2009;67(1):57-65. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2008.11.003 PMID: 19539819
- Yosefi J. The Relationship between Emotional Regulation and Positive and Negative Emotions with Psychological Well-being of Students. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2015;3(1):66-74.
- Kortte KB, Gilbert M, Gorman P, Wegener ST. Positive psychological variables in the prediction of life satisfaction after spinal cord injury. *Rehabil Psychol*. 2010;55(1):40-7. DOI: 10.1037/a0018624 PMID: 20175633
- Lebowitz ER, Panza KE, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. *Expert Rev Neurother*. 2016;16(1):45-53. DOI: 10.1586/14737175.2016.1126181 PMID: 26613396
- Abrantes AM, Brown RA, Strong DR, McLaughlin N, Garnaat SL, Mancebo M, et al. A pilot randomized controlled trial of aerobic exercise as an adjunct to OCD treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;49:51-5. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2017.06.010 PMID: 29122148
- Ruini C, Belaise C, Brombin C, Caffo E, Fava GA. Well-being therapy in school settings: a pilot study.

- Psychother Psychosom. 2006;75(6):331-6. DOI: [10.1159/000095438](https://doi.org/10.1159/000095438) PMID: [17053333](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17053333/)
18. Goedendorp MM, Kuiper D, Reijneveld SA, Sanderman R, Steverink N. Sustaining program effectiveness after implementation: The case of the self-management of well-being group intervention for older adults. *Patient Educ Couns*. 2017;100(6):1177-84. DOI: [10.1016/j.pec.2017.01.006](https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.01.006) PMID: [28089311](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28089311/)
 19. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom*. 2005;74(1):26-30. DOI: [10.1159/000082023](https://doi.org/10.1159/000082023) PMID: [15627853](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15627853/)
 20. Fava GA, Ruini C. Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2003;34(1):45-63. PMID: [12763392](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12763392/)
 21. Fava GA, Cosci F, Guidi J, Tomba E. Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depress Anxiety*. 2017;34(9):801-8. DOI: [10.1002/da.22629](https://doi.org/10.1002/da.22629) PMID: [28419611](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28419611/)
 22. Fava GA, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *J Pers*. 2009;77(6):1903-34. DOI: [10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x) PMID: [19807860](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19807860/)
 23. Seligman ME. *Positive psychology in practice*: John Wiley & Sons; 2012.
 24. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1006-11. PMID: [2684084](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2684084/)
 25. Amani M, A A, B A, Narimani M. The effectiveness of inferential treatment on the reduction of obsessive-compulsive and practical symptoms. *Clin Psychol Res Consult* 2013;5(12):55-68.
 26. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*. 1988;54(6):1063-70. PMID: [3397865](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3397865/)
 27. Sarrafpour R, Valid Allah F, Khosravi A. Validation of positive and negative affective test and its relationship with psychological well-being and self-efficacy among students of Central Azad University. Tehran: Islamic Azad university; 2011.
 28. Cohen J. The earth is round ($p < 0.5$) *Am Psychol*. 1994;49:997-1003.
 29. Moeenizadeh M, Zarif H. The efficacy of well-being therapy for depression in infertile women. *Int J Fertil Steril*. 2017;10(4):363.
 30. Lazarus R, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
 31. Tomba E, Belaise C, Ottolini F, Ruini C, Bravi A, Albieri E, et al. Differential effects of well-being promoting and anxiety-management strategies in a non-clinical school setting. *J Anxiety Disord*. 2010;24(3):326-33. DOI: [10.1016/j.janxdis.2010.01.005](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.005) PMID: [20181456](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20181456/)
 32. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol*. 2002;82(6):1007-22. PMID: [12051575](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12051575/)