

اثربخشی خانواده-درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری

♦ زهرا خندقی خامنه^۱

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده-درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود روابط والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری صورت پذیرفته است. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری همه نوجوانان و والدین نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (کنترل و آزمایش) قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۸ جلسه تحت درمان خانواده-محور به شیوه شناختی-رفتاری (CBFT) منطبق بر مدل فریمن و گارسیا (۲۰۰۹) قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پیش و پس از مداخله، برای سنجش رابطه والد-فرزندی از پرسشنامه ارزیابی رابطه والد-فرزند (PCRS) (فاین و همکاران، ۱۹۸۳) استفاده شد. برنامه پیگیری ۶ ماهه براساس گزارشات خانواده-درمانگر و ارزیابی مستقل از شرایط اختلال صورت گرفت. داده‌های پژوهش از طریق آزمونهای تحلیل کوواریانس تک متغیری و چندمتغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که خانواده-درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر بهبود اختلال و ارتباط میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مؤثر است ($p < 0/05$). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که خانواده-درمانی به شیوه شناختی-رفتاری در ابعاد عاطفه مثبت، آزردهی-سردرگمی نقش، همانندسازی و ارتباط یا گفت و شنود بر بهبود ارتباط والدین و نوجوان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مؤثر است ($p < 0/05$) و پیگیری ۶ ماهه نشان داد که در روابط ۶۶/۷٪ والدین و فرزندان نوجوان آنان بهبود جدی ایجاد شده است.

کلید واژگان: خانواده-درمانی، ارتباطات والدین و نوجوانان، اختلال وسواسی-جبری

© تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۶/۰۱

© تاریخ دریافت: ۹۷/۰۶/۰۸

۱. زهرا خندقی خامنه، دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم. zkhandaghi@yahoo.com

مقدمه

نوجوانی دوران رشد زیستی، اجتماعی، احساسی و شناختی است و اگر به صورت رضایت‌بخش مورد توجه قرار نگیرد، احتمالاً منجر به مشکلات عاطفی و رفتاری در دوران بزرگسالی می‌شود (رجایی، حاجی‌اربابی و افضل‌القوم، ۱۳۹۳). بسیاری از رفتارها، هنجارها، ناهنجاریها، ارزشها و حتی بخشی از شخصیت افراد، در دوره نوجوانی شکل می‌گیرد. به همین دلیل، این دوره از اهمیت بسیار زیاد برخوردار است و مداخله در این دوره، روی دوران آتی زندگی به‌طور قطعی تأثیر بسزایی خواهد داشت (گلشیری، زمانی و شیرانی بیدآبادی، ۱۳۹۵). در این دوره بیشترین ناسازگاریهای رفتاری نمود پیدا می‌کند (شیفر^۱ و کیپ^۲، ۲۰۱۳). بنابراین با توجه به اینکه جوانان امروز، صاحبان آینده جامعه هستند، سلامتی و بیماری آنان در سلامتی و بیماری جامعه فردا و نسلهای آینده اثراتی قابل توجه خواهد داشت (صفرعلیزاده، هاشم‌لو، باقریه و متعارفی، ۱۳۹۳).

در جهان امروز بهداشت روان از اهمیتی ویژه برخوردار است، زیرا در عصری زندگی می‌کنیم که به موازات پیشرفتهای فناوریانه، صنعتی، اقتصادی و اجتماعی، نابسامانیهای روانی و عصبی روز به روز در حال گسترش اند و بسیاری از افراد از ناراحتیها و نابسامانیهای روانی به شدت رنج می‌برند و نه تنها خود در عذاب هستند، بلکه خانواده و جامعه را نیز دچار مشکل می‌کنند (صفرعلیزاده و همکاران، ۱۳۹۳). اختلالات روانی، یکی از شایع‌ترین بیماریهای جامعه کنونی است که به موجب آن رفتار انسان در برخورد با محیط اطراف و حتی خود فرد، دچار مشکل می‌شود. یکی از انواع اختلالهای روانی اختلال وسواس است (مرادی، ۱۳۹۶). وسواسها عبارت‌اند از: باورها، افکار، تکانها یا تصاویر سمجی که به دلیل ناهمخوانی، اضطراب و پریشانی چشمگیری ایجاد می‌کنند (بارلو^۳، ۲۰۰۸). اختلال وسواس می‌تواند ناتوان‌کننده باشد چون با عملکرد حرفه‌ای، فعالیت اجتماعی معمول و روابط با دوستان و اعضای خانواده تداخل می‌نماید (عابدی‌شرق، آهوان، دوستیان، اعظمی و حسینی، ۱۳۹۶). یکی از انواع اختلال وسواسی که در میان نوجوانان بسیار شایع است اختلال وسواسی - جبری است.

اختلال وسواسی - جبری، اختلالی شایع در جامعه است و آثار منفی این اختلال در عملکرد افراد قابل توجه است. نظریه‌های رایج نشان می‌دهند که اختلال وسواسی - جبری تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی است (حسنوند عموزاده و عقیلی، ۱۳۹۴). در چهارمین و پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا وسواس فکری - عملی چهارمین اختلال شایع تشخیص داده شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳). این اختلال با هسته اضطرابی به سمت اختلالاتی که تأکید بر رفتارهای تکرار شونده و فعالیتهای ذهنی تکراری دارند تغییر شکل داده است

1. Shaffer
2. Kipp
3. Barlow
4. American Psychiatric Association

(گونسالویس^۱، ۲۰۱۶). اختلال وسواسی-جبری معمولاً سیری درازمدت، اما متغیر دارد، در برخی از بیماران به صورت نوسانی و در برخی دیگر به صورت ثابت است (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۵).

حال از آنجا که اختلال وسواسی-جبری یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که بر تمام جنبه‌های زندگی اثر می‌گذارد و با توجه به شیوع بالای اختلال وسواسی-جبری و اثرات مخربی که این اختلال در طولانی مدت بر روابط میان-فردی و ارتباطات اجتماعی دارد، مطالعه در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد (صفرعلیزاده و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین یافتن راه‌حلهایی برای کاهش اثرات منفی اختلال وسواسی-جبری در روابط نوجوانان اعم از ارتباطات با جامعه، والدین، دوستان و غیره لازم به نظر می‌رسد و امر ضروری و حیاتی است. محققان در جهت رفع مشکلات اختلال وسواسی-جبری در نوجوانان، روش درمان شناختی-رفتاری را مؤثر گزارش کرده‌اند (رزا آلكازار^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین یکی از راه‌های کاهش اثرات منفی اختلال وسواسی-جبری در ارتباطات میان والدین و نوجوانان استفاده از اثر خانواده-درمانی است. ارتباط والدین با نوجوانان تأثیری بسزا در سلامت و رشد روانی نوجوانان دارد و نحوه برخورد والدین با نوجوانان خود می‌تواند از عوامل تأثیرگذار در حالات هیجانی عاطفی و رفتاری نوجوانان باشد (رجایی و همکاران، ۱۳۹۳).

در پژوهشی استکتی^۴ و وان نوپن^۵ (۲۰۰۳) دریافتند که خصومت، درگیری هیجانی بیش از حد و انتقاد والدین از فرزند، تأثیر منفی بر درمان بیماران مبتلا بر اختلال وسواسی-جبری می‌گذارد. زمانی که خانواده از چرخه‌های زندگی خود در حال گذر است، می‌کوشد تعادل ظریف میان ثبات و تغییر را حفظ کند و هر چقدر خانواده کارکردی سالم‌تر داشته باشد، در طول دوره‌های انتقالی خانواده نسبت به تغییر گشوده‌تر است و بیشتر مایل است که متناسب با شرایط متغیر، ساختار خود را اصلاح کند (مرادی، ۱۳۹۶).

نقش خانواده در مبتلا شدن و حفظ بیماری غیر قابل انکار است. برای مثال مشکلات مرتبط به رفتارهای وسواسی در نوجوانان و انطباق یافتن والدین با این رفتارهای وسواسی می‌تواند بر عملکرد کلی خانواده تأثیر بگذارد که هم پدر و مادر و هم خواهرها و برادران را درگیر کند. شاید انطباق یافتن با رفتارهای مرتبط با وسواس در وهله نخست مفید باشد، اما در نهایت منجر به تقویت شدن رفتار وسواسی در دراز مدت می‌شود (فریمن و گارسیا، ۲۰۰۹). از این رو عملکرد و ساختار خانواده می‌تواند در ایجاد و تداوم اختلال نقشی مهم داشته باشد (کوسنتینو^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). شایان ذکر است که یکی از رویکردهای درمانی پرکاربرد در حوزه مشکلات روانشناختی، خانواده-درمانی است (خدایاری‌فرد، علوی‌نژاد،

1. Gonçalves
2. Sadock, B. J. & Sadock, V. A.
3. Rosa-Alcázar
4. Steketee
5. Van-Noppen
6. Cosentino

سجادی اناری و زندی، ۱۳۹۵). درگیر بودن والدین در فرایند درمان نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری دارای اهمیت ویژه است. اولاً، عملکرد ضعیف و سطح بالای فشار روانی، تعارض و مقصرسازی در بستگان نوجوانان مبتلا به وسواس دیده شده است (پریس^۱ و همکاران، ۲۰۱۲)، ثانیاً، سازگاری و تطبیق خانواده با نشانه‌های وسواسی - جبری (مانند: مشارکت در مناسک وسواسی، اطمینان‌بخشی و تغییر آداب) مشهود است (کاپورینو^۲ و همکاران، ۲۰۱۲، استورچ^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). سازگاری و تطبیق خانواده با علائم بیمار پیشین نتایج درمانی ضعیف است (بارت^۴ و همکاران، ۲۰۰۵؛ گارسیا و مکداول^۵، ۲۰۱۰؛ مرلو^۶ و همکاران، ۲۰۰۹؛ پریس و همکاران، ۲۰۱۲). خانواده اولین بستری است که فرزندان در آن فکر، احساس و رفتار می‌کنند، یاد می‌گیرند و رشد می‌یابند (سیدموسوی، مختارنیا و کلانتری، ۱۳۹۴) و خانواده‌های کارآمد به قدری امنیت دارند که دامنه وسیعی از تجربه را ترغیب و حمایت می‌کنند. از دیگر سوی، خانواده‌های ناکارآمد، ترسان و بی‌رمق اند، مهارت‌های حل مسأله در این خانواده‌ها جایی ندارند، خانواده ساختار خاصی ندارد و پرورش با آغوش باز و تجربه طبیعی و خودجوش در این خانواده‌ها واجد اهمیت نیست (اسمعیلی و ریاحی، ۱۳۹۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری و خانواده‌های آنان در بعد عاطفه مثبت^۷ از افراد گروه کنترل نمره پایین‌تر می‌گیرند و روابط میان - فردی مخدوش‌تری با یکدیگر دارند (آلسو^۸ و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین توجه به خانواده و اصل خانواده - درمانی می‌تواند به بهبود اختلال و ارتباطات میان والدین و نوجوانان یاری‌رسان باشد. برای مثال نتایج پژوهش رنشا^۹ و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد وقتی که والدین به مثابه مربی یا همراه روان‌درمانگر در درمان اختلال وسواسی در جلسات حضور می‌یابند، نتیجه بهتری از درمان به‌دست می‌آید.

نتایج پژوهشی که امیر^{۱۰}، فرشمن^{۱۱} و فوا^{۱۲} (۲۰۰۰) انجام دادند، نشان داد که خانواده افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری بیش از گروه کنترل بیشتر تحت فشار روانی قرار می‌گیرند و رفتارهایی مانند انطباق با وسواس و طرد بیمار نشان می‌دهند و رابطه‌ای مخدوش‌تر با یکدیگر و با بیمار دارند که بر حفظ بیماری دامن می‌زند.

1. Peris
2. Caporino
3. Storch
4. Barrett
5. McDowell
6. Merlo
7. Positive affect
8. Alonso
9. Renshaw
10. Amir
11. Freshman
12. Foa

با توجه به دلایل گفته شده، درمان خانواده - محور به شیوه شناختی - رفتاری برای اختلال وسواسی - جبری که شامل تکنیکهای والد - محور مانند آموزشهای روانشناختی، حل مسأله و دستورالعملهایی برای حل و فصل سازگاری و تطبیق با علائم در خانواده است، ضروری به نظر میرسد. پژوهشها نشان می دهند که هرچه درگیری والدین در جلسات درمان بیشتر باشد، نتایج بهتری در درمانهای شناختی - رفتاری حاصل می شود (رزا آلكازار و همكاران، ۲۰۱۷). رودی و همكاران (۲۰۱۴) لوینگستون وان نوپن و همكاران (۱۹۹۰) گزارش کردند که سازگاری و تطبیق خانواده پیشبین شدت علائم و بازگشت اختلال در کودکان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری پس از دوره های فشرده خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری است.

با توجه به مطالب بیان شده ضرورت انجام این پژوهش زمانی آشکار می شود که تعاملات خانواده و رفتارهای والدین می تواند به منزله یکی از عوامل تداوم بخش اختلال در نوجوان مبتلا شناسایی شود و در جهت بهبود بیمار به کار گرفته شود. بنابراین به سبب فقدان پژوهشهای منسجم در این حوزه، نیاز به انجام دادن این پژوهش بیشتر احساس می شود.

روش پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری همه نوجوانان و والدین نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری در بیمارستان امام حسین (ع) تهران بودند که به روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (کنترل و آزمایش) قرار گرفتند. معیار ورود به پژوهش شامل سن آزمودنیها (۱۷-۱۳ ساله) و تشخیص اختلال وسواسی - جبری منطبق بر معیارهای DSM-5 بود که روانپزشک با روش ارزیابی جامع اختلال وسواسی - جبری در مرکز درمانی امام حسین (ع) تعیین می کرد. والدین این نوجوانان باید در جلسات شرکت می کردند. افزون بر این آزمودنیها فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت آموزشهای خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری (CBFT) قرار گرفت و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. جلسات هفته ای یک بار، دو ساعت به مدت هشت هفته در بیمارستان امام حسین (ع) تشکیل شد. برنامه آموزش به این شکل بود که مداخله در ۸ جلسه ۲ ساعته انجام می شد. در هر جلسه ۱۰ دقیقه برای تنظیم برنامه جلسه، ۱۰ دقیقه صرف بررسی نوع آموزش و ۸۰ دقیقه از هر جلسه صرف خانواده - درمانی شناختی - رفتاری شد. از آنجا که درمان اختلال وسواسی - جبری در نوجوانان بسیار متفاوت با درمان آن در بزرگسالان است، بنابراین بخش اعظم درمان مبتنی بر کمک گرفتن از والدین برای یافتن ابزاری مناسب به منظور کمک به نوجوان بود. خانواده در این درمان مجهز به مهارتهایی شد که بتواند با مشکلات این اختلال

1. Cognitive-Behavioral Family Treatment

دست و پنجه نرم کند. هدف از این درمان، یافتن روش‌هایی بود که آثار اختلال وسواسی - جبری را بر فرد و خانواده اش کاهش دهد. خانواده - درمانی به شیوه‌شناسختی - رفتاری به کار گرفته شده در این پژوهش، اقتباس از الگوی جنیفر بی فریمن و آبه مارس گارسیا^۱ (۲۰۰۹) است که در آن آموزش‌های روانشناختی به والدین داده می‌شود و والدین در نقش یک همکار درمانگر ظاهر می‌شوند. به نوجوانان هم یک کتابچه تمرین خانگی داده می‌شود که در طول جلسات، تکالیف خود را ثبت کنند.

■ مراحل جلسات

جلسات خانواده - درمانی شناختی - رفتاری انجام شده شامل مراحل زیر است:

..... برای نوجوانان

- شناسایی و رصد کردن علائم اختلال وسواسی - جبری،
- یادگیری اینکه چگونه علائم اختلال وسواسی - جبری را برون‌سازی کنند،
- استفاده از سنج‌های احساسات برای درجه‌بندی احساس اضطراب،
- همکاری با والدین برای ساختن هرم علائم و مواجهه‌سازی همراه با تکنیک بازداری از پاسخ.

..... برای والدین

- توجه تمایز یافته: استفاده از توجه کردن برای عوض کردن رفتار نوجوان،
- مدل‌سازی: آگاهی از اینکه چگونه رفتار والدین موجب شکل‌گیری و تأثیر بر رفتار نوجوان شده است،
- چارچوب‌بندی: کار کردن دوشادوش نوجوان به‌منظور تغییر پاسخهای هیجانی اش به موقعیت و نهایتاً کمک کردن به او با روشهای سازگانه‌تر و مستقلانه.

..... اهداف دیگر درمان

- ارتقای مهارت‌های مثبت حل مسئله مرتبط به اختلال وسواسی - جبری در خانواده (برای مثال کاهش سازش خانواده با علائم اختلال وسواسی - جبری و کاهش انتقاد و خصومت مرتبط با اختلال وسواسی - جبری)،
- فهم اینکه چگونه ترسها و اضطرابهای والدین با رفتار نوجوان تعامل می‌کند.

1. Jeniffer B. Freeman & Abbe Marrs Garcia

■ گامهای جلسات

- **جلسه اول.** برقراری ارتباط و ایجاد آمادگی در شرکت کنندگان و اجرای پیش آزمون،
- **جلسه دوم.** بررسی و شناخت اعضا و توضیح روش و اهداف جلسات.
- **جلسه سوم.** بیان موضوعهای پایه مانند توجه تمایز یافته، تشویق و تقویت فرزندان، الگوسازی، چارچوب بندی، همدلی، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندان،
- **جلسه چهارم.** آموزش ابراز وجود و رفتار قاطعانه (آشنایی والدین با انواع رفتار و اثر آن در برقراری ارتباط، آشنایی با مهرطلبی و چگونگی به کارگیری رفتار قاطعانه)،
- **جلسه پنجم.** آموزش کنترل خشم و دیگر هیجانات خصمانه، انتقاد و مقصر سازی و ارائه تکلیف در مورد این مهارت به والدین،
- **جلسه ششم.** افزایش تبادلات رفتاری مثبت و کاهش تنبیه به والدین،
- **جلسه هفتم.** آموزش مهارت حل مسأله و نقش آن در کاهش عوامل مربوط به مشکلات ارتباطی میان والدین و فرزندان،
- **جلسه هشتم.** بحث و گفتگو درباره تغییرات اتفاق افتاده در رفتار فرزندان، در مقایسه با ۸ جلسه پیش و اجرای پس آزمون.

■ ابزار آزمون

از پرسشنامه رابطه والد - فرزند^۱ (PCRS) (فاین^۲ و همکاران، ۱۹۸۳) که شامل ۲۴ سوال و دو فرم مادر و پدر بود پیش و پس از مداخله، استفاده شد. مقیاس رابطه والد - فرزندی با ضرایب آلفای ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاسهای مربوط به پدر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ و ضرایب آلفای ۰/۶۱ (هماندسازی) تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاسهای مربوط به مادر نیز آلفای کلی ۰/۹۶ همسانی درونی عالی دارد؛ این ضرایب آلفا را سازندگان مقیاس با اجرای پرسشنامه بر ۲۴۱ دانشجو به دست آورده اند. در پژوهشی که پرهیزگار (۱۳۸۱) انجام داده است ضرایب پایانی محاسبه شده برای پرسشنامه فرم پدر برابر با ۰/۹۳ و برای فرم مادر ۰/۹۲ بوده است که نشان دهنده همسانی درونی خوبی است (عراقی، ۱۳۸۷).

داده های پژوهش از طریق آزمونهای تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری تحلیل شدند.

1. Parent-Child Relationship Survey

2. Fine

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل کردن داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی؛ جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و روش آمار استنباطی؛ تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری استفاده شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون رابطه والد-فرزند در گروه کنترل و آزمایش

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۳۱۸	۵/۴۲۳	۰/۳۳۶	۴/۳۱۱	آزمایش	عاطفه مثبت
۰/۲۶۴	۴/۴۴۶	۰/۲۷۹	۴/۳۵۰	کنترل	
۰/۵۰۷	۴/۶۱۴	۰/۳۳۲	۳/۸۱۲	آزمایش	آزردگی / سردرگمی نقش
۰/۲۹۵	۳/۹۲۰	۰/۲۷۶	۳/۷۷۵	کنترل	
۰/۱۸۶	۵/۲۲۷	۰/۲۱۹	۳/۹۱۲	آزمایش	هماندسازی
۰/۱۹۴	۴/۲۵۰	۰/۱۸۰	۴/۰۸۰	کنترل	
۰/۲۸۸	۵/۱۲۰	۰/۳۱۰	۴/۲۲۲	آزمایش	ارتباط یا گفت و شنود
۰/۲۹۲	۴/۶۶۶	۰/۳۱۴	۴/۴۱۶	کنترل	
۰/۱۹۶	۵/۰۱۸	۰/۱۷۲	۴/۴۱۲	آزمایش	رابطه والد-فرزند (کلی)
۰/۱۷۹	۴/۵۵۵	۰/۱۶۵	۴/۳۸۰	کنترل	

با توجه به آماره‌های توصیفی در جدول ۱، ارتباط والد فرزند به صورت کلی در ۱۵ نفر از والدین گروه آزمایش در پیش‌آزمون با میانگین در ۴/۴۱۲ و در پس‌آزمون ۵/۰۱۸ بوده است. در ۱۵ نفر از والدین گروه کنترل میانگین نمره رابطه والد-فرزند به صورت کلی در پیش‌آزمون ۴/۳۸۰ و در پس‌آزمون ۴/۵۵۵ بوده است (سایر نتایج در جدول ۱).

جدول ۲. بررسی چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیر	کشیدگی		چولگی	
	خطا	آماره	خطا	آماره
عاطفه مثبت	۰/۹۱۸	-۰/۱۶۷	۰/۴۷۲	-۰/۳۲۷
آزردگی / سردرگمی نقش	۰/۹۱۸	۰/۸۵۷	۰/۴۷۲	-۰/۵۱۲
هماندسازی	۰/۹۱۸	۰/۵۳۳	۰/۴۷۲	-۰/۳۹۴
ارتباط یا گفت و شنود	۰/۹۱۸	۰/۳۸۳	۰/۴۷۲	-۰/۴۷۲
رابطه والد - فرزندی (کلی)	۰/۹۱۸	۰/۴۳۶	۰/۴۷۲	-۰/۳۸۱

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیرهای پژوهش در بازه (۲، -۲) قرار دارد. یعنی از لحاظ کجی متغیرهای پژوهش نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی آنها نیز در بازه (۲، -۲) قرار دارد. این نشان می‌دهد توزیع متغیرها از کشیدگی نرمال برخوردار است.

در ادامه این قسمت توزیع داده‌ها بررسی شده و از طریق آزمونهای شاپیرو ویلک و لوین نحوه پارامتریک بودن یا ناپارامتریک بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۳. آزمون شاپیرو ویلک و آزمون لوین به منظور بررسی نرمالیتی داده‌ها

متغیر	آزمون شاپیرو ویلک		آزمون لوین	
	آماره	سطح معناداری	F	سطح معناداری
عاطفه مثبت	۰/۹۴۶	۰/۲۲۲	۰/۰۰۲	۰/۹۶۳
آزردگی / سردرگمی نقش	۰/۹۵۸	۰/۱۱۳	۰/۵۲۰	۰/۴۳۶
هماندسازی	۰/۹۵۳	۰/۳۱۰	۰/۰۴۵	۰/۸۳۵
ارتباط یا گفت و شنود	۰/۹۶۱	۰/۲۷۷	۰/۹۳۸	۰/۳۶۱
رابطه والد - فرزندی (کلی)	۰/۹۴۶	۰/۲۵۷	۰/۱۱۸	۰/۵۴۱

با توجه به نتایج معیار تصمیم (P-Value) که این مقدار بیشتر از سطح معناداری ۰/۰۵ است، بنابراین دلیلی برای رد این فرض که نمونه مورد نظر از توزیع نرمال به دست آمده است وجود ندارد.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مقدار اثر
پیش آزمون	۰/۱۰۷	۱	۱۰۸/۰۳۷	۵/۲۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲
گروه	۳/۴۰۰	۱	۱۰۴۳/۴۳۸	۱۶۶/۵۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱۰
خطا	۰/۵۵۱	۲۷	۲۴/۲۷۳			

در جدول شماره ۴ با توجه به اینکه سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است، لذا در این سطح H_0 رد و H_1 (فرضیه محقق) پذیرفته می‌شود. یعنی نمرات رابطه والد-فرزندی در گروه آزمایش به‌طور معنادار بیشتر از گروه کنترل است. در نتیجه خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری گروه آزمایش تأثیر داشته است. با توجه به مقدار اثر، میزان تأثیر خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری ۰/۷۱ درصد بوده است.

در ادامه به بررسی اثرات خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری در ابعاد بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری پرداخته شده است.

جدول ۵. نتایج آزمونهای اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی

نام آزمون	مقدار	میزان F	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۶۳۹	۶/۸۴۱	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۳۶۱	۶/۸۴۱	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۱/۷۷۳	۶/۸۴۱	۰/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۷۷۳	۶/۸۴۱	۰/۰۰۰

جدول ۵ نشان می‌دهد که میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای واسطه در سطح $p < ۰/۰۰۱$ تفاوت معنادار وجود دارد. بر این اساس، می‌توان بیان داشت که دستکم در یکی از متغیرهای وابسته (عاطفه مثبت، آزدگی / سردرگمی نقش، همانندسازی، ارتباط یا گفت و شنود) میان دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام گرفته که نتایج به‌دست آمده از آنها در جدول ۶ درج شده است.

جدول ۶. نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگینهای گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	مقدار اثر
عاطفه مثبت	۳/۱۵۷	۱	۳/۱۵۷	۹/۶۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵۲
آزردگی / سردرگمی نقش	۲/۴۶۳	۱	۲/۴۶۳	۵/۵۷۷	۰/۰۰۳	۰/۴۶۷
هماندسازی	۲/۸۸۴	۱	۲/۸۸۴	۷/۱۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۴
ارتباط یا گفت و شنود	۱/۹۱۶	۱	۱/۹۱۶	۳/۳۳۰	۰/۰۳۸	۰/۳۵۵

همان طور که در جدول شماره ۶ مشاهده می شود، F حاصل از مقایسه میانگین نمره های ابعاد رابطه والد-فرزندی معنادار است. براین اساس می توان گفت که خانواده-درمانی به شیوه شناختی-رفتاری در ابعاد بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مؤثر بوده است ($p < ۰/۰۱$).

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر خانواده-درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بود. نتایج حاصل از بررسی فرضیات پژوهش بیانگر این امر بود که دوره های خانواده-درمانی به شیوه شناختی-رفتاری سبب بهبود روابط میان والدین و نوجوانان در گروه آزمایش شده است و آموزش خانواده می تواند نقشی مهم در بهبود اختلال و روابط میان-فردی بیمار داشته باشد. افزون بر این، نتایج حاصل از بررسی فرضیات پژوهش نیز بیانگر این امر بود که خانواده-درمانی به شیوه شناختی-رفتاری برای بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری موجب تفاوت معنادار در عاطفه مثبت، آزردگی/سردرگمی نقش، همانندسازی، ارتباط یا گفت و شنود در ارتباطات والد-فرزندی شده است.

این نتایج با پژوهش مرادی (۱۳۹۶) و بزرگمنش و همکاران (۱۳۹۵) و یافته های کومر^۱ و همکاران (۲۰۱۴) و گینزبورگ^۲ (۲۰۱۱) همسو بود. همچنین یافته های پژوهش حاکی از این است که با مداخلات صورت گرفته عاطفه مثبت در افراد تحت درمان تفاوت معنادار با گروه کنترل داشته است. این یافته ها همسو با پژوهش آلنسو و همکاران (۲۰۰۸) است که نشان می دهد که

1. Comer
2. Ginsburg

عاطفه مثبت در خانواده‌های افراد درگیر اختلال وسواسی - جبری، پایین‌تر از گروه کنترل است. حال آنکه پس از مداخلات صورت گرفته، شاهد افزایش این عامل در گروه تحت درمان بودیم. نتایج پژوهش امیر و همکاران (۲۰۰۰)، نشان داده است که ارتباط مخدوش شده در خانواده افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری پس از مداخله، در بعد ارتباط و گفتگو تفاوت معناداری با گروه کنترل داشته است.

همچنین مرحله پیگیری نشان داده که نتایج پژوهش همسو با یافته‌های رزا آلکازار و همکاران (۲۰۱۷) و رودی و همکاران (۲۰۱۴) است. براساس این یافته‌ها هرچه درگیری والدین در جلسات درمان بیشتر باشد، نتایج بهتری در درمانهای شناختی - رفتاری حاصل می‌شود و سازگاری و تطبیق خانواده افزایش می‌یابد و شدت علائم و احتمال بازگشت اختلال کاهش می‌یابد. به علاوه یافته‌ها پیرو پژوهش لیوینگستون نوپن و همکاران (۱۹۹۰) بود که نتیجه گرفتند با افزایش پاسخگویی با عاطفه مثبت از سوی والدین، میزان بهره‌وری و عدم بازگشت اختلال در درمان بیشتر خواهد بود.

از محدودیتهای پژوهش می‌توان به ناممکن بودن گمارش تصادفی به دلیل وجود مشکلات در زمینه بالینی اشاره کرد. به‌علاوه انجام پژوهش با نمونه بزرگتر و تصادفی برای تأیید داده‌های این پژوهش، ضرورت دارد. با توجه به کوچک بودن نمونه و نمونه‌گیری در دسترس، تعمیم‌پذیری نتایج با مشکل مواجه است.

نتایج این پژوهش می‌تواند برای نهادهایی مانند نهاد بهداشت و سلامت و همچنین بالینگران حوزه سلامت روان در درمان اختلال وسواسی - جبری و بالا بردن کیفیت روابط میان - فردی خانواده‌های درگیر با این اختلال کاربرد عملی داشته باشد. همچنین می‌تواند در کنترل زمینه‌های بازگشت اختلال، پیشگیرانه و متمر ثمر واقع شود. در پایان پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران در پژوهشهای آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی با جامعه‌ای بزرگتر بهره بگیرند.

- اسمعیلی، معصومه و ریاحی، موسی. (۱۳۹۴). رابطه انسان شناسی با الگوی خانواده درمانی تجربه‌نگر - انسان‌گرا. *رویش روان‌شناسی*، ۴ (۱۱)، ۶۵-۸۶.
- بزرگ‌منش، کاملیا؛ نظری، علی محمد و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۵). اثربخشی خانواده درمانی بر انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده. *پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۶ (۸۲)، ۳۵-۲۷.
- حسنوند عموزاده، مهدی و عقیلی، محمدمهدی. (۱۳۹۴). پیش‌بینی کننده‌های شناختی علائم وسواسی - جبری در دانشجویان. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۷ (۴)، ۲۸۱-۲۹۰.
- خدایاری‌فرد، محمد؛ علوی‌نژاد، ثریا؛ سجادی اناری، سعید و زندی، سعید. (۱۳۹۵). اثربخشی خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر اختلال تنوع‌طلبی جنسی. *رویش روان‌شناسی*، ۵ (۴)، ۸۵-۱۱۶.
- رجایی، علیرضا؛ حاجی‌اربابی، فاطمه و افضل‌القوم، حمیده. (۱۳۹۳). بررسی رابطه نحوه برخورد والدین با بحران هویت نوجوانان. *فصلنامه پژوهش‌های تربیتی*، ۹ (۳۹)، ۷۳-۸۴.
- سیدموسوی، پریسا سادات؛ مختارنیا، ایرج و کلانتری، فاطمه. (۱۳۹۴). خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری نوجوان دارای پدر مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه موردی. *رویش روان‌شناسی*، ۴ (۱)، ۵-۲۵.
- صفرعلیزاده، فاطمه؛ هاشملو، لیل؛ باقریه، فرزانه و متعارفی، حسین. (۱۳۹۳). بررسی شیوع اختلال وسواسی - جبری دانشجویان دانشگاه‌های شهرستان خوی ۱۳۹۱. *فصلنامه روان‌پرستاری*، ۲ (۲)، ۲۱-۱۳.
- عابدی‌شرق، نجمه؛ آهوان، مسعود؛ دوستیان، یونس؛ اعظمی، یوسف و حسینی، سپیده. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان طرحواره درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرحواره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۷ (۲۶)، ۱۴۹-۱۶۳.
- عراقی، یحیی. (۱۳۸۷). بررسی کیفیت رابطه والد - فرزندی در دو گروه از دانش‌آموزان پسر پر خاشگر و غیر پر خاشگر. *مطالعات روان شناختی*، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء (س)، ۴ (۴)، ۱۱۳-۱۲۹.
- گلشیری، پرستو؛ زمانی، احمدرضا و شیرانی بیدآبادی، محمد. (۱۳۹۵). ارتباط هوش هیجانی و مؤلفه‌های روان‌شناختی در نوجوانان. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۴ (۴۰۹)، ۱۴۲۳-۱۴۳۰.
- مرادی، امید. (۱۳۹۶). اثربخشی خانواده درمانی ساختاری بر کاهش نشانگان اختلال وسواس فکری - عملی. *اندیشه و رفتار*، ۱۲ (۴۳)، ۱۷-۲۶.

- Alonso, P., Menchón, J. M., Jiménez, S., Segalas, J., Mataix-Cols, D., Jaurrieta, N., ... Pujol, J. (2008). Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 159-168.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5(5th ed.)*. American Psychiatric, Inc.
- Amir, N., Freshman, M., & Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 209-217.
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed.). The Guilford Press.
- Barrett, P., Farrell, L., Dadds, M., & Boulter, N. (2005). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 1005-1014.
- Caporino, N. E., Morgan, J., Beckstead, J., Phares, V., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2012). A structural

- equation analysis of family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1) 133-143.
- Comer, J. S., Furr, J. M., Cooper-Vince, C. E., Kerns, C. E., Chan, P. T., Edson, A. L., ... Freeman, J. B. (2014). Internet-delivered, family-based treatment for early-onset OCD: A preliminary case series. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(1), 74-87.
- Cosentino, T., Faraci, P., Coda, D., & D'Angelo, R., De Pari, L. A., di Crescenzo, M. R., ... Scelza, A. (2015). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: A study on associated variables. *Journal of Clinical Neuropsychiatry*, 12(5), 128-134.
- Fine, M. A., Moreland, J. R., & Schwebel, A. I. (1983). Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Developmental Psychology*, 19(5), 703-713.
- Freeman, J. B., & Garcia, A. M. (2009). *Family based treatment for young children with OCD*. Oxford University Press.
- Garcia, M., & McDowell, T. (2010). Mapping social capital: A critical contextual approach for working with low-status families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 96-107.
- Ginsburg, G. S., Burstein, M., Becker, K. D., & Drake, K. L. (2011). Treatment of obsessive-compulsive disorder in young children: An intervention model and case series. *Child & Family Behavior Therapy*, 33(2) 97-122.
- Gonçalves, O. F., Carvalho, S., Leite, J., Fernandes-Gonçalves, A., Carracedo, A., & Sampaio, A. (2016). Cognitive and emotional impairments in obsessive-compulsive disorder: Evidence from functional brain alterations. *Porto Biomedical Journal*, 1(3), 92-105.
- Livingston-Van Noppen, B., B., Rasmussen, S. A., Eisen, J., & McCarthey, L. (1990). Family function and treatment in obsessive-compulsive disorder. In M. A. Jenike, L. Baer, & W. E. Minichiello (Eds.), *Obsessive compulsive disorders: Theory and management* (pp. 325-340). Chicago, IL: Yearbook Medical.
- Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 355-360.
- Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 255-263.
- Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 164-175.
- Rosa-Alcázar, A. I., Iniesta-Sepúlveda, M., Storch, E. A., Alcázar, A. L., Parada-Navas, J., & Rodríguez, J. (2017). A preliminary study of cognitive-behavioral family-based treatment versus parent training for young children with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 208, 265-271.
- Rudy, B. M., Lewin, A. B., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Predictors of treatment response to intensive cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 433-440.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shaffer, D., & Kipp, K. (2013). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Cengage Learning.
- Steketee, G., & Van Noppen, B. (2003). Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(1), 43-50.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Mann, G., Duke, D., Munson, M., ... Goodman, W. K. (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 469-478.