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

◈ زهرا خندقی خامنه[1]

چکیده: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده ـ درمانی شناختی ـ رفتاری بر بهبود روابط والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی ـ جبری صورت پذیرفته است. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری همهٔ نوجوانان و والدین نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی ـ جبری بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر به‌عنوان 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 ـ محور به شیوه شناختی ـ 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 ـ فرزندی از پرسشنامه ارزیابی رابطه والد – فرزند (PCRS) (فاین و همکاران، ۱۹۸۳) استفاده شد. برنامه پیگیری ۶ ماهه براساس گزارشات خانواده ـ 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 ـ درمانی به شیوهٔ شناختی ـ رفتاری بر بهبود اختلال و ارتباط میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی ـ جبری مؤثر است($p<۰/۰۵$). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که خانواده ـ درمانی به شیوهٔ شناختی ـ رفتاری در ابعاد عاطفه مثبت، آزردگی ـ سردرگمی نقش، همانندسازی و ارتباط یا گفت و شنود بر بهبود ارتباط والدین و نوجوان مبتلا به اختلال وسواسی ـ جبری مؤثر است ($p<۰/۰۵$)و پیگیری ۶ ماهه نشان داد که در روابط ۶۶/۷٪ والدین و فرزندان نوجوان آنان بهبود جدی ایجاد شده است.

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

◉ تاریخ دریافت: ۹۷/۰۶/۰۸ ◉ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۶/۰۱

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]

مقدمه

نوجوانی دوران رشـــد زیستی، اجتماعی، احساسی و شناختی اســـت 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). بســـیاری از رفتارها، هنجارها، ناهنجاریها، ارزشـــها و حتی بخشی از شخصیت افراد، در دورهٔ 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[1] و کیپ[2]، ۲۰۱۳). بنابراین با توجه به اینکه جوانان امروز، صاحبان آینده جامعه هستند، سلامتی و بیماری آنان در ســـلامتی و بیماری جامعه فردا و نســـلهای آینده اثراتی قابل توجه خواهد داشت (صفرعلیزاده، هاشم‌لو، باقریه و متعارفی، ۱۳۹۳).

در جهان امروز بهداشـــت روان از اهمیتی ویژه برخوردار اســـت، زیرا در عصری زندگی می‌کنیم که به موازات پیشـــرفتهای فناورانه، 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 هســـتند، بلکه خانواده و جامعه را نیز دچار مشـــکل می‌کننـــد (صفرعلیزاده و همکاران، ۱۳۹۳). اختلالات روانی، یکی از شایع‌ترین بیماریهای جامعهٔ 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، تکانه‌ها یا تصاویر سمجی که به دلیل ناهمخوانی، اضطراب و پریشـــانی چشـــمگیری ایجاد می‌کنند (بارلو[3]، 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 ـ جبری است.

اختلال وسواســـی ـ جبری، اختلالی شـــایع در جامعه اســـت و آثار منفی این اختلال در عملکرد افراد قابل توجه اســـت. نظریه‌های رایج نشان می‌دهند که اختلال وسواسی ـ جبری تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی است (حسنوند عموزاده و عقیلی، ۱۳۹۴). در چهارمین و پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشـــکی آمریکا وســـواس فکری ـ عملی چهارمین اختلال شـــایع تشخیص داده شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا[4]، ۲۰۱۳). این اختلال با هستهٔ اضطرابی به سمت اختلالاتی که تأکید بر رفتارهای تکرار شـــونده و فعالیتهای ذهنی تکراری دارند تغییر شکل داده است

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]

(گونسالویس[1]، ۲۰۱۶). اختلال وسواسی ـ 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[2]، ۲۰۰۵).

حال از آنجا که اختلال وسواسی ـ جبری یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که بر تمام جنبه‌های زندگی اثر می‌گذارد و با توجه به شیوع بالای اختلال وسواسی ـ جبری و اثرات مخربی که این اختلال در طولانی مدت بر روابط میان ـ فردی و ارتباطات اجتماعی دارد، مطالعه در این زمینه ضروری به‌نظر می‌رسد (صفرعلیزاده و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین یافتن راه‌حل‌هایی برای کاهش اثرات منفی اختلال وسواسی ـ جبری در روابط نوجوانان اعم از ارتباطات با جامعه، والدین، دوستان و غیره لازم به‌نظر می‌رسد و امر ضروری و حیاتی است. محققان در جهت رفع مشکلات اختلال وسواسی ـ جبری در نوجوانان، روش درمان شناختی ـ رفتاری را مؤثر گزارش کرده‌اند (رزا آلکازار[3] و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین یکی از راههای کاهش اثرات منفی اختلال وسواسی ـ جبری در ارتباطات میان والدین و نوجوانان استفاده از اثر خانواده ـ 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[4] و وان نوپن[5] (۲۰۰۳) دریافتند که خصومت، درگیری هیجانی بیش از حد و انتقاد والدین از فرزند، تأثیر منفی بر درمان بیماران مبتلا بر اختلال وسواسی ـ 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 وهلهٔ نخست مفید باشد، اما در نهایت منجر به تقویت شدن رفتار وسواسی در دراز مدت می‌شود (فریمن و گارسیا،۲۰۰۹). ازاین رو عملکرد و ساختار خانواده می‌تواند در ایجاد و تداوم اختلال نقشی مهم داشته باشد (کوسنتینو[6] و همکاران، ۲۰۱۵). شایان ذکر است که یکی از رویکردهای درمانی پرکاربرد در حوزهٔ مشکلات روانشناختی، خانواده ـ درمانی است (خدایاری‌فرد، علوی‌نژاد،

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]

ســـجادی اناری و زنـــدی، ۱۳۹۵). درگیر بودن والدیـــن در فرایند درمان نوجوانـــان مبتلا به اختلال وسواســـی ـ جبری دارای اهمیت ویژه اســـت. اولاً، عملکرد ضعیف و ســـطح بالای فشار روانی، تعارض و مقصرســـازی در بستگان نوجوانان مبتلا به وســـواس دیده شده اســـت (پریس[1] و همکاران،۲۰۱۲)، ثانیاً، ســـازگاری و تطبیق خانواده با نشانه‌های وسواسی ـ جبری (مانند: مشارکت در مناسک وسواسی، اطمینان‌بخشی و تغییر آداب) مشهود است (کاپورینو[2] و همکاران،۲۰۱۲، استورچ[3] و همکاران، ۲۰۰۷). سازگاری و تطبیق خانواده با علائم بیمار پیشبین نتایج درمانی ضعیف است (بارت[4] و همکاران ۲۰۰۵؛ گارســـیا و مکداول[5]، ۲۰۱۰؛ مرلو[6] و همکاران، ۲۰۰۹؛ پریس و همکاران، ۲۰۱۲). خانواده اولین بستری اســـت که فرزندان در آن فکر، احســـاس و رفتار می‌کنند، یاد می‌گیرند و رشد می‌یابند (سیدموسوی، مختارنیا و کلانتری، ۱۳۹۴) و خانواده‌های کارآمد به قدری امنیت دارند که دامنه وســـیعی 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 ـ جبری و خانواده‌های آنان در بعد عاطفهٔ مثبت[7] از افراد گروه کنترل نمرهٔ پایین‌تر می‌گیرند و روابط میان ـ فردی مخدوش‌تری با یکدیگر دارند (آلنسو[8] و همکاران، ۲۰۰۸). بنابرایـــن توجه به خانواده و اصل خانواده ـ درمانی می‌تواند به بهبود اختلال و ارتباطات میان والدین و نوجوانان یاری‌رسان باشد. برای مثال نتایج پژوهش رنشا[9] و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد وقتی که والدین به مثابه مربی یا همراه روان درمانگر در درمان اختلال وسواسی در جلسات حضور می‌یابند، نتیجهٔ بهتری از درمان به‌دست می آید.

نتایج پژوهشی که امیر[10]، فرشـــمن[11] و فوآ[12] (۲۰۰۰) انجام دادند، نشان داد که خانوادهٔ افراد مبتلا به اختلال وسواســـی ـ جبری بیش از گروه کنترل بیشـــتر 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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]

با توجه به دلایل گفته شـــده، درمان خانواده ـ محور به شـــیوهٔ شـــناختی ـ رفتاری برای اختلال وسواســـی ـ جبری که شـــامل تکنیکهای والد ـ محور مانند آموزشـــهای روانشـــناختی، حل مسأله و دســـتورالعملهایی برای حل و فصل سازگاری و تطبیق با علائم در خانواده است، ضروری به‌نظر میرسد. پژوهشها نشان می‌دهند که هرچه درگیری والدین در جلسات درمان بیشتر باشد، نتایج بهتری در درمانهای شناختی ـ رفتاری حاصل می‌شود (رزا آلکازار و همکاران، ۲۰۱۷). رودی و همکاران (۲۰۱۴) لوینگستون وان نوپن و همکاران (۱۹۹۰) گزارش کردند که ســـازگاری و تطبیق خانواده پیشـــبین شـــدت علائم و بازگشت اختلال در کودکان مبتلا به اختلال وسواسی ـ جبری پس از دوره‌های فشرده خانواده ـ درمانی به شیوهٔ شناختی ـ رفتاری است.

با توجه به مطالب بیان شده ضرورت انجام این پژوهش زمانی آشکار می‌شود که تعاملات خانواده و رفتارهای والدین می‌تواند به منزلهٔ یکی از عوامل تداوم‌بخش اختلال در نوجوان مبتلا شناسایی شود و در جهت بهبود بیمار به کار گرفته شود. بنابراین به‌سبب فقدان پژوهشهای منسجم در این حوزه، نیاز به انجام دادن این پژوهش بیشتر احساس می‌شود.

روش پژوهش

روش پژوهـــش از نوع نیمه‌آزمایشـــی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون بـــا گروه کنترل بود. جامعه آماری همهٔ نوجوانان و والدین نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی ـ جبری در بیمارستان امام حسین(ع) تهـــران بودند که بـــه روش نمونه‌گیری در دســـترس ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شـــدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (کنترل و آزمایش) قرار گرفتند. معیار ورود به پژوهش شـــامل سن آزمودنیها (۱۷-۱۳ ساله) و تشخیص اختلال وسواسی ـ جبری منطبق بر معیارهای DSM-5 بود که روانپزشـــک با روش ارزیابی جامع اختلال وسواسی ـ جبری در مرکز درمانی امام حسین (ع)تعیین می‌کرد. والدین این نوجوانان باید در جلســـات شـــرکت می‌کردند. افزون بر این آزمودنیها فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت آموزشهای خانواده ـ درمانی به شیوهٔ شـــناختی ـ رفتاری[1](CBFT) قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات هفته‌ای 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 می‌شد. در هر جلسه ۱۰ دقیقه برای تنظیم برنامه جلسه، ۱۰ دقیقه صرف بررسی نوع آموزش و ۸۰ دقیقه از هر جلسه صرف خانواده ـ درمانی شناختی ـ رفتاری شد.

از آنجا که درمان اختلال وسواسی ـ 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 به‌منظور کمک به نوجوان بود. خانواده در این درمان مجهز به مهارتهایی شد که بتواند با مشکلات این اختلال

1 . Cognitive-Behavioral Family Treatment

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]

دســـت و پنجه نرم کند. هدف از این درمان، یافتن روشـــهایی بود که آثار اختلال وسواسی ـ جبری را بر فرد و خانواده اش کاهش دهد. خانواده ـ درمانی به شـــیوۀ شـــناختی ـ رفتاری به کار گرفته شـــده در این پژوهش، اقتباس از الگوی جنیفر بی فریمن و آبه مارس گارســـیا[1] (۲۰۰۹) اســـت که در آن آموزشـــهای 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 ـ درمانی شناختی ـ رفتاری انجام شده شامل مراحل زیر است:

برای نوجوانان

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

برای والدین

- **توجه تمایزیافته:** 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 سازگازانه‌تر و مستقلانه.

اهداف دیگر درمان

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

1. Jeniffer B. Freeman & Abbe Marrs Garcia

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]

گامهای جلسات

- **جلسه اول**. برقراری ارتباط و ایجاد آمادگی در شرکت‌کنندگان و اجرای پیش‌آزمون،
- **جلسه دوم**. بررسی و شناخت اعضا و توضیح روش و اهداف جلسات.
- **جلسه سوم**. بیان موضوعهای پایه مانند توجه تمایزیافته، تشویق و تقویت فرزندان، الگوسازی، چارچوب‌بندی، همدلی، عادی و طبیعی جلوه‌دادن 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 به‌کارگیری رفتار قاطعانه)،
- **جلسه پنجم**. آموزش کنترل خشم و دیگر هیجانات خصمانه، انتقاد و مقصرسازی 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 دربارهٔ تغییرات اتفاق افتاده در رفتار فرزندان، در مقایسه با ۸ جلسه پیش و اجرای پس‌آزمون.

ابزار آزمون

از پرسشنامه رابطه والد ـ فرزند (PCRS)[1] (فاین[2] 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 خرده‌مقیاسهای مربوط به پدر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ و ضرایب آلفای ۰/۶۱ (همانندسازی) تا ۰/۹۴ برای خرده‌مقیاسهای مربوط به مادر نیز آلفای کلی ۰/۹۶ همسانی درونی عالی دارد؛ این ضرایب آلفا را سازندگان مقیاس با اجرای پرسشنامه بر ۲۴۱ دانشجو به‌دست آورده‌اند. 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 دهندهٔ همسانی درونی خوبی است (عراقی، ۱۳۸۷).

داده‌های پژوهش از طریق آزمونهای تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چند متغیری تحلیل شدند.

1. Parent-Child Relationship Survey
2. Fine

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]

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

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

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]

جدول ۲. بررسی چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیر	کشیدگی		چولگی	
	خطا	آماره	خطا	آماره
عاطفه مثبت	./۹۱۸	-۰/۱۶۷	۰/۴۷۲	-۰/۳۲۷
آزردگی / سردرگمی نقش	./۹۱۸	۰/۸۵۷	۰/۴۷۲	-۰/۵۱۲
همانندسازی	./۹۱۸	./۵۳۳	./۴۷۲	-./۳۹۴
ارتباط یا گفت و شنود	./۹۱۸	./۳۸۳	./۴۷۲	-./۴۷۲
رابطه والد ـ فرزندی (کلی)	./۹۱۸	./۴۳۶	./۴۷۲	-./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 نحوهٔ پارامتریک بودن یا ناپارامتریک بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۳. آزمون شاپیرو ویلک و آزمون لوین به‌منظور بررسی نرمالیتی داده‌ها

متغیر	آزمون شاپیرو ویلک		آزمون لوین	
	آماره	سطح معناداری	F	سطح معناداری
عاطفه مثبت	./۹۴۶	./۲۲۲	./۰۰۲	./۹۶۳
آزردگی / سردرگمی نقش	./۹۵۸	./۱۱۳	./۵۲۰	./۴۳۶
همانندسازی	./۹۵۳	./۳۱۰	./۰۴۵	./۸۳۵
ارتباط یا گفت و شنود	./۹۶۱	./۲۷۷	./۹۳۸	./۳۶۱
رابطه والد ـ فرزندی (**کلی**)	./۹۴۶	./۲۵۷	./۱۱۸	./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 به‌دست آمده است وجود ندارد.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر خانواده ـ درمانی به شیوهٔ شناختی ـ رفتاری بر بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی ـ 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	/۰۰۱	۰/۷۱۰
خطا	/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 ـ درمانی به شیوهٔ شناختی ـ رفتاری بر بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی ـ جبری گروه آزمایش تأثیر داشته است. با توجه به مقدار اثر، میزان تأثیر خانواده ـ درمانی به شیوهٔ شناختی ـ رفتاری بر بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی ـ جبری ۰/۷۱ درصد بوده است.

در ادامه به بررسی اثرات خانواده ـ درمانی به شیوهٔ شناختی ـ رفتاری در ابعاد بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی ـ 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
اثرپیلای	۰/۶۳۹	۶/۸۴۱	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۳۶۱	۶/۸۴۱	۰/۰۰۰
اثرهتلینگ	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، آزردگی / 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.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]

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

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

همان‌طور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود، F حاصل از مقایسه میانگین نمره‌های ابعاد رابطه والد ـ فرزندی معنادار است. براین اساس می‌توان گفت که خانواده ـ درمانی به شیوهٔ شناختی ـ رفتاری در ابعاد بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی ـ جبری مؤثر بوده است ($p<۰/۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

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

این نتایج با پژوهش مرادی (۱۳۹۶) و بزرگ‌منش و همکاران (۱۳۹۵) و یافته‌های کومر[1] و همکاران (۲۰۱۴) و گینزبورگ[2] (۲۰۱۱) همسو بود. همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از این است که با مداخلات صورت گرفته عاطفهٔ مثبت در افراد تحت درمان تفاوت معنادار با گروه کنترل داشته است. این یافته‌ها همسو با پژوهش آلنسو و همکاران (۲۰۰۸) است که نشان می‌دهد که

1. Comer
2. Ginsburg

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]

عاطفهٔ مثبت در خانواده‌های افراد درگیر اختلال وسواسی ـ 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)، نشـــان داده است که ارتباط مخدوش شده در خانوادهٔ افراد مبتلا به اختلال وسواسی ـ جبری پس از مداخله، در بعد ارتباط و گفتگو تفاوت معناداری با گروه کنترل داشته است.

همچنین مرحلهٔ 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 بیشـــتر باشد، نتایج بهتری در درمانهای شـــناختی ـ رفتاری حاصل می‌شود و سازگاری و تطبیق خانواده افزایش می‌یابد و شدت علائم و احتمال بازگشت اختلال کاهش می‌یابد. به علاوه یافته‌هـــا پیرو پژوهش لیوینگســـتون نوپن و همکاران (۱۹۹۰) بود کـــه نتیجه گرفتند با افزایش پاســـخگویی با عاطفه مثبت از ســـوی والدین، میزان بهره‌وری و عدم بازگشت اختلال در درمان بیشتر خواهد بود.

از محدودیتهای پژوهش می‌توان به ناممکن بودن گمارش تصادفی به دلیل وجود مشـــکلات در زمینهٔ بالینی اشـــاره کرد. به‌علاوه انجام پژوهش با نمونهٔ 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 حوزهٔ ســـلامت روان در درمان اختلال وسواســـی ـ جبری و بالا بردن کیفیت روابط میان ـ فردی خانواده‌های درگیر با این اختلال کاربرد عملی داشته باشد. همچنین می‌تواند در کنترل زمینه‌های بازگشـــت اختلال، پیشگیرانه و مثمر ثمر واقع شود. در پایان پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران در پژوهشهای آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی با جامعه‌ای بزرگتر بهره بگیرند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]

منابع

REFERENCES

اســـمعیلی، معصومه و ریاحی، موسی. (۱۳۹۴). رابطه انسان‌شناسی با الگوی خانواده درمانی تجربه‌نگر ـ انسان‌گرا. *رویش روان‌شناسی*، ۴ (۱۱)، ۶۵-۸۶.

بزرگ‌منش، کاملیا؛ نظری، علی‌محمد و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۵). اثربخشـــی خانواده درمانی بر انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده. *پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۶ (۸۲)، ۲۷-۳۵.

حســـنوند عموزاده، مهدی و عقیلی، محمدمهدی. (۱۳۹۴). پیش‌بینی کننده‌های شـــناختی علائم وسواسی ـ جبری در دانشجویان. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۷ (۴)، ۲۸۱-۲۹۰.

خدایاری‌فـــرد، محمد؛ علوی‌نژاد، ثریا؛ ســـجادی اناری، ســـعید و زندی، ســـعید. (۱۳۹۵). اثربخشـــی خانـــواده درمانی شناختی ـ رفتاری بر اختلال تنوع‌طلبی جنسی. *رویش روان‌شناسی*، ۵ (۴)، ۸۵-۱۱۶.

رجایی، علیرضا؛ حاجی‌اربابی، فاطمه و افضل‌القوم، حمیده. (۱۳۹۳). بررســـی رابطه نحوه برخورد والدین با بحران هویت نوجوانان. *فصلنامه پژوهش‌های تربیتی*، ۹ (۳۹)، ۷۳-۸۴.

سیدموســـوی، پریســـا ســـادات؛ مختارنیا، ایرج و کلانتـــری، فاطمـــه. (۱۳۹۴). خانـــواده درمانی مبتنی بـــر رویکرد شـــناختی ـ رفتاری در کاهش مشـــکلات رفتاری نوجوان دارای پدر مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه موردی. *رویش روان‌شناسی*، ۴ (۱)، ۵-۲۵.

صفرعلیزاده ، فاطمه؛ هاشـــملو، لیلا؛ باقریه، فرزانه و متعارفی، حسین. (۱۳۹۳). بررسی شیوع اختلال وسواسی ـ جبری دانشجویان دانشگاههای شهرستان خوی ۱۳۹۱. *فصلنامه روان‌پرستاری*، ۲ (۲)، ۱۳-۲۱.

عابدی‌شرق، نجمه؛ آهوان، مسعود؛ دوستیان، یونس؛ اعظمی، یوسف و حسینی، سپیده. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان طرحواره درمانی هیجانی بر نشـــانه‌های بالینـــی و طرحواره هیجانی در مبتلایان به اختلال وســـواس فکری و عملی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۷ (۲۶)، ۱۴۹-۱۶۳.

عراقی، یحیی. (۱۳۸۷). بررســـی کیفیت رابطه والد – فرزندی در دو گروه از دانش‌آموزان پســـر پرخاشگر و غیرپرخاشگر. *مطالعات روان شناختی*، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء (س)، ۴ (۴)، ۱۲۹-۱۱۳.

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). اثربخشـــی خانواده درمانی ســـاختاری بر کاهش نشانگان اختلال وسواس فکری ـ 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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]

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., Carvalhoa, 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.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.4.5]