MEJDS. 2022; 12:183.

Published online 2022 Dec. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Cognitive Coping Therapy on Ambiguity Tolerance and Cognitive Flexibility in People With Obsessive-Compulsive Disorder

Sadeghi S[1], *Aghayousefi A[2], Nouhi Sh[3], Aghaei H[3]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahroud, Iran;
2. Associate Professor in Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
***Corresponding Author Email:** arayeh1100@gmail.com

Received: 2022 September 10; **Accepted:** 2022 November 14

Abstract

Background & Objectives: Obsessive–compulsive disorder is diagnosed based on the presence of unwanted and disturbing thoughts and repetitive behaviors. A person suffering from obsessive–compulsive disorder shows disorders in executive functions, such as psychological flexibility, prevention from the occurrence of response, defects in visual and verbal memory and emotional processing. Cognitive flexibility is an important aspect of executive function, defined as the ability to adapt efficiently to changing demands. Research evidence shows that obsessive–compulsive disorder can affect the indecisiveness of patients. It indicates that obsessive people use a mechanism for ambiguity and potentially threatening stimuli, as well as for achieving a sense of control over stimuli. Harassers engage in behaviors that provoke ambiguity or uncertainty. One of the treatments whose effectiveness has been confirmed in psychological disorders is coping therapy. Therefore, this research aimed to determine the effectiveness of cognitive coping therapy on ambiguity tolerance and cognitive flexibility in people with obsessive–compulsive disorder.

Methods: The current research was quasi–experimental with a pretest–posttest design and a control group. The statistical population included people with obsessive–compulsive symptoms in the vocational training and occupational therapy camp of Semnan City, Iran, in 2021. Among the statistical population, 30 qualified volunteers were randomly entered into the study and assigned to experimental and control groups (each group included 15 people). The implementation method was such that after selecting the people of the sample group and before starting the treatment program, theAmbiguity Tolerance Questionnaire (McLain, 1993) and Acceptance and Action Questionnaire–II (Bond et al., 2011) were distributed between both groups. After that, the therapy intervention program was implemented in the experimental group (in the form of 14 90–min sessions, one session per week) and the control group was not subjected to any treatment program. In the end, the posttest was done again from both groups by the mentioned questionnaires. Also, after the research, to maintain the ethical standards, the treatment programs were implemented in the control group. The inclusion criteria were as follows: being interviewed based on DSM–5 criteria and also a higher than average score on the Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale (Y–BOCS) (because the statistical population of this research comprised people with obsessive symptoms) which was carried out by a specialist in the field of clinical psychology, having at least a diploma level of education, not participating in other psychological interventions at the same time, lacking any debilitating physical and mental diseases diagnosed by the researcher using a clinical interview. The exclusion criteria were as follows: absence of more than three sessions, non–observance of group–therapy rules, and suffering from a physical or mental illness that did not exist before the treatment and was identified during the implementation. Data analysis was carried out in two parts: descriptive statistics and inferential statistics. At the level of descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation were used, and at the level of inferential statistics, multivariate covariance analysis was performed. Data analysis was done in SPSS software version 24 and the significance level of the tests was considered to be 0.05.

Results: The findings showed the significant (p<0.001) effect of cognitive coping therapy on ambiguity tolerance and cognitive flexibility in people with obsessive–compulsive disorder.

Conclusion: According to the findings, coping therapy focuses on the individual's coping style rather than directly affecting the tolerance of ambiguity and cognitive flexibility of obsessive–compulsive individuals. Also in the long term, by influencing these coping methods, it can affect tolerance ambiguity and cognitive flexibility.

Keywords: Cognitive coping therapy, Ambiguity tolerance, Cognitive flexibility, Obsession.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-09]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۸۳.

انتشار برخط آذرماه ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی مقابله‌درمانگری شناختی بر تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد دارای نشانگان وسواس

سعید صادقی[۱]، *علیرضا آقایوسفی[۲]، شهناز نوحی[۳]، حکیمه آقایی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۲. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** arayeh1100@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۹ شهریور ۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۳ آبان ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواس فکری‌عملی براساس وجود افکار ناخواسته و مزاحم و رفتارهای تکراری تشخیص داده می‌شود. مقابله‌درمانگری شناختی یکی از درمان‌هایی به‌شمار می‌رود که اثربخشی آن در اختلالات روان‌شناختی تأیید شده است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مقابله‌درمانگری شناختی بر تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد دارای نشانگان وسواس بود.

روش‌بررسی: روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه آزمایش و گروه گواه انجام شد. جامعهٔ آماری پژوهش را افراد دارای نشانه‌های وسواس اردوگاه حرفه‌آموزی و کاردرمانی شهر سمنان در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از بین آن‌ها سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌طور تصادفی وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. سپس پرسش‌نامهٔ تحمل ابهام (مکلین، ۱۹۹۳) و پرسش‌نامهٔ پذیرش و عمل‌ـ‌ویرایش دوم (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) توسط هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل شد. گروه آزمایش برنامهٔ مقابله‌درمانگری را چهارده جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه دریافت کرد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌های نشان داد، تأثیر مقابله‌درمانگری شناختی بر بهبود تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد گروه آزمایش معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها می‌توان گفت، مداخلهٔ مقابله‌درمانگری بیش از آنکه تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی افراد دارای وسواس را به‌طور مستقیم تحت‌تأثیر قرار دهد، بر سبک مقابلهٔ فرد متمرکز است و از این طریق باعث افزایش نمرات تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مقابله‌درمانگری شناختی، تحمل ابهام، انعطاف‌پذیری شناختی، وسواس.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ‌غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-09]

۱ مقدمه

اختلال وسواس فکری‌عملی[1] در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2]، اختلالی روان‌شناختی رایج است که اختلال شدیدی در زندگی فردی ایجاد می‌کند؛ به‌طورکلی اختلال وسواسی‌ـ اجباری با علائمی نظیر افکار تکراری و مکرر، تصاویر و اصرارهایی که فرد را دچار آشفتگی یا اضطراب مشخص (وسواس) می‌کند، مشخص می‌شود (۱). اختلال وسواس فکری‌عملی به‌صورت گروه مختلفی از علائم تظاهر می‌کند که شامل افکار مزاحم، آداب وسواسی، اشتغالات ذهنی و وسواس‌های عملی است. اختلال وسواس، اختلالی مزمن است که تأثیر عمیقی بر زندگی فرد و عملکرد اجتماعی، هیجانی و شغلی او می‌گذارد (۲).

مدل‌های مفهومی و نظری مختلفی به‌منظور تبیین عوامل سبب‌ساز و زمینه‌ساز اختلال وسواسی‌ـ جبری ارائه شده است. مفهوم تحمل ابهام[3] یکی از حوزه‌هایی به‌شمار می‌رود که در اختلال وسواس‌ـ جبری در طی سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است. نبود تحمل ابهام به‌عنوان سازه‌ای فراتشخیصی به‌طور برجسته‌ای (به‌صورت مفهومی و تجربی) با اختلالات اضطرابی همچون اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواس فکری‌عملی مرتبط است (۳). نبود تحمل ابهام عبارت است از نداشتن تحمل پاسخ و شرایطی که فرد در آن ناکام می‌ماند. به‌عبارت‌دیگر نبود تحمل ابهام ترسی است که در فرد به‌علت ندانستن و اطلاع‌نداشتن از چیزی به‌وجود می‌آید (۴). تحمل ابهام شرایطی است که فرد هنگام مواجهه با مفاهیم ناآشنا با آن روبه‌رو می‌شود و از آن استفاده می‌کند (۵). نبود تحمل ابهام در ایجاد بسیاری از اختلالات روانی نقش مؤثری دارد (۶). فردی که دارای قدرت تحمل ابهام کمتری است به‌محض مواجه‌شدن با موقعیت پیچیده و دشوار احساس ناراحتی می‌کند و به‌دلیل معیوب‌بودن چرخهٔ شناختی قادر نیست راه‌حل مناسب را بیابد و بعد از مدت‌زمانی از تکلیف کناره‌گیری می‌کند. این افراد در اغلب مواقع در موقعیت‌های مبهم دچار اضطراب و درگیری ذهنی می‌شوند و در پردازش شواهد جدید شکست می‌خورند. درمقابل، افراد دارای تحمل ابهام زیاد، درصدد هستند راه‌حلی مناسب و منطقی برای رهایی از شرایط مبهم پیدا کنند (۷).

افراد مبتلا به اختلال وسواسی عملی در جنبه‌های مختلف کنترل، انعطاف‌پذیری شناختی[4] و کنترل بازداری شناختی[5] نقایصی دارند (۸). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان عامل مؤثری در کاهش اختلالات روانی و افزایش میزان رضایت از زندگی و نیز سلامت روان نقش دارد (۹). بریان و همکاران در پژوهشی دریافتند، بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با افسردگی و استرس پس از سانحه، رابطهٔ منفی معناداری مشاهده می‌شود (۱۰). از انعطاف‌پذیری به‌عنوان مهارتی روان‌شناختی مثبت، نام برده شده است. انعطاف‌پذیری شامل میزان تجربه‌پذیری فرد درقبال محرکات می‌شود و یک ویژگی شخصیتی است که در افراد مختلف تفاوت دارد. انعطاف‌پذیری شناختی با شاخص‌های مثبت سلامت روان ارتباط مثبت دارد و در بزرگسالان رابطهٔ بین آن و شاخص‌های منفی تعدیل می‌شود (۱۱). افراد انعطاف‌پذیر، سبک‌های مقابلهٔ انطباقی را به‌کار می‌برند و بعد هیجانی و روان‌شناختی بیشتری دارند (۱۲).

برای بهبود نشانه‌های وسواس و پیامدهای ناشی‌از آن، روش‌های گوناگونی ازجمله دارودرمانی، روان‌درمانی، خانواده‌درمانی، گروه‌درمانی، درمان با شوک الکتریکی و... به‌کار می‌رود. در این راستا، برخی درمان‌ها ازقبیل روش‌های مبتنی‌بر مقابله (۱۳) خط جدید درمان را تشکیل می‌دهند. نخستین‌بار ویدل در آلمان روشی به نام «درمانگری مقابله‌مدار» را برای کمک به بیماران روان‌گسیخته[6] معرفی کرد (۱۴)؛ مقابله‌درمانگری برپایه نظریهٔ فولکمن‌ـ لازاروس بنا شد (۱۵) و نخستین‌بار آقایوسفی و همکاران در مطالعه‌ای با بررسی نقش عوامل شخصیتی بر راهبردهای مقابله‌ای و تأثیر روش مقابله‌درمانگری بر عوامل شخصیتی و افسردگی، مقابله‌درمانگری را معرفی کرد (۱۶).

تاکنون پژوهش‌های مختلفی به اثربخشی مقابله‌درمانگری بر شاخص‌های روان‌شناختی و سلامت پرداختند؛ به‌طور مثال آقایوسفی و همکاران در پژوهشی اثربخشی مقابله‌درمانگری را بر نشانگرهای روان‌شناختی (استرس، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای) بیماران دیابتی نوع دو، ارزیابی کردند (۱۷). امینی و همکاران به بررسی تأثیر مقابله‌درمانگری بر زیست‌نشانگرهای ایمنی‌شناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس پرداختند (۱۸).

یکی از اهداف مداخلات روان‌شناختی ازطریق تغییر تنظیم هیجان‌ها و تغییر در سبک‌های مقابله‌ای افراد است. در جامعه بعضی افراد توانایی مقابله با ناکامی‌ها و شرایط دشوار را ندارند و خیلی زود دچار اضطراب می‌شوند؛ درحالی‌که افرادی هستند که در مواجهه با شرایط اضطراب‌زا توانایی حل مسائل دارند و پاسخ‌های مقابله‌ای مثبت به شرایط می‌دهند. هر اندازه پاسخ‌های مقابله‌ای به شرایط استرس‌زا بهتر باشد، فرد سلامت روان بهتری خواهد داشت. به‌همین دلیل لازم است نقش درمان‌های مختلف در بهبود شاخص‌های زیستی و روان‌شناختی افرادی که در شرایط اضطراب‌زا قرار می‌گیرند، بررسی و مقایسه شود تا بتوان به‌واسطهٔ انتخاب روش‌های درمانی مناسب از اتلاف زمان و تحمیل هزینه‌های اضافی به افراد و سیستم سلامت کشور جلوگیری کرد. مقابله‌درمانگری، تکنیکی درمانی تحول‌یافته در ایران و مبتنی‌بر نظریهٔ هیجان فولکمن‌ـ لازاروس است (۱۵) و تأثیر آن بر سازه‌های تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد دارای نشانگان وسواس بررسی نشده است؛ ازاین‌رو مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین اثربخشی مقابله‌درمانگری شناختی بر تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد دارای نشانگان وسواس انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و گروه آزمایش انجام گرفت. جامعهٔ آماری پژوهش را افراد دارای نشانه‌های وسواس در اردوگاه

1. Practical Obsessive-Compulsive Disorder
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)
3. Tolerance of ambiguity
4. Cognitive flexibility
5. Cognitive inhibition
6. Deranged

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-09]

حرفه‌آموزی و کاردرمانی شهر سمنان در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از بین جامعهٔ آماری سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌طور تصادفی وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: مصاحبه براساس ملاک‌های ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و همچنین نمرهٔ بیشتر از ۱۶ در مقیاس وسواس فکری‌عملی ییل‌ـ براو ن[1] (به‌دلیل حضور افراد دارای نشانه‌های وسواس در جامعهٔ آماری این پژوهش) و انجام این سنجش توسط فردی متخصص در حوزهٔ روان‌شناسی بالینی؛ داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ شرکت‌نکردن هم‌زمان در مداخلات روان‌شناختی دیگر؛ فقدان بیماری‌های جسمی و روانی ناتوان‌کننده تشخیص‌داده‌شده توسط پژوهشگر با استفاده از مصاحبهٔ بالینی. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش عبارت بود از: غیبت بیش از سه جلسه؛ رعایت‌نکردن قوانین گروه‌درمانی؛ ابتلا به یک بیماری جسمی یا روانی که قبل از درمان وجود نداشت و در ضمن اجرا مشخص شد.

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل دریافت رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین در زمان شرکت در پژوهش، شرکت‌کنندگان دربارهٔ خروج از پژوهش در هر زمان و ارائهٔ اطلاعات فردی مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

روش اجرا به این ترتیب بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه و قبل از شروع برنامهٔ درمانی، پرسش‌نامهٔ تحمل ابهام[2] (۱۹) و پرسش‌نامهٔ پذیرش و عمل‌ـ ویرایش دوم[3] (۲۰) بین هر دو گروه توزیع شد. پس از آن گروه آزمایش برنامهٔ مقابله‌درمانگری را به‌صورت چهارده جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ برنامهٔ درمانی ارائه نشد. در انتها مجدد انجام پس‌آزمون برای هر دو گروه صورت گرفت. پس از پایان پژوهش برای حفظ موازین اخلاقی در پژوهش، برنامه‌های درمانی برگزارشده در پژوهش روی گروه گواه نیز اجرا شد.

ـ پرسش‌نامهٔ تحمل ابهام: پرسش‌نامهٔ تحمل ابهام توسط مکلین در سال ۱۹۹۳ ساخته شد و دارای سیزده سؤال است (۱۹). شرکت‌کننده به هریک از سؤالات توسط مقیاسی پنج‌ارزشی از (کاملاً موافق) تا (کاملاً مخالف) پاسخ می‌دهد. براساس پرسش‌نامهٔ تحمل ابهام، افرادی که نمرهٔ تحمل ابهام آن‌ها از ۴۵ بیشتر باشد، دارای سطح مناسبی از تحمل ابهام هستند (۱۹). مکلین با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی پرسش‌نامه را ۰/۸۲ گزارش کرد. همچنین روایی همگرای این پرسش‌نامه را با استفاده از همبستگی آن با پرسش‌نامهٔ عدم تحمل ابهام بدنر[4] برابر با ۰/۰۹ و با پرسش‌نامهٔ تحمل ابهام مک دونالد[5] برابر با ۰/۴۱ گزارش کرد (۱۹). فیضی و همکاران در پژوهش خود روایی پرسش‌نامهٔ تحمل ابهام را ازطریق روایی سازه ۰/۴۸ و ضریب پایایی آن را ازطریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آوردند (۲۱).

ـ پرسش‌نامهٔ پذیرش و عمل‌ـ ویرایش دوم: این پرسش‌نامه توسط بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱ برای سنجش اجتناب تجربی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل باوجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شد (۲۰). این پرسش‌نامه دارای هفت پرسش است که سؤالات پرسش‌نامه براساس مقدار توافق در مقیاس لیکرتی هفت‌درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی به‌ندرت=۲، به‌ندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمره‌های بیشتر در این پرسش‌نامه نشان‌دهندهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتر و اجتناب تجربی بیشتر است (۲۰). پایایی آزمون‌ـ بازآزمون پرسش‌نامه توسط بوند و همکاران ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به‌دست آمد. همچنین بوند و همکاران روایی همگرای این پرسش‌نامه را با استفاده از همبستگی آن با مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس[6] برابر با ۰/۶۱ و با چک‌لیست علائم روانی[7] برابر با ۰/۷ گزارش کردند (۲۲). ایمانی ضریب پایایی (همسانی درونی) پرسش‌نامه را به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آورد و ضریب پایایی (بازآزمایی) پرسش‌نامه در کل نمونه ۰/۷۱ بود (۲۳). همچنین به‌منظور تعیین روایی همگرای پرسش‌نامهٔ پذیرش و عمل‌ـ ویرایش دوم، همبستگی آن با نمره‌های مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس محاسبه شد که به‌ترتیب برابر با ۰/۵۷ و ۰/۵۵ و ۰/۵۱ بود (۲۳).

مقابله‌درمانگری: محتوای جلسهٔ درمانی از بستهٔ درمانی مقابله‌درمانگری آقایوسفی و همکاران اقتباس شد (۱۶) که در چهارده جلسه طراحی شده است. روایی محتوایی آن به‌تأیید چند نفر از متخصصان در حوزهٔ مقابله‌درمانگری رسید. در جدول ۱ محتوای تفکیک جلسات ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات درمانی مقابله‌درمانگری

جلسات	محتوای جلسات
اول	اعضای گروه خود را معرفی می‌کنند. اعضای گروه دربارهٔ اهداف گروه توافق می‌کنند و به بررسی معیارهای گروه می‌پردازند. استرس و اثرات آن را بر ذهن و بدن مرور می‌کنند. تمایز بین استرس حاد و مزمن صورت می‌گیرد. اعضا استرس‌های حاد و مزمن خود را مثال می‌زنند. ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های زندگی تسهیل‌کنندهٔ استرس مرور می‌شود. اعضا استرس‌های خود را یادداشت می‌کنند، توضیح می‌دهند و دربارهٔ ویژگی‌های شخصیتی و سبک زندگی خود که ممکن است استرس را تسهیل کند، بحث می‌کنند.

1. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)
2. Ambiguity Tolerance Questionnaire
3. Acceptance and Action Questionnaire-II
4. Badner's Ambiguity Intolerance Questionnaire
5. McDonald's Ambiguity Tolerance Questionnaire
6. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
7. Symptom Checklist (SCL-90)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-09]

	تکلیف: اعضا یادداشت خواهند کرد: الف. مهم‌ترین رویدادهای استرس‌زا که تاکنون بر آن‌ها تأثیر گذاشته است؛ ب. رویدادهای استرس‌زا که در طول هفته تجربه کرده‌اند.
دوم	اعضا استرس‌های خود را توضیح می‌دهند و دربارهٔ تأثیرات روانی و جسمی آن‌ها بحث می‌کنند. اعضا ارزیابی اولیه و ثانویه و هشت راه مقابله را مرور می‌کنند و مسائل عملکردی و ناکارآمد آن‌ها را در موقعیت‌های مختلف توضیح می‌دهند. اعضا ارزیابی‌ها و واکنش‌های خود را به استرس هفتگی توضیح می‌دهند و نام می‌برند که این واکنش‌ها چه راه‌های مقابله‌ای هستند. هریک از اعضا اثربخشی هر واکنش مقابله‌ای را در آن رویداد استرس‌زا تعیین می‌کند. اعضای گروه دربارهٔ روش‌های مقابله‌ای بهتر برای استفاده در این موقعیت‌ها بحث می‌کنند. تکلیف: اعضا فرم ارزیابی را تکمیل می‌کنند.
سوم	اعضا رویدادهای استرس‌زای هفتگی و ارزیابی‌های خود را مرور می‌کنند. اعضا دربارهٔ ارزیابی‌های خود بحث می‌کنند و روش‌های خود و بهترین روش‌های مقابله را باهم مقایسه می‌کنند. اعضا از ۱ تا ۱۰ به رویداد تهدیدکننده امتیاز می‌دهند. آن‌ها دربارهٔ امتیازات خود بحث می‌کنند. اعضا دربارهٔ احساسات تجربه‌شدهٔ خود به‌دلیل رویداد استرس‌زا بحث می‌کنند. اعضا عواطف خود را به‌دلیل رویدادهای تهدیدآمیز و غیرتهدیدآمیز مقایسه می‌کنند. همان‌طورکه پرسش‌نامه راه‌های مقابله را نشان داده است، اعضا از روش‌های مقابله‌ای معمول خود آگاه می‌شوند. تکالیف: اعضا فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفتهٔ پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.
چهارم	اعضا فرم‌های اجرایی خود را معرفی می‌کنند، رویدادهای استرس‌زای هفتگی، ارزیابی‌ها، موقعیت‌ها، احساسات و راه‌های مقابله را مرور می‌کنند. اعضا دربارهٔ راه‌های مقابله با استرس خود بحث می‌کنند. اعضا دربارهٔ سبک‌های مختلف و سبک‌های عملکردی و ناکارآمد در موقعیت‌های مختلف بحث می‌کنند. تکالیف: اعضای فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفتهٔ پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.
پنجم	اعضا فرم‌های اجرایی خود را معرفی می‌کنند، رویدادهای استرس‌زای هفتگی، ارزیابی‌ها، موقعیت‌ها، احساسات و راه‌های مقابله را مرور می‌کنند. اعضا دربارهٔ راه‌های مقابلهٔ هفتگی و تأثیرات مسیرهای جدید خود در واکنش به رویدادهای استرس‌زا بحث می‌کنند. اعضا دربارهٔ موارد مختلف فاصله‌گذاری و خودکنترلی و عملکردی و ناکارآمدی در موقعیت‌های مختلف بحث می‌کنند. تکلیف: اعضا فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفتهٔ پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.
ششم	اعضا فرم‌های اجرایی خود را معرفی می‌کنند، رویدادهای استرس‌زای هفتگی، ارزیابی‌ها، موقعیت‌ها، احساسات و راه‌های مقابله را مرور می‌کنند. اعضا دربارهٔ راه‌های مقابلهٔ هفتگی و تأثیرات مسیرهای جدید خود در واکنش به رویدادهای استرس‌زا بحث می‌کنند. اعضا دربارهٔ سبک‌های مختلف جست‌وجوی حمایت‌های اجتماعی و سبک‌های کاربردی و ناکارآمد در موقعیت‌های مختلف بحث می‌کنند. تکالیف: اعضا فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفتهٔ پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.
هفتم	اعضا فرم‌های اجرایی خود را معرفی می‌کنند، رویدادهای استرس‌زای هفتگی، ارزیابی‌ها، موقعیت‌ها، احساسات و راه‌های مقابله را مرور می‌کنند. اعضا دربارهٔ راه‌های مقابلهٔ هفتگی و تأثیرات مسیرهای جدید خود در واکنش به رویدادهای استرس‌زا بحث می‌کنند. اعضا دربارهٔ سبک‌های مختلف پذیرش مسئولیت و فرار_اجتناب و انواع عملکرد و ناکارآمدی در موقعیت‌های مختلف بحث می‌کنند. تکلیف: اعضا فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفتهٔ پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.
هشتم	اعضا فرم‌های اجرایی خود را معرفی می‌کنند، رویدادهای استرس‌زای هفتگی، ارزیابی‌ها، موقعیت‌ها، احساسات و راه‌های مقابله را مرور می‌کنند. اعضا دربارهٔ راه‌های مقابلهٔ هفتگی و تأثیرات مسیرهای جدید خود در واکنش به رویدادهای استرس‌زا بحث می‌کنند. اعضا حل مسئلهٔ برنامه‌ریزی‌شده را یاد می‌گیرند و حل مسئلهٔ eXplorist و الگوریتمی را متمایز می‌کنند. اعضا دربارهٔ سبک‌های حل برنامه‌ریزی‌شدهٔ مشکل و ارزیابی مجدد مثبت و سبک‌های عملکردی و ناکارآمد در موقعیت‌های مختلف بحث می‌کنند. تکلیف: اعضا فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفتهٔ پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.
نهم تا چهاردهم	اعضا فرم‌های اجرایی خود را معرفی می‌کنند، رویدادهای استرس‌زای هفتگی، ارزیابی‌ها، موقعیت‌ها، احساسات و راه‌های مقابله را مرور می‌کنند. اعضا دربارهٔ راه‌های مقابلهٔ هفتگی و تأثیرات مسیرهای جدید خود در واکنش به رویدادهای استرس‌زا بحث می‌کنند. تکالیف: اعضا فرم اجرایی مربوط به رویدادهای استرس‌زا را در هفتهٔ پیش رو انجام می‌دهند و تکمیل می‌کنند.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی به‌منظور بررسی نرمال‌بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و نیز پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیونی با بررسی اثر متقابل گروه_پیش‌آزمون در مدل رگرسیون استفاده شد. درنهایت، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به‌کار رفت. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ انجام گرفت و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

براساس ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش، درمجموع سی آزمودنی (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) در پژوهش شرکت کردند. میانگین سنی و انحراف معیار افراد گروه آزمایش ۳۹/۵±۳/۴ سال و میانگین سنی افراد گروه گواه ۴۰/۸±۳/۷ سال بود. همچنین از لحاظ تحصیلات، در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰درصد) دیپلم و ۶ نفر (۴۰درصد) لیسانس و در گروه کنترل ۸ نفر (۵۳/۴درصد) دیپلم و ۷ نفر (۴۶/۶درصد) لیسانس داشتند.

در جدول ۲ میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش قبل و بعد از اجرای مقابله‌درمانگری آورده شده است. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در هر دو متغیر تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی افزایش یافت؛ اما در گروه گواه تغییر درخورتوجهی مشاهده نشد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-09]

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری شناختی	۱۲/۲	۱/۹	۴۲/۱	۱/۶	۱۲/۳	۱/۹	۱۲/۱	۲/۱
تحمل ابهام	۲۳/۲	۲/۱	۵۱/۴	۵/۲	۲۲/۴	۳/۷	۲۳/۱	۳/۳

قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، به‌منظور بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف و لون استفاده شد. آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای توزیع متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پس‌آزمون نشان داد، فرض نرمالیتی رد نشد (p>۰/۰۵). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد (p>۰/۰۵). بررسی همگنی شیب خطوط رگرسیونی نشان داد، پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیونی مبنی‌بر معنادارنبودن اثر متقابل گروه‌ـ پیش‌آزمون رد نشد (p>۰/۰۵)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم به‌منظور اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیره وجود داشت.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در متغیرهای تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی

متغیر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
انعطاف‌پذیری شناختی	۱۸۳۰/۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۸
تحمل ابهام	۲۹۷/۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۱

نتایج تحلیل کوواریانس برای هریک از متغیرهای تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی نشان داد، در هر دو متغیر بین گروه آزمایش و گروه گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مقابله‌درمانگری شناختی بر تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد دارای نشانگان وسواس بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مشخص کرد، مقابله‌درمانگری موجب بهبود نمرات تحمل ابهام در آزمودنی‌های گروه آزمایش شد. نتایج این پژوهش با مطالعات آقایوسفی و همکاران (۱۷) و امینی و همکاران (۱۸) همسوست. آقایوسفی و همکاران به اثربخشی مقابله‌درمانگری بر نشانگرهای روان‌شناختی (استرس، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای) بیماران دیابتی نوع دو پرداختند (۱۷). امینی و همکاران تأثیر مقابله‌درمانگری را بر زیست‌نشانگرهای ایمنی‌شناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس بررسی کردند (۱۸).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، افرادی که نبود تحمل ابهام بیشتری دارند، هنگام مواجهه با تنیدگی از راهبرد گریز و اجتناب استفاده می‌کنند. مقابلهٔ اجتنابی از روش‌های سازش‌یافته محسوب می‌شود. آقایوسفی مقابلهٔ اجتنابی را با ارزش‌یافتگی ضعیف توأم می‌داند و به‌خصوص خیال‌بافی و برون‌ریزی هیجانی را عامل خطرزایی محسوب می‌کند که با افسردگی بیشتر و دیگر شاخص‌های ناکارآمدی ارتباط دارد (۱۶). لازاروس و فولکمن انکار را که شامل گریز از واقعیت و خیال‌بافی با فرار ذهنی و اجتناب می‌شود، مقابلهٔ غیرمؤثر دانستند (۱۵). راهبرد گریز و اجتناب سهم عمده‌ای در پیش‌بینی تحمل ابهام دارد (۱۶). مطالعهٔ اوکا و اودا نشان داد، سطوح بالای گریز و اجتناب با سطوح پایین بهزیستی رابطه دارد (۲۴). ازسوی‌دیگر مقابله یک نتیجه نیست؛ بلکه فرایندی مداوم است که البته قرار نیست عامل تنیدگی‌زا را از روی زمین محو کند و فرد را کاملاً مسلط سازد؛ بلکه هرکس براساس توانایی‌هایی خود، سعی می‌کند تاحد ممکن موقعیت حاضر را اداره کند. هستهٔ اصلی مقابله، تلاش شناختی است؛ یعنی فرد تمامی توان شناختی خود را (مثل هوش، منطق، استدلال و غیره) به‌کار می‌اندازد تا موقعیتی را ارزیابی کند، توانمندی‌های خود را بسنجد و اجرا کند و باز این چرخه تکرار می‌شود (۱۶)؛ بنابراین مقابله‌درمانگری ازطریق تغییرات شناختی و هیجانی که در نوع مقابلهٔ بیماران مبتلا به وسواس با سایر مسائل زندگی ایجاد می‌کند، می‌تواند در افزایش تحمل ابهام بیماران مؤثر باشد (۱۷). براساس این نتیجه می‌توان گفت، اصلاح روش‌های مقابله در افراد دارای وسواس، به کاهش استفادهٔ آنان از راهبرد گریز و اجتناب منجر می‌شود و سطح تحمل ابهام آنان را ارتقا می‌بخشد.

ازسوی‌دیگر نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، مقابله‌درمانگری موجب بهبود نمرات انعطاف‌پذیری شناختی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شد. نتایج این پژوهش با یافته‌های آقایوسفی و همکاران (۱۷) و امینی و همکاران (۱۸) همسوست. آقایوسفی و همکاران به بررسی اثربخشی مقابله‌درمانگری بر نشانگرهای روان‌شناختی (استرس، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای) بیماران دیابتی نوع دو پرداختند (۱۷). امینی و همکاران تأثیر مقابله‌درمانگری را بر زیست‌نشانگرهای ایمنی‌شناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس بررسی کردند (۱۸).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، آموزش مهارت مقابلهٔ مناسب براساس این روش، منجربه بهبود روش‌های مقابله و نگاه افراد بیمار دربارهٔ مشکلات روانی و به‌طورکلی وضعیت زندگی می‌شود. روش

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-09]

مقابله‌درمانگری به‌عنوان روشی برای درمان بیماران روان‌شناختی و بیماران مبتلا به پیامدهای جسمانی تنیدگی و نیز به‌منزلهٔ روشی برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد به‌کار می‌رود. با اینکه بیان می‌شود، مهارت‌های مقابله‌ای مناسب درمقایسه با روش‌های مقابله‌ای نامناسب در بلندمدت ممکن است باعث سازگاری بیشتری شوند، به‌نظر می‌رسد نحوهٔ تأثیرگذاری این راهبردها به چگونگی موقعیت استرس‌زا و ماهیت بیماری بستگی دارد (۲۵)؛ زیرا راهبردهای مقابله‌ای به‌طور خودانگیخته و به‌تناوب ممکن است توسط بیماران استفاده شود؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد، آن‌گونه که آقایوسفی و همکاران بیان کردند، مقابله‌درمانگری می‌تواند از راه هشیارکردن فرد دربارهٔ نوع تنیدگی‌های زندگی، امکانات مقابله‌ای فرد، جست‌وجو و یافتن راه‌های مقابله‌ای مناسب برای هر موقعیت، سودمندی خود را آشکار کند (۱۶). همچنین مقابله‌درمانگری روش‌های مقابله‌ای دوری‌جویی و گریز و اجتناب آزمودنی‌ها را کاهش داده و روش‌های خودمهارگری و جست‌وجوی حمایت اجتماعی و بازبرآورد مثبت آن‌ها را افزایش می‌دهد. مقابله‌درمانگری از راه تمرکز بر روش‌های مقابله‌ای نارساکنش‌ور مادران، راهبردهای مقابله‌ای آن‌ها را به‌شیوه‌های سازش‌یافته تغییر می‌دهد که این فرایند به‌نوبهٔ خود، تنش را کم می‌کند. زمانی که فرد دچار تنش و ناراحتی می‌شود، تعادل روانی وی به‌هم می‌خورد و چون انسان سالم به‌دنبال رسیدن به تعادل است، لازم است دارای مهارت‌هایی باشد تا در شرایط دشوار تنش با راهکار مقابله‌ای مناسب، از تنش خود بکاهد (۲۶)؛ ازاین‌رو این روش به اصلاح روش‌های هیجانی در بیماران کمک می‌کند و از این طریق می‌تواند منجربه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شود.

برای دستیابی به تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت‌های آن اشاره می‌شود. نمونهٔ پژوهش حاضر فقط به افراد دارای نشانه‌های وسواس اردوگاه حرفه‌آموزی و کاردرمانی شهر سمنان محدود شد؛ بنابراین، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند افراد دارای نشانه‌های وسواس، گروه بیماران بستری در بیمارستان‌های دیگر و... به‌راحتی امکان‌پذیر نیست و باید بااحتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، نمونه‌گیری دردسترس و جمع‌آوری اطلاعات براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود که این گزارش‌ها به‌دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی، مستعد تحریف هستند. همچنین پیگیری نتایج پژوهش بعد از اجرای پس‌آزمون مقدور نبود و می‌توان به‌عنوان محدودیتی زمانی از آن نام برد.

پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با نمونه‌های بزرگ‌تر، کم‌بودن حجم نمونهٔ این پژوهش را جبران کند. همچنین پژوهش حاضر تنها روی افراد دارای نشانه‌های وسواس شهر سمنان انجام شد و انتخاب آزمودنی‌ها از بین سایر شهرها می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش دهد. ازآنجاکه اجرای این تحقیق بر افراد دارای نشانه‌های وسواس شهر سمنان بود، برای رفع این محدودیت پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی در سایر فرهنگ‌ها به‌ویژه قومیت‌های کرد و لر و بلوچ انجام شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌ها می‌توان گفت، مداخلهٔ مقابله‌درمانگری بیش از آنکه تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی افراد دارای وسواس را به‌طور مستقیم تحت‌تأثیر قرار دهد، بر سبک مقابلهٔ فرد متمرکز است و از این طریق باعث افزایش نمرات تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولان اردوگاه حرفه‌آموزی و کاردرمانی شهر سمنان که در مطالعهٔ حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در پژوهش حاضر در راستای رعایت اخلاق پژوهش فرم رضایت‌نامهٔ کتبی امضاشده از بیماران دریافت شد؛ همچنین اطلاعات لازم در زمینهٔ پژوهش به‌صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند؛ به آن‌ها در زمینهٔ رازداری و محفوظ‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن

داده‌ها و مواد پژوهش در پیوست رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، دردسترس است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

باتوجه به اینکه مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است، نویسندهٔ اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های اساتید راهنما و مشاور کل پژوهش را انجام داد.

References

1. American Psychiatric Association. Structured clinical interview for DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2015.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
3. Boswell JF, Thompson-Hollands J, Farchione TJ, Barlow DH. Intolerance of uncertainty: a common factor in the treatment of emotional disorders: intolerance of uncertainty. J Clin Psychol. 2013;69(6):630–45. https://doi.org/10.1002/jclp.21965
4. Carleton RN. Fear of the unknown: one fear to rule them all? J Anxiety Disord. 2016;41:5–21. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.011

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-09]

5. Furnham A, Marks J. Tolerance of ambiguity: a review of the recent literature. Psych. 2013;4(9):717–28. http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.49102
6. Koerner N, Mejia T, Kusec A. What's in a name? intolerance of uncertainty, other uncertainty-relevant constructs, and their differential relations to worry and generalized anxiety disorder. Cogn Behav Ther. 2017;46(2):141–61. https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1211172
7. Zambianchi M, Ricci Bitti PE. The role of proactive coping strategies, time perspective, perceived efficacy on affect regulation, divergent thinking and family communication in promoting social well-being in emerging adulthood. Soc Indic Res. 2014;116(2):493–507. https://doi.org/10.1007/s11205-013-0307-x
8. Andrés S, Lázaro L, Salamero M, Boget T, Penadés R, Castro-Fornieles J. Changes in cognitive dysfunction in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder after treatment. J Psychiatr Res. 2008;42(6):507–14. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.04.004
9. Marshall EJ, Brockman RN. The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. J Cogn Psychother. 2016;30(1):60–72. https://doi.org/10.1891/0889-8391.30.1.60
10. Bryan CJ, Ray-Sannerud B, Heron EA. Psychological flexibility as a dimension of resilience for posttraumatic stress, depression, and risk for suicidal ideation among Air Force personnel. J Contextual Behav Sci. 2015;4(4):263–8. http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.10.002
11. Hu T, Zhang D, Wang J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. Pers Individ Dif. 2015;76:18–27. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039
12. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Fox JP, Schreurs KMG, Spinhoven P. The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2013;51(3):142–51. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.007
13. Grey M, Jaser SS, Whittemore R, Jeon S, Lindemann E. Coping skills training for parents of children with type 1 diabetes: 12-month outcomes. Nurs Res. 2011;60(3):173–81. https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3182159c8f
14. Wiedl KH. Coping-oriented therapy for Schizophrenia. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother. 1994;42(2):89–117.
15. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
16. Aghayousefi AR. Naghshe avamel shakhsiati bar rahbord haye moghabele ei va tasire ravesh moghabele darmangari bar avamele shakhsiati va afsordegi [The role of personality factors on coping strategies and the effect of therapeutic coping methods on personality factors and depression] [PhD dissertation]. [Tehran, Iran]: Tarbiyat Modarress University; 2001. [Persian]
17. Aghayosfi A, Safari Y, Ahmadi S, Abbaspour P. Studying the effectiveness of coping therapy on psychological markers (stress, quality of life and coping strategies) of type II diabetic patients. Health Psychology. 2020;9(2):25–40. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_6966.html?lang=en
18. Amini F, Aghayousfi A, Alipour A, Farzad V. Investigation on the effect of coping therapy on immunological biomarkers among multiple sclerosis patients. Health Psychology. 2021;9(4):169–83. [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_7579.html?lang=en
19. Mclain DL. The Mstat-I: a new measure of an individual's tolerance for ambiguity. Educational and Psychological Measurement. 1993;53(1):183–9. https://doi.org/10.1177/0013164493053001020
20. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther. 2011 Dec;42(4):676-88. https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007
21. Feizi A, Mahbobi T, Zareh H, Mostafaei A. The relationship of cognitive intelligence and ambiguity tolerance with entrepreneurship among students of West Azarbayjan Payam Noor university, Iran. Research in Behavioral Sciences. 2012;10(4):276–84. [Persian]
22. Bond FW, Lloyd J, Guenole N. The work-related acceptance and action questionnaire: Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. J Occup Organ Psychol. 2013;86(3):331–47. https://doi.org/10.1111/joop.12001
23. Imani M. Barrasiye sakhtare ameli porsesh name en'etaf paziri ravan shenakhti dar daneshjooyan [Examining the confirmatory factor structure of Psychological Flexibility Questionnaire]. Journal of Studies in Learning and Instruction. 2016;8(1):162–81. [Persian]
24. Oka S, Ueda R. Stress, emotional support and coping behavior of mothers with disabled pre-school children-mothers at outpatient department. J Med Dent Sci. 1998;45(3):185–93.
25. De Ridder D, Schreurs K. Developing interventions for chronically ill patients. Clin Psychol Rev. 2001;21(2):205–40. https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00046-x
26. Sepahrian F, Rezaei Z. Mizan shoyou ezterab emtehan va tasire moghabele darmangari bar kaheshe mizan an va afzayeshe amalkard tahsili danesh amoozan dokhtar dabirestani [Prevalence of test anxiety and efficacy of coping therapy on test anxiety decreasing and improving academic achievement of female high school students]. Research in Curriculum Planning. 2010;7(25):65–80. [Persian] https://jsre.isfahan.iau.ir/article_534144.html?lang=en

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-09]