رویش روان شناسی، سال ۱۳، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۰۰، مهر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(7), 2024

نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در رابطه بین تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی با اختلال وسواس جبری

The mediating role of emotion regulation in the relationship between distress tolerance and metacognitive beliefs with obsessive-compulsive disorder

مریم کشاورز
کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.
بهنوش آرام فر (نویسنده مسئول)
استادیار روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در رابطه بین تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی با اختلال وسواس جبری انجام شد. پژوهش حاضر توصیفی_همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از منطقه سه، نمونه‌ای به تعداد ۲۰۰ نفر انتخاب و پرسشنامه در بین آن‌ها توزیع شد. ابزارهای این پژوهش شامل مقیاس وسواس فکری-جبری بیل براون (Y-BOCS، گودمن و همکاران، ۱۹۸۹)، مقیاس تحمل پریشانی (DTS، سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵)، پرسشنامۀ باورهای فراشناختی (MCQ، ولز و کارت رایت-هاتون، ۲۰۰۴) و پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ، گراس و جان، ۲۰۰۳) بودند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مسیر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل مسیر حاکی از برازش مناسب مدل بود. یافته‌ها نشان داد که تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی به صورت مستقیم قادر به پیش‌بینی اختلال وسواس جبری بودند (p‹۰/۰۰۱) و همچنین تحمل پریشانی به صورت غیر مستقیم از طریق تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد) توانست اختلال وسواس جبری را پیش‌بینی کند (p‹۰/۰۰۱). از یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که تحمل پریشانی و تنظیم هیجان نقش کلیدی در اختلال وسواس جبری دارند و لزوم توجه به این عوامل در تعامل با یکدیگر در برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی اختلال وسواس جبری ضروری است.

واژه‌های کلیدی: *باورهای فراشناختی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، اختلال وسواس جبری.*

Maryam Keshavarz
M.A. of Clinical psychology, Department of psychology, Islamic Azad University South Tehran Branch, Tehran, Iran.
Behnoosh Aramfar *
Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University South Tehran Branch, Tehran, Iran.
b_aramfar@yahoo.com

Abstract

This study aimed to investigate the mediating role of emotion regulation in the relationship between distress tolerance and metacognitive beliefs with obsessive-compulsive disorder. The present research was a descriptive correlation. The statistical population of the research was people over 18 years of age in Tehran in 2023, and a sample of 200 people was selected and a questionnaire was distributed among them using the available sampling method from the third region. Research tools included: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS & Goodman, et al, 1989), Distress Tolerance Scale (DTS, Simons & Gaher, 2005), Metacognition Questionnaire (MCQ, Wells & Cartwright-Hatton, 2005) and Emotion Regulation Questionnaire (ERQ, Gross & John, 2003). The path analysis method was used to analyze the data. The results of the path analysis method indicated that the model fit in well. The findings showed that distress tolerance and metacognitive beliefs were able to directly predict obsessive-compulsive disorder ($p<0.001$) and also distress tolerance indirectly through emotion regulation (reappraisal) could predict obsessive-compulsive disorder ($p<0.001$). It can be concluded that distress tolerance and emotion regulation play a key role in obsessive-compulsive disorder, and it is necessary to pay attention to these factors in interaction with each other in programs to improve the quality of life of obsessive-compulsive disorder.

Keywords: *Metacognitive Beliefs, Distress Tolerance, Emotion Regulation, Obsessive-Compulsive Disorder.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : دی ۱۴۰۲** | **پذیرش: دی ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-08]

مقدمه

از حالات ناخوشایندی که تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی و کاهش مقاومت بیمار دارد، اختلال وسواس جبری است. شیوع وسواس جبری حدود ۲ درصد بوده و شروع آن، به نسبت زودگذر و در صورت عدم درمان و استمرار آن، تبدیل به یک اختلال مزمن می‌گردد (آندراد[1]، ۲۰۱۹). در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2]، اختلال وسواس جبری از طبقه اختلالات اضطرابی تفکیک و در یک طبقه مجزا، طبقه‌بندی شد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[3]، ۲۰۲۲). وسواس جبری بسیار ناتوان‌کننده است و بیمار به دلیل وجود افکار مزاحم، کاهش پریشانی یا جلوگیری از پیامدهای ناخواسته (سیه[4] و همکاران، ۲۰۱۸)، شروع به وارسی کردن و رفتارهای انعطاف‌ناپذیر، تکراری و خارج از کنترل می‌کند (بیریا[5] و همکاران، ۲۰۲۳)؛ استمرار این امر، منجر به تداوم و تشدید وسواس جبری می‌گردد و در بزرگسالی شدت می‌یابد (راه[6] و همکاران، ۲۰۲۳). اختلال وسواس فکری و جبری مشکل بسیار جدی است طوری که سازمان بهداشت جهانی آن را جزء ده بیماری ناتوان‌کننده در دنیا مطرح کرده است که باعث از بین رفتن درآمد و پایین آمدن کیفیت زندگی می‌شود (ریچتر و راموس[7]، ۲۰۱۸). ممکن است افراد پیش از مراجعه برای درمان سال‌ها از اختلال وسواس فکری - عملی رنج برده باشند. برخی از بیماران از تکرار زیاد رفتارهای آیین‌مند در طول روز مستأصل می‌شوند و این علائم در توانایی آن‌ها برای عمل به نقش‌های اجتماعی از قبیل شغل، روابط زناشویی و یا سایر روابط بین فردی مداخله می‌کند (پوستورینو[8] و همکاران، ۲۰۱۷). افراد زیادی از موقعیت‌های برانگیزنده وسواس‌های فکری اجتناب می‌کنند، برخی از بیماران نیز خود را در خانه محبوس می‌کنند اغلب بیماران سایر اعضای خانواده را نیز درگیر رفتارهای آیین‌مند وسواسی خود می‌کنند در نتیجه اختلال وسواس فکری عملی با میزان بالایی از ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی مرتبط است، تقریباً ۳۸ درصد از افراد مبتلا بسته به شدت اختلال در برخی اوقات قادر به انجام شغل خود نیستند، ۲۲ درصد بیکارند و ۲۴ درصد در طبقه اقتصادی - اجتماعی پایین‌تر از استاندارد قرار دارند (کوچار[9] و همکاران، ۲۰۲۳). افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی تا حدودی این آگاهی را دارند که وسواس‌های فکری و رفتارهای آیین‌مندشان اغراق‌آمیز و غیرواقع‌بینانه است با این حال این آگاهی در طول بیماری کم و زیاد شده و در برخی موارد ممکن است وجود نداشته باشد. حتی زمانی که افراد نسبت به بی‌معنا بودن وسواس‌های فکری و عملی خود بینش دارند، بازهم در توقف این وسواس‌های فکری و عملی مزاحم و تکراری، ناتوان هستند (آندراد، ۲۰۱۹). در افراد وسواسی، باورهایی وجود دارد که موجب ارزیابی غلط از افکار ناخواسته شده و فرد را دچار مشکل می‌سازد. این باورها عبارت‌اند از اهمیت افراطی به افکار، اشتغال ذهنی زیاد نسبت به کنترل افکار، بیش برآوردی از تهدید و عدم تحمل بلاتکلیفی (مورتون[10] و همکاران، ۲۰۲۳). افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری و سوگیری توجه برای پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به تهدید، نشانگان بالینی این اختلال محسوب می‌شوند. الگوهای رفتار اجباری، متعدد هستند که شایع‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از وسواس شست‌وشو، وسواس وارسی، وسواس شمارش می‌باشند (گاموران و دورون[11]، ۲۰۲۳). از سویی دیگر اختلال وسواس جبری اختلالی در پردازش شناختی و هیجانی است که در آن شخص افکار، تصاویر و تکانه‌هایی را تجربه می‌کند که مزاحم و رخنه‌گر بوده و در وی ناراحتی ایجاد می‌کنند و فرد آن‌ها را بی‌معنا و بیگانه با خود می‌یابد (یاپ[12] و همکاران، ۲۰۱۸).

تحمل پریشانی[13] یکی از متغیرهایی است که با اختلال وسواس جبری در ارتباط است (هیلمن[14] و همکاران، ۲۰۲۲). تحمل پریشانی اغلب به عنوان توانایی ادراک شده افراد برای مقاومت در برابر حالات هیجانی منفی یا ناخوشایند اشاره دارد و توانایی رفتاری در مداومت در مقابل حالات پریشانی درونی که توسط برخی موقعیت‌های استرس زا تحریک می‌شود (اسلابرت[15] و همکاران، ۲۰۲۲). تحمل پریشانی ممکن است بر تعدادی از فرآیندهای مربوط به خودتنظیمی شامل توجه، ارزیابی‌های شناختی وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی پریشان

1 Andrade
2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
3 American Psychiatric Association (APA)
4 Seah
5 Biria
6 Roh
7 Richter & Ramos
8 Postorino
9 Kochar
10 Moreton
11 Gamoran & Doron
12 Yap
13 distress tolerance
14 Hillman
15 Slabbert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-08]

کننده اثر بگذارد یا تحت تأثیر آن‌ها قرار بگیرد. افرادی که دارای سطح پایین‌تری از تحمل پریشانی هستند، این احتمال وجود دارد که در شرایط پریشان کننده، پاسخ‌های غیر مناسبی بدهند، اما افرادی که سطوح بالاتری از تحمل پریشانی را دارند، به صورت مثبت‌تر و سازگارانه‌تری به شرایط پیش آمده واکنش نشان می‌دهند (ناعمی و فقیهی، ۱۴۰۰). ترس از آلوده شدن به ویروس‌ها و افکار اذیت کننده آن و آستانه تحمل پریشانی پایین، باعث می‌شود که در شرایط بحران بدن هورمون استرس‌زا ترشح کند و فرد بیشتر مستعد ابتلا به این بیماری باشد (هیلمن و دیگران، ۲۰۲۲). داودیان و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش خود بیان کردند که بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، دشواری در تنظیم هیجان و عدم تحمل ابهام با پریشانی روان‌شناختی و وسواس فکری- عملی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه معناداری وجود دارد؛ بنابراین پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که تحمل پریشانی نقش و اهمیت زیادی در اختلال وسواس جبری دارد (بلاکی و لینر[1]، ۲۰۲۱).

همانطور که ذکر شد هم عوامل شناختی و هم عوامل هیجانی در اختلال وسواس جبری نقش مهمی دارند که یکی از این عوامل باورهای فراشناختی[2] است (کیم[3] و همکاران، ۲۰۲۱). فراشناخت به معنای تفکر درباره تفکر است و باورهای فراشناختی باورهای تعمیم‌یافته درباره افکار و احساسات هستند و حاوی اطلاعات مثبت و منفی درباره نحوه برخورد با افکار و احساسات هستند (کین[4] و همکاران، ۲۰۲۲). باورهای فراشناختی، کلید و راهنمایی هستند که شیوه پاسخ‌دهی افراد به افکار منفی، باورها، علائم و هیجان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند و نیروی محرکه‌ای در پس الگوی تفکر مسموم (سندرم شناختی- توجهی) است که به رنج روانی و هیجانی می‌انجامد (مام شریفی و همکاران، ۱۴۰۱). نتایج پژوهش متعدد حاکی از آن هستند که باورهای فراشناختی و اختلال وسواس جبری رابطه قوی و معناداری با همدیگر دارند (گوتیرز[5] و همکاران، ۲۰۲۰). خدابخش پیرکلائی (۱۴۰۱) در پژوهش خود بیان کرد که باورهای فراشناختی با وسواس رابطه معناداری داشتند. یکی از عوامل هیجانی مهم و کاربردی که با اختلال وسواس جبری در ارتباط است، تنظیم هیجان[6] است (میکونوویکز و تول[7]، ۲۰۲۳). لینهان[8] (۱۹۹۳) تنظیم هیجان را به عنوان هرگونه تغییری در هر یک از زیر مؤلفه‌های سیستم هیجانی می‌داند. با در نظر گرفتن این مسئله که این زیرسیستم‌ها با یکدیگر معامله می‌کنند، چنین تغییراتی به افزایش، کاهش یا نگهداری کلی کل سیستم هیجانی منجر می‌شود. نظم دهی می‌تواند درنتیجه سعی و تلاش باشد (آن‌هم در زمانی که فرد می‌بایست آگاهانه اقدام به نظم دهی هیجان‌های خود نماید) یا اینکه خودکار بوده و خارج از آگاهی فرد قرار داشته باشد. غالب نظم دهی‌ها حاصل تلاش فردی هستند، اما از طریق یادگیری و تمرین می‌توانند به‌صورت خودکار درآیند. این فرایند یادگیری چگونگی نظم دهی، نخست در طول تحول رخ می‌دهد و مشکلات در یادگیری در مراحل تحولی را می‌توان به تحول آسیب روانی مرتبط دانست (لینکلن[9] و همکاران، ۲۰۲۲). تنظیم هیجان، توانایی پاسخگویی به خواسته‌های مداوم تجربه با دامنه عواطف به گونه‌ای است که از نظر اجتماعی قابل تحمل باشد و به اندازه کافی انعطاف‌پذیر باشد تا واکنش‌های خود به خودی و همچنین توانایی به تأخیر انداختن واکنش‌های خودبه‌خود را در صورت لزوم ایجاد کند (پریس[10] و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین می‌تواند به عنوان فرایندهای بیرونی و ذاتی تعریف شود که مسئولیت نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های عاطفی را بر عهده دارند (پانایوتو[11] و همکاران، ۲۰۲۱). تنظیم هیجان به مجموعه گسترده‌تری از فرآیندهای تنظیم هیجان تعلق دارد که هم شامل تنظیم احساسات خود و هم تنظیم احساسات دیگران است (گرینر[12] و همکاران، ۲۰۲۱). در میان متغیرهای روان‌شناختی گوناگون که بر اختلال وسواس جبری تأثیر دارند، برخی مطالعات نقش تفاوت‌های فردی در تنظیم هیجانی مانند تکانش گری، جستجوی تازگی، حساسیت به تقویت و توانایی تنظیم هیجانی را مورد بررسی قرار داده‌اند. همچنین بر اساس پیشینه‌ی پژوهشی متغیر تنظیم هیجان می‌تواند به عنوان نقش واسطه در این پژوهش کارکرد داشته باشند، زیرا این متغیر می‌تواند از تحمل پریشانی (اریچی-

1 Blakey & Lanier
2 metacognitive beliefs
3 Kim
4 Keen
5 Gutierrez
6 emotional regulation
7 Mikonowicz & Tull
8 Linehan
9 Lincoln
10 Preece
11 Panayiotou
12 Greenier

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-08]

اوزجان[1] و همکاران، ۲۰۱۹) و باورهای فراشناختی (منسوئتو[2] و همکاران، ۲۰۲۲) تاثیر بگیرد و خود نیز بر اختلال وسواس جبری تاثیر بگذارند (میکونوویکز و تول، ۲۰۲۳).

با توجه به آن‌چه بیان شد، با در نظر گرفتن مشکلات برآمده از رنج حاصل از اختلال وسواس، لزوم کاهش نشانگان بالینی وسواس، با توجه به تحمل پریشانی، باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان و افزایش شاخصه‌های بهزیستی روان‌شناختی و اقدام به‌موقع برای این دسته از بیماران کمک شایانی خواهد کرد. همچنین با بازبینی پیشینه‌های پژوهشی مرتبط، نقش هر کدام از متغیرهای تحمل پریشانی، باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان مورد تأیید قرارگرفته است. ولی به دلیل کم بودن یافته‌های پژوهشی درباره نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان بین تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی با اختلال وسواس جبری چه در داخل کشور و چه در تحقیقات خارجی، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان بین تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی با اختلال وسواس جبری انجام شد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی به روش تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند؛ که به روش غیر تصادفی از نوع در دسترس از منطقه سه، نمونه‌ای به تعداد ۲۰۰ نفر انتخاب و پرسشنامه در بین آن‌ها توزیع شد. برای تعیین حجم نمونه لوهین (۱۹۹۲) پیشنهاد می‌کند برای بررسی مدل که در آن ۴-۲ عامل شرکت دارند، پژوهشگر باید روی گردآوری دست کم ۱۰۰ تا ۲۰۰ مورد برنامه‌ریزی کند. کاربرد نمونه‌های کوچک‌تر می‌تواند موجب عدم حصول همگرایی و به دست آوردن نتایج نامناسب و یا دقت پایین برآورد پارامترها و به‌ویژه خطاهای استاندارد شود (هومن، ۱۳۸۴)؛ ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، داشتن سواد (حداقل مدرک سیکل)، برآورد کردن ملاک‌های وسواس (نسبتاً خفیف به بالا) با استفاده از مقیاس وسواس فکری-عملی ییل براون (نمرات ۱۰-۱۵ وسواس نسبتاً خفیف به بالا)، مراجعه نکردن به روان‌شناس و روان‌پزشک در یک سال گذشته و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و وجود داشتن داده‌های پرت بود. در پرسشنامه‌ها برای رعایت اصول اخلاقی این عنوان قید شده بود که اطلاعات هر پرسشنامه کاملاً به صورت محرمانه بود. همچنین در صورت تمایل از نتایج پژوهش، پس از اتمام پژوهش نتایج در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مسیر و با نرم‌افزارهای SPSS-۲۴ و AMOS-۲۴ تحلیل شدند.

ابزار سنجش

مقیاس وسواس فکری- جبری ییل براون[3] (Y-BOCS): یک مصاحبه نیمه ساختار یافته برای ارزیابی شدت وسواس‌ها و اجبارها، بدون توجه به شمار و محتوای وسواس‌ها و اجبارهای کنونی است که توسط گودمن[4] و همکاران (۱۹۸۹) تدوین شده است. این مقیاس برخلاف سایر پرسشنامه‌های موجود در این حوزه حساسیت بالایی نسبت به تغییرات درمانی دارد و به طور گسترده برای ارزیابی اثربخشی درمان‌های دارویی و روان‌شناختی وسواس به کار می‌رود به طوری که با عنوان معیار طلایی ارزیابی نشانه‌های وسواس فکری عملی در پایان درمان شهرت یافته است. این مقیاس شامل دو بخش است بخش اول سیاهه نشانه و دیگری مقیاس شدت. ۱۶ گویه نشانه‌ها در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و به صورت خود گزارشی پاسخ داده می‌شود. در مقیاس شدت هر یک از وسواس‌ها و اجبارها در پنج بعد میزان آشفتگی، فراوانی، تداخل، مقاومت و کنترل نشانه‌ها برآورد می‌شود. سؤال‌ها روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای (اصلا- صفر تا شدید/سخت- ۴) درجه بندی شده است. نمرات کمتر از ۱۰ وسواس بسیار خفیف، نمرات ۱۰-۱۵ وسواس نسبتاً خفیف، نمرات ۱۶-۲۵ وسواس متوسط و نمرات بیش از ۲۵ وسواس شدید را نشان می‌دهد. این مقیاس سه نمره به دست می‌دهد: شدت وسواس‌ها، شدت اجبارها و یک نمره کل که در برگیرنده تمامی گویه‌ها است. پایایی بین ارزیاب‌های مختلف در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹). دیکون و آبراموویتز[5] (۲۰۰۵) ضریب همبستگی مقیاس را با پرسشنامه تجدیدنظر شده وسواس فکری عملی ۰/۴۵، مقیاس باورهای براون ۰/۳۴، پرسشنامه افسردگی بک ۰/۴۶، مقیاس اضطراب زونگ ۰/۳۸ و مقیاس ناتوانی شیهان ۰/۵۵ گزارش کردند. در ایران راجزی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۰) همسانی درونی بخش نشانه و مقیاس شدت را به ترتیب

1 Arici-Ozcan
2 Mansueto
3 Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
4 Goodman
5Deacon & Abramowitz

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-08]

۰/۹۷ و ۰/۹۵ و پایایی دونیمه سازی را برای نشانه و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی یکماهه را ۰/۹۹ گزارش کردند. در مطالعه شیرخانی و همکاران (۱۴۰۱) آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی[1] (DTS): این مقیاس خود سنجی توسط سیمونز و گاهر[2] در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و دارای ۱۵ ماده و ۴ زیر مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است که روی یک مقیاس پنج درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره‌گذاری می‌شوند (سیمونز و گاهر ۲۰۰۵). در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد تحمل آشفتگی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۷۲ ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه ۰/۶۱ بود. همچنین روایی تفکیکی این مقیاس با زیر مقیاس-های وضعیت خلقی منفی و مثبت پرسشنامه وضعیت خلق عمومی (کلارک و واتسون[3]، ۱۹۹۱) به ترتیب برابر ۰/۵۹ و ۰/۲۶ گزارش شد (سیمونز و همکاران، ۲۰۰۵). در ایران نیز در پژوهش توکلی و کاظمی زهرانی (۱۳۹۷) ضریب پایایی به روش باز آزمایی در فاصله‌ی زمانی ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ است. همبستگی تحمل پریشانی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله محور، هیجان محور، کمتر مؤثر و مؤثر به ترتیب ۰/۲۱، ۰/۲۷، ۰/۳۳ و ۰/۱۹ است. همچنین بین مقیاس تحمل پریشانی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۵۴ ۰/۲۲ و ۰/۶۵ به دست آمد (توکلی و کاظمی زهرانی، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامهٔ باورهای فراشناختی[4] (MCQ): این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۴ توسط ولز و کارت رایت-هاتون ساخته شد که ۳۰ عبارت دارد و هر آزمودنی به هر عبارت به صورت چهار گزینه (مخالفم، کمی موافقم، به طور متوسط موافقم، خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد. این گزینه‌ها به ترتیب (۱، ۲، ۳، ۴) یا برعکس (۴، ۳، ۲، ۱) با توجه به جهت سؤال نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسش‌نامه پنج مؤلفه فراشناختی شامل تضاد شناختی، باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، کنترل ناپذیری و خطر افکار و نیاز به کنترل افکار را می‌سنجد. حداقل نمره کسب شده در این آزمون ۳۰ و حداکثر آن ۱۲۰ است و همچنین نمره کل فراشناخت از جمع نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. از لحاظ پایایی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (ولز و کارت رایت-هاتون، ۲۰۰۴). روایی محتوایی این پرسشنامه نیز با استفاده از روایی محتوایی (۰/۸۱) نشان‌دهنده‌ی روایی مناسب برای این مقیاس بود (گروته[5] و همکاران، ۲۰۱۶). در ایران، شیرین زاده دستگیری و همکاران (۱۳۸۷) این پرسش‌نامه را ترجمه و آماده نموده، ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی باز آزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کردند. همچنین همبستگی کل مقیاس با مقیاس اضطراب خصلتی برابر با ۰/۴۳ و همبستگی خرده مقیاس‌ها را در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش کردند. در پژوهش زاهد زاده و جوهری فرد (۱۳۹۷) روایی همزمان به وسیله محاسبه همبستگی با پرسشنامه اضطراب صفت اسپیلبرگ ۰/۴۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای پرسشنامه باورهای فراشناختی، ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم هیجان[6] (ERQ): این پرسشنامه توسط گراس و جان (۲۰۰۳) به منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان تهیه شده است. مقیاس فوق از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو زیر مولفه ارزیابی مجدد (۶ گویه) و سرکوبی (۴ گویه) است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (هفت درجه‌ای)، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) است. در روایی ملاک این پرسشنامه همبستگی ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت (۰/۲۴) و عواطف منفی (۰/۱۴) و سرکوبی با مقیاس عواطف مثبت (۰/۱۵) و عواطف منفی (۰/۰۴) گزارش شده است (بالزوریئی و همکاران، ۲۰۱۰). ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ و پایایی بازآزمایی بعد از سه ماه برای کل پرسشنامه ۰/۶۹ گزارش شده است (گراس و جان، ۲۰۰۳). حسینی و خیر (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۷۰ و روایی محتوایی کل پرسشنامه را ۰/۶۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۸۴ به دست آمد.

1 Distress Tolerance Scale
2 Simons & Gaher
3 Clark & Watson
4 Metacognition Questionnaire
5 Grøtte
6 Emotion Regulation Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-08]

یافته ها

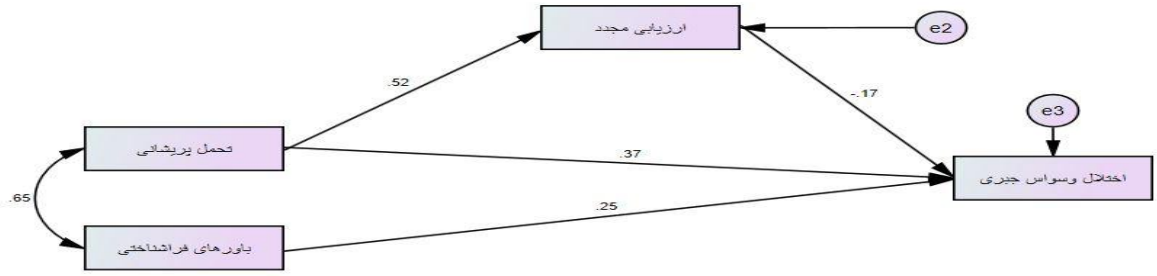
تعداد ۶۹ نفر (۳۴/۵) از مشارکت کنندگان آقا و ۱۳۱ نفر (۶۵/۵) خانم بودند. ۶۹ نفر (۳۴/۵) از مشارکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۱۸ نفر (۹ درصد) فوق دیپلم، ۵۶ نفر (۲۸ درصد) کارشناسی، ۴۷ نفر (۲۳/۵) کارشناسی ارشد و ۱۰ نفر (۵ درصد) دکتری بودند. تعداد ۱۰۴ نفر (۵۲ درصد) مجرد و ۹۶ نفر (۴۸ درصد) متاهل بودند. میانگین و انحراف استاندارد سنی آزمودنی‌ها به ترتیب ۳۱/۱۹ و ۸/۹۸ سال بود. در جدول ۱ ضرایب همبستگی پیرسون و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ذکر شده است.

جدول ۱. ضرایب همبستگی پیرسون و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵
۱. تحمل پریشانی نمره کل	-				
۲. باورهای فراشناختی نمره کل	۰/۶۴**	-			
۳. سرکوبی	۰/۶۷**	۰/۴۳**	-		
۴. ارزیابی مجدد	-۰/۵۲**	-۰/۳۰**	-۰/۶۰**	-	
۵. اختلال وسواس جبری	۰/۴۴**	۰/۴۳**	۰/۲۳**	-۰/۳۶**	-
میانگین	۴۵/۰۸	۶۶/۹۴	۱۶/۴۶	۲۵/۶۹	۱۱/۴۳
انحراف معیار	۱۲/۴۸	۱۴/۹۵	۴/۸۰	۸/۲۸	۶/۷۷
کجی	-۰/۵۳	-۰/۵۹	-۰/۸۸	-۰/۵۶	۰/۴۱
کشیدگی	-۰/۰۱	۰/۱۸	۰/۶۷	۰/۴۴	-۰/۱۴

* P‹۰/۰۵ **P‹۰/۰۱

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بین تحمل پریشانی (نمره بالاتر و رابطه مستقیم با وسواس نشان دهنده‌ی آشفتگی هیجانی بیشتر است) با اختلال وسواس جبری رابطه مثبت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱، r= ۰/۴۴)، همچنین بین باورهای فراشناختی (نمره بالاتر و رابطه مستقیم با وسواس که نشان دهنده‌ی وجود باورهای فراشناختی مختل بیشتر است) با اختلال وسواس جبری رابطه مثبت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱، r= ۰/۴۳) و در نهایت بین تنظیم هیجان (مولفه سرکوبی) با اختلال وسواس جبری همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱، r= ۰/۲۳) و بین تنظیم هیجان (مولفه ارزیابی مجدد) با اختلال وسواس جبری همبستگی منفی و معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱، r= -۰/۳۶). همچنین میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش همراه با کجی و چولگی بررسی شده است. قبل از انجام تحلیل مسیر، نرمال بودن متغیر ملاک (اختلال وسواس جبری)، استقلال خطاها و هم خطی متغیرهای پیش‌بین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنف با (آماره ۰/۳۴۸ و p>۰/۰۵) نشان از نرمال بودن متغیر اختلال وسواس جبری است. طبق آماره دوربین واتسون که محدوده قابل قبول آن ۱/۵ تا ۲/۵ است (مام شریفی و همکاران، ۱۴۰۱)، در تحقیق حاضر میزان آن برای متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بین اختلال وسواس جبری (۱/۷۷۰)، حاکی از استقلال خطاها است. یکی از شروط دیگر، عدم هم خطی متغیرهای پیش‌بین است و معیار سنجش این شرط، عامل تورم واریانس است. چنانچه این عامل عددی کمتر از ۱۰ داشته باشد عدم هم خطی متغیرها تأیید می‌شود. در پژوهش حاضر، عامل تورم واریانس در تمامی متغیرها کوچک‌تر از ۱۰ بود و عدم هم خطی تأیید شد (حبیب-پورگتابی و صفری شالی، ۱۳۹۵). به منظور آزمون مدل مورد نظر یعنی بررسی نقش واسطه‌گری تنظیم هیجان از روش تحلیل مسیر استفاده شد. پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم در جدول ۳ ارائه شده است.



شکل ۱. مدل اصلاح شده نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در رابطه بین تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی با اختلال وسواس جبری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-08]

در شکل ۱ مدل اصلاح شده‌ی پژوهش حاضر پس از حذف مسیرهای غیر معنادار رسم شده است. بدین معنا که مسیرهایی که معنادار نبودند اصلاح و حذف شدند (p>۰/۰۰۱). این مسیرها در مدل اولیه معنادار نبودند و بعد از اصلاح مدل و برای برازش مناسب مدل حذف شدند و همچنین مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش با اختلال وسواس جبری در جدول ۳ و ۴ ذکر شده است.

جدول ۳. ضرایب مسیر مستقیم اثرات متغیرها و معنی‌داری پارامترهای برآورد شده

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	ضرایب استاندارد	انحراف استاندارد	آماره (t)	سطح معناداری
تحمل پریشانی	سرکوبی	۰/۲۵۵	۰/۰۲۷	۹/۵۹۹	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	ارزیابی مجدد	۰/۳۷۱	۰/۰۵۲	۷/۰۷۰	۰/۰۰۱
باورهای فراشناختی	ارزیابی مجدد	-۰/۰۳۱	۰/۰۴۴	-۰/۷۰۴	۰/۴۸۲
باورهای فراشناختی	سرکوبی	۰/۰۰۲	۰/۰۲۲	۰/۱۰۴	۰/۹۱۷
تحمل پریشانی	اختلال وسواس جبری	۰/۲۰۷	۰/۰۵۴	۰۳/۸۵۰	۰/۰۰۱
باورهای فراشناختی	اختلال وسواس جبری	۰/۱۱۵	۰/۰۳۶	۳/۱۵۱	۰/۰۰۱
ارزیابی مجدد	اختلال وسواس جبری	-۰/۱۳۳	۰/۰۶۴	-۲/۰۶۵	۰/۰۰۱
سرکوبی	اختلال وسواس جبری	-۰/۰۴۶	۰/۱۲۷	-۰/۳۶۵	۰/۷۱۵

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تمام متغیرهایی که مسیرهای مستقیم آن‌ها به متغیر ملاک دارای مقدار T بزرگ‌تر یا کوچک‌تر از ۱/۹۶± است تأثیر معنی‌داری (p‹۰/۰۰۱) بر متغیر ملاک دارند و مسیرهای غیر معنادار از مدل حذف شدند.

جدول ۴. ضرایب مسیر غیر مستقیم اثرات متغیرها و معنی‌داری پارامترهای برآورد شده با بوت استراپ

مسیر	Bootstrap	حد بالا	حد پایین	سطح معناداری
تحمل پریشانی ← تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد) ← اختلال وسواس جبری	-۰/۰۵	-۰/۰۱۷	-۰/۰۸۷	۰/۰۱۳

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود برای بررسی نقش متغیر واسطه از روش بوت استراپ استفاده گردید. نتایج نشان داد که تحمل پریشانی از طریق تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد) قادر به پیش‌بینی اختلال وسواس جبری است.

در جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده ذکر شده است.

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل

نام شاخص	شاخص‌های برازش	
	مقدار	حد مجاز
$\frac{\chi 2}{f}$	۰/۴۹	کمتر از ۵
RMSEA[1] (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)	۰/۰۱	کمتر ۰/۰۸
GFI[2] (شاخص نیکویی برازش)	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۹
AGFI[3] (شاخص نیکویی برازش اصلاح شده)	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۹
CFI[4] (شاخص برازش تطبیقی)	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۹
NFI[5] (شاخص برازش نرم شده)	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۹

شاخص‌های برازش در جدول ۵ نشان‌دهنده‌ی برازش عالی داده‌ها با مدل اصلاح شده است. با توجه به شکل ۱ و جدول ۴ تحمل پریشانی به صورت غیر مستقیم از طریق تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد) توانست اختلال وسواس جبری را پیش‌بینی کند.

1 Root Mean Square Error Approximation
2 Goodness of Fit Index
3 Adjusted Goodness of Fit Index
4 Comparative Fit Index
5 Normed Fit Index

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-08]

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در رابطه بین تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی با اختلال وسواس جبری انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین متغیرهای پیش‌بین، تنها متغیر تحمل پریشانی به واسطه تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد) توانست اختلال وسواس جبری را به صورت غیر مستقیم پیش‌بینی کند. متغیر باورهای فراشناختی تنها به صورت مستقیم قادر به پیش‌بینی اختلال وسواس جبری بود. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی بود (میکونوویکز و تول، ۲۰۲۳؛ سی و همکاران، ۲۰۲۲؛ قدرت الهی فرد و همکاران، ۱۴۰۰؛ ایچولز و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیین این یافته از پژوهش حاضر می‌توان اذعان کرد تحمل پریشانی به عنوان ظرفیت رفتاری واقعی برای تاب‌آوری و مقاومت در برابر حالات و احساسات منفی و آزارنده (مثل هیجانات منفی و احساسات جسمی ناراحت‌کننده) تعریف شده است. افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیر قابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند. می‌توان گفت عدم تحمل پریشانی نقش اصلی را در ایجاد و تداوم نگرانی افراطی ایفا می‌کند. نگرانی در اختلالات اضطرابی و وسواس فکری عملی به همراه نشخوار فکری در افسردگی نقش کلیدی دارد (هیلمن و همکاران، ۲۰۲۲). عدم تحمل پریشانی در شرایط استرس‌زا در افراد دارای اختلال وسواس جبری می‌تواند موجب افزایش اضطراب شود و خود این وضعیت متعاقباً پریشانی و مشکلات روان شاختی شدیدتری از جمله افسردگی و اضطراب را به همراه دارد. این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا که توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست کم می‌گیرند. مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل پریشانی پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه‌شده است که دقیقا همین امر در افراد با اختلال وسواس جبری نیز اتفاق می‌افتد؛ یعنی زمانی که فکری به ذهن آن‌ها خطور می‌کند، با انجام دادن عملی می‌توانند از آن آشفتگی ذهنی خود بکاهند و نمی‌توانند پریشانی در آن لحظه را تحمل کنند. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجهشان جلب این هیجان آشفته کننده می‌گردد و عملکردشان به‌طور زیادی کاهش می‌یابد (بلاکی و لینر، ۲۰۲۱). رابطه‌ی این متغیر با انواع مختلف سندرم بالینی، ازجمله خلق‌وخو، اضطراب، غذا خوردن، شخصیت، اختلالات مصرف مواد و وسواس جبری مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است. به نظر می‌رسد که بسیاری از علائم وسواس جبری به منظور اجتناب از اضطراب در فرد به وجود می‌آیند و در واقع رفتارها و افکار وسواسی به منظور متوقف کردن حال بد و پریشانی فرد هستند. همچنین زمینه بسیاری از افکار وسواسی با هیجانات قوی مانند تجاوز، خشم، شهوت و انزجار ارتباط دارند. همانطور که این افکار شدید می‌شوند و فرایند مسدود کردن این افکار طولانی می‌شود، ممکن است عدم تحمل اساسی به این هیجانات را در فرد منعکس کند و احتمالا این عدم تحمل هیجانات منفی، منجر به نیاز ضروری به رفتارهای اجباری در فرد وسواسی شود؛ بنابراین می‌توان اینگونه بیان کرد که افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری درگیر کمال‌گرایی شدید، وسواس در به خرج‌دادن نظم و ترتیب زیاد در کارهای مختلف و اهمیت بیش از حد به تمیزی هستند. افرادی که به این اختلال دچار هستند، مایل‌اند که استانداردهای ذهنی و رفتاری خود را به محیط پیرامونشان دیکته و غالب کنند؛ در نتیجه نمی‌توانند اطراف خود را خارج از استانداردهای خود ببینند و هر زمان با همچین موقعیتی مواجه می‌شوند به طرز شدیدی اذیت شده و تحمل پریشانی به وجود آمده را ندارند و با تکرار رفتارهای وسواسی سعی در حل پریشانی به وجود آمده دارند؛ اما افرادی که تحمل پریشانی مناسبی ندارند، زمانی که از راهبرد ارزیابی مجدد در تنظیم هیجانات خود بهره می‌برند، کمتر درگیر وسواس جبری خواهند شد (اریچی-اوزجان و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین نقش مهم و ضروری تنظیم هیجان در رابطه بین تحمل پریشانی و وسواس جبری را می‌توان اینگونه بیان کرد که تنظیم هیجان با تعدیل و برقراری تعادل مناسب در افکار فرد، می‌تواند افکار منفی و تکرار شونده در فرد را با ارزیابی مجدد در خصوص آن افکار تغییر دهد. مهارت‌های ارزیابی مجدد تنظیم هیجانی ممکن است شامل اعمالی مانند جایگزینی فکر یا تغییر نقش موقعیتی باشد، جایی که افراد سعی می‌کنند از منظری کاملاً جدید به یک موقعیت استرس زا نگاه کنند. در نتیجه اینگونه اتفاق می‌افتد که فرد می‌تواند تحمل پریشانی خود را بهبود ببخشد در نتیجه کمتر درگیر وسواس جبری شود؛ بنابراین با توجه به یافته‌ها پژوهش می‌توان به طور کلی بیان کرد که تنظیم هیجانی نقش مهمی در تنظیم و تعدیل حالات روانی در وسواس جبری دارد و همچنین باورهای فراشناختی افراد نیز خود به صورت مستقیم نقش مهم در تداوم و تثبیت وسواس جبری دارند و در نتیجه شناسایی دقیق این متغیرها و سایر متغیرها روان‌شناختی در کاهش وسواس جبری می‌تواند اهمیت داشته باشد.

به طور کلی نتایج نشان داد که بین متغیرهای پیش‌بین، تنها متغیر تحمل پریشانی با واسطه تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد) توانست اختلال وسواس جبری را به صورت غیر مستقیم پیش‌بینی کند. متغیر باورهای فراشناختی تنها به صورت مستقیم قادر به پیش‌بینی اختلال وسواس جبری بود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نوع روش پژوهش اشاره کرد که به‌تبع از نظر تعیین روابط علت و معلولی محدودیت دارند. همچنین به دلیل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، در تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌ها باید احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر از روش نمونه‌گیری تصادفی برای بررسی این متغیرها استفاده شود تا تعمیم آن به سایر جوامع آماری آسان‌تر شود و همچنین به متغیرهای دیگری که می‌توانند اختلال وسواس جبری را بهتر تبیین کنند، توجه شود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-08]

منابع

توکلی، ز؛ و کاظمی زهرانی، ح. (۱۳۹۷). اثر بخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات پریشانی و خود تنظیمی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۱۳ (۲)، ۴۹-۴۱. http://ijnr.ir/article-1-1966-fa.html

حبیب‌پورگتابی، ک و صفری شالی، ر (۱۳۹۵). *راهنمای جامع کاربرد Spss در تحقیقات پیمایشی (تحلیل داده‌ها کمی)*. نشر مبتکران.

حسینی، ف؛ و خیر، م. (۱۳۸۹). بررسی نقش معلم در هیجانات تحصیلی ریاضی و تنظیم هیجانی دانش‌آموزان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، (۲۰)، ۴۱-۶۳. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4176.html

خدابخش پیرکلائی، ر. (۱۴۰۱). بررسی نقش واسطه ای وسواس و عدم تحمل ابهام در پیش بینی اضطراب کرونا براساس باورهای فراشناختی افراد در شیوع ویروس کووید -۱۹. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۷(۶۵)، ۳۱-۴۱.https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.13458

راجزی اصفهانی، س؛ متقی‌پور، ی؛ کامکاری، ک؛ ظهیرالدین، ع؛ و جان بزرگی، م. (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی- اجباری ییل- براون. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۴)، ۳۰۳-۲۹۷. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1453-fa.html

زاهدزاده، ف؛ و جوهری فرد، ر. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی زنان مبتلاء به افسردگی. *روان پرستاری*، ۶ (۵)، ۴۲-۴۹. http://ijpn.ir/article-1-1122-fa.html

داودیان، م؛ هاشمی پور، ف؛ قلیچ خان، ن؛ و ابوذری، ف. (۱۴۰۱). نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، دشواری در تنظیم هیجان و عدم تحمل ابهام در پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی و وسواس فکری- عملی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در طول اپیدمی کووید ۱۹. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۱۱ (۲)، ۷۷-۶۴. http://ijnv.ir/article-1-943-fa.html

شیرخانی، م؛ آقامحمدیان شعرباف، ح؛ و معینی زاده، م. (۱۴۰۱). پیش‌بینی شدت نشانگان وسواسی- جبری براساس تجارب تروماتیک دوران کودکی: نقش میانجی‌گری شرم. رویش روان شناسی، ۱۱ (۴)، ۴۸-۳۹.http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.4.15.8

شیرین زاده دستگیری، ص؛ گودرزی، م؛ رحیمی، چ؛ و نظیری، ق. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. *مجله روان‌شناسی*، ۱۲(۴)، ۴۶۱-۴۴۵. https://www.magiran.com/paper/637908

قدرت الهی فرد، م؛ چین آوه، م؛ و امینی منش، س. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در ارتباط با آسیب‌های دوران کودکی و بروز نشانه‌های اختلال‌های شخصیت وسواسی- جبری در پرستاران. *مجله علوم پزشکی صدرا*، ۹(۳)،۲۷۱-۲۸۴. https://doi.org/10.30476/smsj.2022.90074.1218

مام شریفی، پ؛ شعبانیان اول خانسری، س؛ نجفی، ک؛ فرخی، س؛ و امین پور، م. (۱۴۰۱). نقش واسطه ای راهبردهای حل مسئله در رابطهٔ بین باورهای فراشناختی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با تاب آوری در دوران کووید-۱۹. *رویش روان شناسی*، ۱۱ (۴)، ۲۱۶-۲۰۵. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.4.20.3

ناعمی، ع؛ و فقیهی، س. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خود-دلسوزی شناختی بر تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و تحمل پریشانی معلمان زن ابتدایی شهر سبزوار. *روان شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۰(۳)، ۱۳۴-۱۴۷. https://jsp.uma.ac.ir/article_1347.html

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Andrade C. (2019). Augmentation with Memantine in Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, *80*(6), 19f13163. https://doi.org/10.4088/JCP.19f13163

Arici-Ozcan, N., Cekici, F., & Arslan, R. (2019). The relationship between resilience and distress tolerance in college students: The mediator role of cognitive flexibility and difficulties in emotion regulation. *International Journal of Educational Methodology*, *5*(4), 525–533. https://doi.org/10.12973/ijem.5.4.525

Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *26*(1), 61–67. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000009

Biria, M., Banca, P., Healy, M. P., Keser, E., Sawiak, S. J., Rodgers, C. T., Rua, C., de Souza, A. M. F. L. P., Marzuki, A. A., Sule, A., Ersche, K. D., & Robbins, T. W. (2023). Cortical glutamate and GABA are related to compulsive behaviour in individuals with obsessive compulsive disorder and healthy controls. *Nature communications*, *14*(1), 3324. https://doi.org/10.1038/s41467-023-38695-z

Blakey, S. M., & Lanier, M. K. (2022). Distress tolerance. In E. A. Storch, J. S. Abramowitz, & D. McKay (Eds.), *Complexities in obsessive-compulsive and related disorders: Advances in conceptualization and treatment* (pp. 407–423). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med- psych/9780190052775.003.0022

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(3), 316–336. https://doi.org/10.1037/0021- 843X.100.3.316

Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2005). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Journal of anxiety disorders*, 19(5), 573-585. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.009

Gamoran, A., & Doron, G. (2023). Effectiveness of brief daily training using a mobile app in reducing obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms: Examining real world data of "OCD. App-Anxiety, mood & sleep". *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 100782. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2023.100782

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, *46*(11), 1006–1011. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-08]

Greenier, V., Derakhshan, A., & Fathi, J. (2021). Emotion regulation and psychological well-being in teacher work engagement: a case of British and Iranian English language teachers. *System*, *97*, 102446. https://doi.org/10.1016/j.system.2020.102446

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, *85*(2), 348–362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348

Grøtte, T., Solem, S., Myers, S. G., Hjemdal, O., Vogel, P. A., Güzey, I. C., ... & Fisher, P. (2016). Metacognitions in obsessive-compulsive disorder: a psychometric study of the metacognitions questionnaire-30. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *11*, 82-90. https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jocrd.2016.09.002

Gutierrez, R., Hirani, T., Curtis, L., & Ludlow, A. K. (2020). Metacognitive beliefs mediate the relationship between anxiety sensitivity and traits of obsessive-compulsive symptoms. *BMC psychology*, *8*(1),1-7. https://doi.org/10.1186/s40359-020-00412-6

Hillman, S. R., Lomax, C. L., Khaleel, N., Smith, T. R., & Gregory, J. D. (2022). The roles of intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity and distress tolerance in hoarding disorder compared with OCD and healthy controls. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *50*(4), 392–403. https://doi.org/10.1017/S1352465822000108

Keen, E., Kangas, M., & Gilchrist, P. T. (2022). A systematic review evaluating metacognitive beliefs in health anxiety and somatic distress. *British journal of health psychology*, *27*(4), 1398–1422. https://doi.org/10.1111/bjhp.12609

Kim, S. T., Park, C. I., Kim, H. W., Jeon, S., Kang, J. I., & Kim, S. J. (2021). Dysfunctional Metacognitive Beliefs in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder and Pattern of Their Changes Following a 3-Month Treatment. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 628985. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.628985

Kochar, N., Ip, S., Vardanega, V., Sireau, N. T., & Fineberg, N. A. (2023). A cost-of-illness analysis of the economic burden of obsessive-compulsive disorder in the United Kingdom. *Comprehensive psychiatry*, *127*,152422. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2023.152422

Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.

Lincoln, T. M., Schulze, L., & Renneberg, B. (2022). The role of emotion regulation in the characterization, development and treatment of psychopathology. *Nature Reviews Psychology*, *1*(5), 272-286. https://doi.org/10.1038/s44159-022-00040-4

Mansueto, G., Marino, C., Palmieri, S., Offredi, A., Sarracino, D., Sassaroli, S., Ruggiero, G. M., Spada, M. M., & Caselli, G. (2022). Difficulties in emotion regulation: The role of repetitive negative thinking and metacognitive beliefs. *Journal of affective disorders*, *308*, 473–483. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.086

Mikonowicz, D. N., & Tull, M. T. (2023). Examining the role of emotion dysregulation in the association between obsessive compulsive symptom severity and suicide risk. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 100784. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2023.100784

Moreton, S. G., Burden-Hill, A., & Menzies, R. E. (2023). Reduced death anxiety and obsessive beliefs as mediators of the therapeutic effects of psychedelics on obsessive compulsive disorder symptomology. *Clinical Psychologist*, *27*(1), 58-73. http://dx.doi.org/10.1080/13284207.2022.2086793

Panayiotou, G., Panteli, M., & Leonidou, C. (2021). Coping with the invisible enemy: The role of emotion regulation and awareness in quality of life during the COVID-19 pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*,*19*, 17–27. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.002

Postorino, V., Kerns, C. M., Vivanti, G., Bradshaw, J., Siracusano, M., & Mazzone, L. (2017). Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder in Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Current psychiatry reports*, *19*(12), 92. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0846-y

Preece, D. A., Goldenberg, A., Becerra, R., Boyes, M., Hasking, P., & Gross, J. J. (2021). Loneliness and emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, *180*, Article 110974. https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110974

Richter, P. M. A., & Ramos, R. T. (2018). Obsessive-Compulsive Disorder. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, *24*(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY), 828–844. https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000603

Roh, D., Jang, K. W., & Kim, C. H. (2023). Clinical Advances in Treatment Strategies for Obsessive-compulsive Disorder in Adults. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, *21*(4), 676–685. https://doi.org/10.9758/cpn.23.1075

Seah, R., Fassnacht, D., & Kyriosc, M. (2018). Attachment anxiety and self-ambivalence as vulnerabilities toward bsessive Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18, 40–46.https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.06.002

See, C. C. H., Tan, J. M., Tan, V. S. Y., & Sündermann, O. (2022). A systematic review on the links between emotion regulation difficulties and obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, *154*, 341–353. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.023

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, *29*(2), 83–102. https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3

Slabbert, A., Hasking, P., Notebaert, L., & Boyes, M. (2022). The Role of Distress Tolerance in the Relationship between Affect and NSSI. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, *26*(2), 761–775. https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1833797

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, *42*(4), 385–396. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5

Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *74*(4), 695–709. https://doi.org/10.1002/jclp.22553

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-08]