

The Effect of Mindfulness Therapy on Tolerance of Uncertainty and Thought-Action Fusion in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Moslem Asli Azad¹, Gholamreza Manshaei^{*2}, Amir Ghamarani³

1. Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Isfahan University, Iran

Received: April 18, 2018

Accepted: July 3, 2018

Abstract

Background and Purpose: Obsessive-compulsive disorder is a serious disorder that affects psychological, communicative, social, and emotional processes. Accordingly, the present study was conducted with the aim of investigating the effect of mindfulness therapy on tolerance of uncertainty, and thought-action fusion in patients with obsessive-compulsive disorder.

Method: This was a semi-experimental study with pre-test-post-test control group design with a follow-up of two months. The sample consisted of 30 patients with obsessive-compulsive disorder in Isfahan during the academic year of 2017-2018. They were selected by purposeful sampling. The experimental group received mindfulness intervention in 10 sessions of 75 minutes during three months. *Maudsley obsession questionnaire* (Hajson and Rachman, 1980), *tolerance of uncertainty* (Mcleen, 1993), and *thought-action fusion questionnaire* (Shefran et.al, 1996) were used to collect data. Data were analyzed by repeated measure ANOVA.

Results: The results showed that mindfulness therapy had a significant effect on the tolerance of uncertainty and thought-action fusion in patients with obsessive-compulsive disorder ($F = 11.13$, $F = 79.98$, $P < 0.001$). Also, the effect of this treatment is maintained during the follow-up phase ($P < 0/001$). The degree of statistical effect of mindfulness therapy on tolerance of uncertainty and thought-action fusion were 40% and 73% respectively.

Conclusion: Based on the findings of the present study, it can be concluded that by creating knowledge of thoughts and feelings, the mindfulness therapy can increase tolerance of uncertainty and reduce the thought-action fusion in patients with obsessive compulsive disorder.

Keywords: Mindfulness, tolerance of uncertainty, thought-action fusion, obsessive-compulsive disorder

Citation: Asli Azad M, Manshaei G, Ghamarani A. The effect of mindfulness therapy on tolerance of uncertainty and thought-action fusion in patients with obsessive-compulsive disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019; 6(1): 83-94.

***Corresponding author:** Gholamreza Manshaei, Assistant Professor, Department of Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.
Email: Smanshaee@yahoo.com Tel: (+98) 9133170300

تأثیر درمان ذهن آگاهی بر تحمل ابهام و درآمیختگی فکر و عمل مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری

مسلم اصلی آزاد^۱، غلامرضا منشی^{۲*}، امیر قهرانی^۳

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۴/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۱/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: وسواس بی‌اختیاری، اختلالی جدی است که دیگر فرایندهای روان‌شناختی، ارتباطی، اجتماعی، و هیجانی فرد را با آسیب مواجه می‌کند. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان ذهن آگاهی بر تحمل ابهام و درآمیختگی فکر و عمل مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه است. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، جایدهی شدند. گروه آزمایش مداخله ذهن آگاهی را طی سه ماه در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت کردند. پرسشنامه‌های مورد استفاده شامل پرسشنامه وسواس مادزلی (هاجسون و راجمن، ۱۹۸۰)، پرسشنامه تحمل ابهام (مک‌لین، ۱۹۹۳) و پرسشنامه آمیختگی فکر و عمل (شفران و همکاران، ۲۰۰۴) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر تحمل ابهام و درآمیختگی فکر و عمل مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری تأثیر معناداری داشته است ($F=13/11$, $F=79/98$, $P<0/001$) که این تأثیر در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است ($P<0/001$). میزان تأثیر آماری درمان ذهن آگاهی بر تحمل ابهام و درآمیختگی فکر و عمل به ترتیب ۴۰ و ۷۳ درصد بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که درمان ذهن آگاهی با ایجاد آگاهی در مراجع نسبت به افکار و احساسات می‌تواند باعث افزایش تحمل ابهام و کاهش درآمیختگی فکر و عمل در مبتلایان به وسواس بی‌اختیاری شود.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، تحمل ابهام، درآمیختگی فکر و عمل، اختلال وسواس فکری-عملی

*نویسنده مسئول: غلامرضا منشی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی،

اصفهان، ایران.

ایمیل: Smanshaee@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۳۳۱۷۰۳۰۰

مقدمه

وسواس بی‌اختیاری^۱، اختلال اضطرابی پیچیده، تضعیف‌کننده و مزمن است که ۳-۲ درصد کودکان و بزرگسالان به آن مبتلا هستند (۱ و ۲). این اختلال مشکلی جدی در زمینه سلامت روان محسوب می‌شود که شروع آن حداقل در نیمی از مراجعان در دوران کودکی و نوجوانی است (۳). مشخصه اصلی وسواس بی‌اختیاری، افکار و یا اعمال وسواسی تکرارشونده است. شدت این افکار و اعمال وسواسی به اندازه‌ای است که برای بیمار بسیار وقت‌گیر (بیش از یک ساعت در روز) و منجر به پریشانی یا آسیب قابل ملاحظه می‌شوند (۴). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد نوجوانان به طور کلی افکار مزاحمی را تجربه می‌کنند که متفاوت از افکار تجربه شده در اختلال وسواس بی‌اختیاری نیستند و اگر این افکار منجر به ناراحتی شده و یا به شیوه فعال‌تر مدیریت شوند معمولاً برای مدت طولانی‌تری تداوم می‌یابند (۵). اختلال وسواس به دلیل خاصیت ناتوان‌کنندگی می‌تواند حیطه‌های مختلف تحول کودک و نوجوانان را متأثر ساخته و از این طریق عملکرد کلی آنان را با آسیب جدی مواجه سازد (۶).

پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند که بین وسواس بی‌اختیاری و آمیختگی فکر و عمل^۲ رابطه معنادار و قوی وجود دارد (۷-۹). آمیختگی فکر-عمل به عقایدی اشاره دارد که در آن افکار و اعمال به طور غیرقابل تفکیکی به یکدیگر پیوسته و متصل‌اند (۱۰) و دو شکل خاص دارد: (۱) احتمال آمیختگی: یعنی اعتقاد به اینکه افکار ناخواسته و مزاحم، می‌توانند باعث وقوع حوادث خاصی شوند و یا احتمال وقوع حوادث خاصی را افزایش دهند، (۲) اخلاق آمیختگی فکر و عمل، یعنی اعتقاد به این که افکار غیرقابل پذیرش و مزاحم از لحاظ اخلاقی برابر و معادل با اعمال و رفتارهای آشکار غیرقابل پذیرش است (۱۱-۱۰).

عدم تحمل ابهام^۳ دیگر مؤلفه‌ای است که در پدیدایی و پایداری اختلال وسواس بی‌اختیاری دارای نقش پررنگی است، چرا که عدم تحمل ابهام نقش اصلی را در ایجاد و تداوم نگرانی افراطی ایفا می‌کند (۱۶-۱۲) و بسیاری از پژوهش‌ها به بررسی نقش تحمل ابهام در این اختلال پرداخته‌اند (۱۷). کرون در مدل خود فرض می‌کند که عدم تحمل ابهام می‌تواند باعث شکل‌گیری نیروی برانگیزاننده‌ای شود که می‌تواند با فراخواندن نگرانی و وسواس‌های فکری و عملی، با اختلال‌های مختلفی در ارتباط باشد. با وجود اینکه نگرانی و نشخوار فکری منجر به تداوم آسیب می‌شود، بیماران به طور مداوم در دام آن گیر می‌افتند. این نوع درگیر شدن در فرایندهایی که زیان‌هایی نیز برای بیماران دارد، به دلیل فوایدی است که این افراد برای نگرانی و نشخوار فکری در نظر گرفته‌اند (۱۸).

روش‌های درمانی و آموزشی گوناگونی جهت بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، عاطفی، و ارتباطی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری به کار گرفته شده است. یکی از جدیدترین درمان‌ها، درمان ذهن آگاهی^۴ است که فنون و استعاره‌های مورد استفاده در آن، مطابق با سطح شناختی کودکان و نوجوانان طراحی شده و در پژوهش‌های خارجی نیز برای افراد مبتلا به پرخاشگری، اختلال تنیدگی پس از سانحه، اختلال وسواس بی‌اختیاری، اختلال درد، اختلال افسردگی و نظایر آن به کار رفته است (۱۹). همچنین درمان ذهن آگاهی با افراد نمونه کودک و بزرگسال در پژوهش‌های پری-پارایش و همکاران (۲۰)، قاسمی بیستگانی و موسوی نجفی (۲۱)، هوپ وود و اسپجات (۲۲)، هافمن و گومز (۲۳)، کروسول و همکاران (۲۴)، و کروسکا و همکاران (۲۵) مورد استفاده و کارآیی آن تأیید شده است. ذهن آگاهی افراد را توانمند می‌سازد که بتوانند افکار و رفتارهایی که قبلاً ناهشیار یا اتوماتیک بودند، را تبدیل به پدیده‌هایی قابل مشاهده کنند که در بدن یا ذهن خود آنها در حال وقوع هستند (۲۶). این حالت

3. Intolerance of uncertainty
4. Mindfulness Therapy

1. Obsessive- Compulsive Disorder
2. Thought ° Action Fusion

ذهن آگاهی بر درآمیختگی فکر و عمل و تحمل ابهام مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری تأثیر دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. متغیر مستقل درمان ذهن آگاهی و متغیرهای وابسته درآمیختگی فکر و عمل و تحمل ابهام بود. در این پژوهش، جامعه آماری را تمامی مبتلایان دختر و پسر ۱۴ تا ۱۶ ساله مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری مشغول به تحصیل در مدارس دوره متوسطه اول شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که از بین نواحی شش‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، ناحیه ۶ انتخاب شد. سپس به منظور شناسایی دانش‌آموزان دارای علائم اختلال وسواس بی‌اختیاری، پرسشنامه وسواس به تعداد ۳۸۴۰ نسخه در مدارس متوسطه اول دخترانه و پسرانه توزیع شد. پس از جمع‌آوری و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، تعداد ۳۷۵ پرسشنامه به دلیل عدم پاسخ‌گویی مناسب حذف شد و تعداد ۳۴۶۵ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. در گام بعد، دانش‌آموزانی که نمرات بالاتر از میانگین در پرسشنامه وسواس به دست آورده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند (نمرات بالاتر از ۱۵: در جامعه ایرانی). در این مرحله تعداد ۸۹ نفر نمرات بالاتر از میانگین به دست آوردند. سپس این دانش‌آموزان با استفاده از مصاحبه بالینی با بهره‌گیری از پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ توسط نویسنده اول مقاله (دانشجوی دکتری روان‌شناسی) مورد بررسی مجدد قرار گرفته و تعداد ۷۲ نفر از این دانش‌آموزان دارای اختلال وسواس بی‌اختیاری تشخیص داده شدند. در مرحله آخر تعداد ۳۰ نفر از این دانش‌آموزان که بالاترین نمرات را در پرسشنامه وسواس به دست آورده

به عنوان ادراک مجدد توصیف شده است، یعنی آنچه قبلاً موضوع بود تبدیل به شیء می‌شود (۲۷). این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای کشیده، تمرین و مرور بدن و چند تمرین دیگر است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس، و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در لحظه حاضر میسر می‌سازند و پردازش‌های خودکار را کاهش می‌دهند (۲۸).

درباره ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که اختلال وسواس بی‌اختیاری باعث ایجاد اختلال در فرایند بازی کردن، اجتماعی شدن، عملکرد فعال در خانواده، و شرکت در مدرسه در نزد کودکان و نوجوانان می‌شود (۲۹). اختلال در عملکرد تحصیلی نوجوانان نیز می‌تواند مشکل در تمرکز، نداشتن وقت کافی برای تحصیل به دلیل درگیر شدن با تشریفات و شکست یا کام‌نایافتگی در بازگشت به کارها و تکالیف مدرسه را در پی داشته باشد (۳۰). همچنین باید اشاره کرد که عدم درمان اختلال وسواس بی‌اختیاری در نوجوانی می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های بیشتر در دوره بزرگسالی و همچنین پدیدایی دیگر آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی مانند افسردگی در نزد این افراد شود (۳۱-۳۲). بر این اساس به کارگیری روش‌های درمانی کارآمد می‌تواند به عنوان راهگشایی در جهت بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی این نوجوانان به شمار رود. حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی در نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری مانند ضعف در آمیختگی فکر و عمل، تحمل ابهام پایین (۹-۷، ۱۶-۱۳)، اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب، و از سوی دیگر تأیید کارآیی درمان ذهن آگاهی در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی کودکان، نوجوانان، و بزرگسالان (۲۵-۲۰)، مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition (DSM- V)

۲. مقیاس تجدیدنظر شده آمیختگی فکر^۳: مقیاس آمیختگی فکر و عمل نوعی ابزار خود گزارشی است که توسط شفران و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی و ساخته شده و دارای ۱۹ گویه است. ۱۲ گویه این مقیاس مربوط به اخلاق «آمیختگی فکر - عمل» (۱-۱۲) و ۷ گویه بعدی مربوط به احتمال «آمیختگی فکر - عمل» است. این ابزار در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۰ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) توسط آزمودنی‌ها، درجه‌بندی می‌شوند. دامنه نمرات این مقیاس از ۰-۷۶ است و نمرات بالاتر، بیانگر آمیختگی فکر - عمل شدیدتر در فرد است. شفران و همکاران آلفای کرونباخ این مقیاس و زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند (۱۱). یورولماز، ییلماز و گنکوز ضریب آلفای کرونباخ احتمال آمیختگی فکر - عمل را ۰/۹۲، اخلاق آمیختگی فکر - عمل را ۰/۸۵، و همسانی درونی برای مقیاس کلی را ۰/۸۶ گزارش کردند. همچنین ضریب اعتبار دونیمه‌ای گاتمن برای مقیاس کلی ۰/۹۲، برای ۷ گویه احتمال آمیختگی فکر - عمل ۰/۹۲، و برای ۱۲ گویه اخلاق آمیختگی فکر - عمل، ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. همچنین این پژوهشگران روایی محتوایی پرسشنامه حاضر را مطلوب گزارش کرده‌اند (۳۶). اعتبار پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس احتمال آمیختگی فکر - عمل، ۰/۹۰، برای اخلاق آمیختگی فکر - عمل، و ۰/۸۹ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۰ محاسبه شد.

۳. مقیاس تحمل ابهام^۴: مقیاس تحمل ابهام مک‌لین (۱۹۹۳) از ۲۲ گویه و به منظور ارزیابی میزان تحمل ابهام تشکیل شده است. نسخه بعدی این پرسشنامه در ۱۳ سوال تدوین شده است که در پژوهش حاضر نیز از این فرم استفاده شده است. پاسخ به این مقیاس براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی (از کاملاً مخالفم: نمره ۱ تا کاملاً موافقم: نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. با توجه به شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه، کسب نمره بالاتر

بودند (نمرات بالاتر از میانگین و به صورت ترتیب‌بندی شده)، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه وسواس، داشتن علائم وسواس بی‌اختیاری با توجه به پنج‌مین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، برخورداری از سلامت جسمی، تحصیل در دوره متوسطه اول، و داشتن سن ۱۳ تا ۱۹ سال بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری، انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی، و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود.

ب) ابزار

۱. پرسشنامه وسواس مادزلی^۱: این پرسشنامه به منظور بررسی میزان نشانه‌های اختلال وسواس در افراد استفاده شد. پرسشنامه وسواس توسط هاجسون و راجمن^۲ در سال ۱۹۸۰ به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است و دارای ۳۰ سوال است. پاسخ سوالات به صورت صحیح و غلط است. بر این اساس پاسخ‌دهندگان نمراتی بین صفر تا ۳۰ به دست می‌آورند و کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده وجود اختلال وسواس در افراد است. راجمن و هاجسون شاخص‌های روایی همگرا، روایی سازه، و پایایی این آزمون را با روش آزمون-بازآزمون مجدد، رضایت‌بخش گزارش کرده و در نمونه‌های مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و افراد فاقد این اختلال تأیید کردند (به نقل از ۳۳). نورمن و همکاران نیز برای این آزمون همسانی درونی را با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند (۳۴). در ایران نیز محمدخانی و فرجاد روایی محتوایی این آزمون را مورد تأیید و همچنین پایایی آن را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند (۳۵).

3. Tolerance of uncertainty

4. Thought-action fusion questionnaire

1. Maudsley obsession questionnaire

2. Rachman & Hodgson

ج) برنامه مداخله‌ای: برنامه مداخله‌ای این مطالعه برگرفته از مداخله ذهن آگاهی کودک و نوجوان محور بردیک بود که اعتبار آن توسط منشی، اصلی آزاد، حسینی و طیبی (۱۹) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. شرح جلسات این مداخله و همچنین تمرینات و استعاره‌های به کار رفته در آن مختص سن کودکی و نوجوانی است. این جلسات در قالب ۱۰ جلسه آموزشی گروهی (هر گروه ۵ نفره) به مدت ۷۵ دقیقه در طی سه ماه توسط نویسنده اول پژوهش در محل اتاق مشاوره آموزشگاه علامه طباطبایی به صورت هفته‌ای یک جلسه به شرح زیر اجرا شد:

نشان دهنده تحمل ابهام پایین تر است و بالعکس. این مقیاس از همسانی درونی مناسب (آلفای کرونباخ = ۰/۹۰) برخوردار بوده و همبستگی آن با پرسش‌نامه بلا تکلیفی، ۰/۵۷ گزارش شده است که بیانگر روایی سازه مطلوب آن است (۳۷). مک‌لین (۳۸) پایایی درونی مناسبی را برای هر دو فرم ۲۲ و ۱۳ گویه‌ای گزارش کردند (آلفای کرونباخ فرم ۱۳ گویه‌ای: ۰/۸۲؛ و فرم ۲۲ گویه‌ای: ۰/۸۶). آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش سلمانی و حسینی (۳۷) نیز ۰/۹۴ به دست آمد. همچنین در مطالعه حاضر، اعتبار پرسشنامه حاضر به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان ذهن آگاهی (۱۹)

جلسه	هدف	محتوا
یکم	آشنایی با افراد، جلب مشارکت والدین و انجام تمرینات مقدماتی ذهن آگاهی	معرفی آموزش ذهن آگاهی و تعریف آن و توضیح درباره علت اجرای این دوره آموزشی برای شرکت کنندگان، توضیح درباره چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجانیدن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین و یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت‌های تمرینات مراقبه ذهن آگاهی (وضعیت نشستن روی صندلی، وضعیت خوابیده، نشستن به حالت چهار زانو، حالت لوتوس کامل، وضعیت دست‌ها)، و ارایه تکلیف خانگی. صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان در مورد ذهن آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی، ارایه تکلیف خانگی.
دوم	کسب آگاهی نسبت به تنفس آگاهانه	صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان از ذهن آگاهی و تکرار تنفس ذهن آگاهانه و آموزش اسکن بدن، ارایه تکلیف خانگی
سوم	آموزش اسکن بدن	تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب، انجام حرکات ذهن آگاهانه، ارایه تکلیف خانگی.
چهارم	کسب آگاهی نسبت به اعمال پنج حس اصلی بدن	صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان از تمرینات ذهن آگاهی و آموزش ذهن آگاهی نسبت به پنج حس (خوردن ذهن آگاهانه، گوش دادن ذهن آگاهانه، لمس کردن ذهن آگاهانه، بوییدن ذهن آگاهانه، دیدن ذهن آگاهانه) به همراه تکرار تمرین تنفس ذهن آگاهانه و ارایه تکلیف خانگی.
پنجم	کسب آگاهی نسبت به هیجانات	انجام تنفس آرمیدگی مقدماتی، انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به هیجانات و یادداشت‌نویسی درباره ذهن آگاهی نسبت به هیجانات، استفاده از سناریوهای "بازرس مفید و بازرس غیر مفید". ارایه تکلیف خانگی
ششم	مرور تمرینات تنفسی	مرور تمرینات تنفسی و اسکن بدن و انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار "مراقبه رودخانه روان". ارایه تکلیف خانگی
هفتم	کسب آگاهی نسبت به عملکرد عضلات	تکرار تمرینات پایه تنفسی (تنفس آرمیدگی) و تمرین تنش‌زدایی عضلانی تدریجی، انجام بازی "عوض کردن کانال". ارایه تکلیف خانگی
هشتم	کسب آگاهی نسبت به حرکات بدن	انجام تمرینات تنفسی پایه (مراقبه تنفسی)، انجام حرکات ذهن آگاهانه، تکرار سناریوی "بازرس مفید و غیر مفید" و ارایه تکلیف خانگی
نهم	بکارگیری ذهن آگاهی در زندگی روزمره	مرور تمرینات ذهن آگاهی که در طی جلسات گذشته آموزش داده شد و آموزش "ذهن آگاهی در فعالیت روزانه". مراقبه محبت شفقت‌آمیز (آرزوهای دوستانه). ارایه تکلیف خانگی

مراجعه به مدارس متوسطه اول این ناحیه، با کمک ابزارهای لازم افراد نمونه انتخاب شدند و به تصادف در گروه‌های

د) روش اجرا: جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان آموزش و پرورش ناحیه ۶ اصفهان انجام شد. سپس با

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای درهم آمیختگی فکر و عمل و تحمل ابهام گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

آزمایش و گواه جایدهی شدند. در نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخله ذهن آگاهی (۱۹) در ۱۰ جلسه آموزشی ۷۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی سه ماه اجرا شد در حالی که گروه گواه چنین مداخله‌ای را دریافت نکردند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در برنامه مداخله جلب شد و آنها از تمامی مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی، این مداخلات را دریافت خواهند کرد. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

جدول ۲: نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درهم آمیختگی فکر و عمل	گروه آزمایش	۵۳/۵۳	۶/۹۲	۴۴/۲۰	۵/۴۹	۴۰/۵۳	۵/۶۳
	گروه گواه	۵۳/۲۶	۶/۷۱	۵۲/۸۰	۶/۶۳	۵۲/۰۶	۷/۹۸
تحمل ابهام	گروه آزمایش	۴۱/۹۳	۵/۴۴	۳۲/۹۳	۵/۳۶	۳۰/۴۶	۴/۶۱
	گروه گواه	۴۱/۲۶	۴/۷۰	۴۱/۸۰	۴/۸۹	۳۹/۴۰	۴/۶۷

نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌دهد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (درهم آمیختگی فکر و عمل و تحمل ابهام) معنادار نبوده است ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای فکر و عمل و تحمل ابهام رعایت شده است ($P > 0/05$).

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو و ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای درهم آمیختگی فکر و عمل و تحمل ابهام در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری برقرار است ($F = 0/49, P > 0/05$)؛ ($F = 0/58, P > 0/05$)؛ همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی برای مؤلفه‌های درهم آمیختگی فکر و عمل و تحمل ابهام

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مراحل	درهم آمیختگی فکر و عمل
۱	۰/۷۹	۰/۰۰۰۱	۱۰۷/۷۸	۳۹۶/۳۰	۲	۷۹۲/۶۰	مراحل	درهم آمیختگی فکر و عمل
۰/۹۷	۰/۳۶	۰/۰۰۱	۱۴/۴۹	۹۸۶/۷۱	۱	۹۸۶/۷۱	گروه‌بندی	
۱	۰/۷۳	۰/۰۰۰۱	۷۹/۹۸	۲۸۳/۰۷	۲	۵۶۵/۱۵	تعامل مراحل و گروه‌بندی	خطا
				۳/۶۷	۵۶	۲۰۵/۹۱		

۱	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱	۱۵/۰۹	۳۴۱/۴۳	۲	۶۸۲/۸۶	مراحل
۰/۹۹	۰/۴۳	۰/۰۰۰۱	۲۱/۲۷	۷۳۳/۸۷	۱	۷۳۳/۸۷	گروه‌بندی
۰/۹۸	۰/۴۰	۰/۰۰۰۱	۱۳/۱۱	۲۲۸/۸۱	۲	۴۵۷/۶۲	تحمل ابهام تعامل مراحل و گروه‌بندی
			۲۲/۶۲		۵۶	۱۲۶۶/۸۴	خطا

پس‌آزمون، و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت درمان ذهن آگاهی با گروه گواه در متغیر پژوهش در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری گزارش شده است.

همان‌گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر درهم آمیختگی فکر و عمل (۷۹/۹۸) و برای متغیر تحمل ابهام (۱۳/۱۱) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش (درهم آمیختگی فکر و عمل و تحمل ابهام) در سه مرحله پیش‌آزمون،

جدول ۴: نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری در متغیرهای پژوهش

مؤلفه	مرحله	میانگین آزمایش	میانگین گواه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
درآمیختگی فکر و عمل	پیش‌آزمون	۵۳/۵۳	۵۳/۲۶	۰/۲۶	۱/۷۴	۰/۸۷
	پس‌آزمون	۴۴/۲۰	۵۲/۸۰	-۸/۶۰	۱/۸۹	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۴۰/۵۳	۵۲/۰۶	-۱۱/۵۳	۱/۸۵	۰/۰۰۰۱
تحمل ابهام	پیش‌آزمون	۴۱/۹۳	۴۱/۲۶	۰/۶۶	۱/۸۱	۰/۷۱
	پس‌آزمون	۳۲/۹۳	۴۱/۸۰	-۸/۸۶	۱/۵۴	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۳۰/۴۶	۳۹/۴۰	-۸/۹۳	۲/۲۲	۰/۰۰۰۱

تحمل ابهام مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر تحمل ابهام و درآمیختگی فکر و عمل مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری انجام گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر تحمل ابهام و درآمیختگی فکر و عمل نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری تأثیر معناداری داشته است ($p < ۰/۰۰۱$). علاوه بر این نتایج نشان داد که این درمان توانسته تأثیر خود را در زمان نیز به شکل معناداری حفظ کند ($p < ۰/۰۰۱$).

نتایج پژوهش حاضر درباره اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر درآمیختگی فکر و عمل نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس

همان‌گونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای درآمیختگی فکر و عمل و تحمل ابهام تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون (۰/۸۷ و ۰/۷۱) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱) و پیگیری (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱) در متغیرهای درآمیختگی فکر و عمل و تحمل ابهام، معنی‌دار است، در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه است. این یافته بدان معناست که درمان ذهن آگاهی توانسته منجر به کاهش درآمیختگی فکر و عمل و بهبود درآمیختگی فکر و عمل و

تعمیلات اجتنابی افراد با اختلال وسواس بی‌اختیاری تأثیر گذاشته و در نتیجه از اجتناب شناختی و در نتیجه از آمیختگی افکار با عمل، جلوگیری می‌شود.

دیگر یافته پژوهش نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر تحمل ابهام نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری تأثیر معناداری داشته است. همسو با این یافته حاضر، کروسول و همکاران (۲۴) بیان کرده‌اند که درمان ذهن آگاهی با به‌کارگیری آگاهی شناختی و هیجانی می‌تواند سلامت هیجانی افراد را ارتقا بخشد. علاوه بر این قاسمی بیستگانی و موسوی نجفی (۲۱)، کاربرد درمان ذهن آگاهی کودک محور را بر مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی کودکان مورد بررسی قرار دادند و گزارش کرده‌اند که درمان ذهن آگاهی دارای کارایی لازم جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی کودکان و نوجوانان است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که ذهن آگاهی و مهارت‌های ذهن آگاهی به افراد یاری می‌رساند تا نسبت به الگوهای افکار، عواطف، هیجانات، و رفتارهای ارتجاعی خود بیش و بصیرت پیدا کند و سپس بتواند به صورت ماهرانه پاسخ‌های هدفمند مفید را انتخاب کنند، به جای آنکه به طور خودکار با روش‌های خو گرفته و ناهشیار نسبت به وقایع محیطی، واکنش نشان دهند (۲۵). این فرایند زمانی مهم‌تر جلوه می‌کند که در نظر داشته باشیم نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری به دلیل پایین بودن سطح تحمل ابهام، عموماً روش‌هایی را برای پاسخ به رویدادهای محیطی برمی‌گزینند که قبلاً به آن خو گرفته‌اند (۱۶). بر این اساس آنها توانایی روان‌شناختی جهت پاسخگویی نوآورانه را در خود احساس نمی‌کنند، بنابراین درمان ذهن آگاهی با ایجاد تغییر در ساختار عواطف، احساسات، هیجانات، و افکار افراد را قادر می‌سازد که با آگاهی از فرایندهای شناختی و فراشناختی خود بتوانند بدون رنج از ابهام، پاسخ‌های جدیدی را در فرایند شناختی خود ایجاد و بروز دهند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند وضعیت هوشی افراد حاضر در

بی‌اختیاری همسو با یافته پری-پریش و همکاران (۲۰) و هوپ وود و اسچات (۲۲) است، چنانکه این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود بیان کرده‌اند که درمان ذهن آگاهی می‌تواند در درمان مؤلفه‌های روان‌شناختی کودکان و نوجوانان دارای آسیب‌های روان‌شناختی، روی آوردی مناسب به شمار آید. این پژوهشگران بر این عقیده‌اند که درمان ذهن آگاهی با افزایش آگاهی شناختی و فراشناختی افراد سبب می‌شود تا آنها توانایی بیشتری در مهار، مدیریت و نظارت بر افکار، و رفتار خود به دست آورده و خودنظم‌بخشی بالاتری را تجربه کنند. بر این اساس می‌توان این‌گونه بیان کرد که انجام تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی موجب افزایش آگاهی نوجوان به خود، دیگران و موقعیت‌ها در زمان کنونی، به جای گذشته و آینده می‌شود. بدین ترتیب افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری می‌آموزند که هر لحظه با نگاهی نو به خود و محیط، از طریق پاسخ‌های سازش‌یافته به جای واکنش‌های سریع به موقعیت‌ها، بین خود و زمینه تفاوت قائل شده و از این طریق بین فکر و عمل گسل ایجاد کنند. این فرایند سبب می‌شود تا این نوجوانان بتوانند خود را از درهم‌آمیختگی فکر و عمل جدا کنند. علاوه بر این یکی از آموخته‌های اصلی درمان ذهن آگاهی، کسب آگاهی نسبت به افکار، احساسات و حس‌های بدنی بدون قضاوت و در هم‌تنیدگی با آنهاست (۲۸)، بنابراین نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری با کسب این آگاهی از در هم‌تنیدن با افکار خود دور شده و مرزی را بین افکار و اعمال خود به وجود می‌آورند.

علاوه بر این باید اشاره کرد که نتایج پژوهش حاضر با یافته کروسول و همکاران (۲۴) مبنی بر تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر بازیابی عاطفی و بهبود هیجانات و همچنین با یافته کروسکا و همکاران (۲۵) مبنی بر تأثیر ذهن آگاهی بر اجتناب شناختی افراد دارای اختلال وسواس بی‌اختیاری همسو بود. چنانکه منطبق با یافته این پژوهشگران، ذهن آگاهی می‌تواند با فعال کردن نظام شناختی و فراشناختی افراد بر

مربیان مدارس آموزش داده شود تا آنها با به‌کارگیری این شیوه درمان برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری در مدارس و مراکز مشاوره آموزش و پرورش، جهت بهبود تحمل ابهام و کاهش درآمیختگی فکر و عمل این نوجوانان، گامی عملی بردارند.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر برگرفته از رساله دکترای تخصصی به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۲۰۵۹ و با مجوز اجرای صادر شده از آموزش و پرورش ناحیه ۶ اصفهان با شماره نامه ۱۴۲۸-۵-۱۴-۰۴-۹۶ بود. بدین وسیله از تمام افراد نمونه، خانواده‌های آنان، و مسئولین آموزش و پرورش ناحیه ۶ اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای این پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان و موقعیت اجتماعی آنها، و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، و با کنترل عوامل و متغیرهای مزاحم، و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود که طی پژوهش‌های آتی، کارآیی درمان ذهن آگاهی در کودکان و نوجوانان با آسیب‌های بالینی مانند پرخاشگری، افسردگی، اختلال رفتار هنجاری، و نافرمانی مقابله‌ای نیز صورت پذیرد. با توجه به اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر تحمل ابهام و درآمیختگی فکر و عمل مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری، در سطح به‌کار بسته پیشنهاد می‌شود درمان ذهن آگاهی طی دوره‌های آموزشی ضمن خدمت تخصصی به مشاوران و

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

1. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2003; 15(1-2): 178-184. [Link]
2. Barton B, Heyman I. Obsessive° compulsive disorder in children and adolescents. *Paediatr Child Health*. 2016; 26(12): 527-533. [Link]
3. Ganji M. Psychological pathology based on DSM-5. Third Edition. Tehran: Savalan; 2018, pp: 322-323. [Persian].
4. Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2013; 17(3): 275-286. [Persian]. [Link]
5. Moreno-Amador B, Piqueras JA, Rodriguez-Jimenez T, Marzo JC, Mataix-Cols D. Adaptation and validation of the dimensional DSM-5 obsessive-compulsive related disorder scales in adolescents: Preliminary data. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2018; 19: 99° 104. [Link]
6. Reynolds KC, Gradisar M, Alfano CA. Sleep in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Sleep Med Clin*. 2015; 10(2): 133-141. [Link]
7. Rassin E, Diepstraten P, Merckelbach H, Muris P. Thought-action fusion and thought suppression and obsessive ° compulsive disorders. *Behav Res Ther*. 2001; 39(7): 757-764. [Link]
8. Alt n M, Gençöz T. How does thought-action fusion relate to responsibility attitudes and thought suppression to aggravate the obsessive-compulsive symptoms? *Behav Cogn Psychother*. 2011; 39(1): 99° 114. [Link]
9. Hezel DM, Stewart SE, Riemann BC, McNally RJ. Clarifying the thought-action fusion bias in obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2019; 20: 75° 84. [Link]
10. Berle D, Starcevic V. Thought-action fusion: Review of the literature and future directions. *Clin Psychol Rev*. 2005; 25(3): 263-284. [Link]
11. Shafran R, Rachman S. Thought° action fusion: A review. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2004; 35(2): 87-107. [Link]
12. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther*. 1998; 36(2): 215-226. [Link]
13. Takano K, Tanno Y. Self-rumination, self-reflection, and depression: Self-rumination counteracts the adaptive effect of self-reflection. *Behav Res Ther*. 2009; 47(3): 260° 264. [Link]
14. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther*. 2011; 49(3): 186-193. [Link]
15. Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-Compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behav Ther*. 2013; 44(3): 501° 513. [Link]
16. Faleer HE, Fergus TA, Bailey BE, Wu KD. Examination of an experimental manipulation of intolerance of uncertainty on obsessive-compulsive outcomes. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2017; 15: 64° 73. [Link]
17. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2006; 20(2): 158° 174. [Link]
18. Krohne HW. Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In: Krohne HW, editor. *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness*. Ashland, OH, US: Hogrefe & Huber Publishers; 1993, pp: 19° 50. [Link]
19. Bordick D. Mindfulness skills for the children and adolescents. Monshe ie GR, Asli Azad M, Hoseini L, Tayebi P. (Persian translator). First edition. Isfahan: Isfahan Islamic Azad University publication (Khorasgan); 2017, PP: 369-375. [Persian].

20. Perry-Parrish C, Copeland-Linder N, Webb L, Sibinga EMS. Mindfulness-based approaches for children and youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2016; 46(6): 172° 178. [\[Link\]](#)
21. Ghasemi Bistagani M, Musavi Najafi F. Effectiveness of child-centered mindfulness on social skills and self-efficacy of children with learning disabilities. *Social Behavior Research & Health*. 2017; 1(2): 91-99. [\[Link\]](#)
22. Hopwood TL, Schutte NS. A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post traumatic stress. *Clin Psychol Rev*. 2017; 57: 12° 20. [\[Link\]](#)
23. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2017; 40(4): 739° 749. [\[Link\]](#)
24. Crosswell AD, Moreno PI, Raposa EB, Motivala SJ, Stanton AL, Ganz PA, et al. Effects of mindfulness training on emotional and physiologic recovery from induced negative affect. *Psychoneuroendocrinology*. 2017; 86: 78° 86. [\[Link\]](#)
25. Kroska EB, Miller ML, Roche AI, Kroska SK, O Hara MW. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *J Affect Disord*. 2018; 225: 326° 336. [\[Link\]](#)
26. Semple RJ, Lee J. Chapter 8 - mindfulness-based cognitive therapy for children. In: Baer RA, editor. *Mindfulness-based treatment approaches*. Second Edition. San Diego: Academic Press; 2014, pp: 161° 188. [\[Link\]](#)
27. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol*. 2006; 62(3): 373° 386. [\[Link\]](#)
30. Armstrong AB. Acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder [Doctoral Thesis]. [Logan, USA]: Department of Psychology, Utah State University; 2011, pp: 121-124. [\[Link\]](#)
31. Jones PJ, Mair P, Riemann BC, Mugno BL, McNally RJ. A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2018; 53: 1° 8. [\[Link\]](#)
32. Borda T, Neziroglu F, Taboas W, McKay D, Frenkiel L. Overvalued ideation in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2017; 255: 66° 71. [\[Link\]](#)
33. Sternberger LG, Burns GL. Maudsley obsessional-compulsive inventory: obsessions and compulsions in a nonclinical sample. *Behav Res Ther*. 1990; 28(4): 337° 340. [\[Link\]](#)
34. Norman RMG, Davies F, Malla AK, Cortese L, Nicholson IR. Relationship of obsessive compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population. *Br J Clin Psychol*. 1996; 35(4): 553° 566. [\[Link\]](#)
35. Mohammadkhani S, Farjad M. The relationship of the metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive symptoms in nonclinical population. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 1(3): 35° 51. [Persian]. [\[Link\]](#)
36. Yorulmaz O, Yılmaz AE, Gençöz T. Psychometric properties of the Thought Action Fusion Scale in a Turkish sample. *Behav Res Ther*. 2004; 42(10): 1203° 1214. [\[Link\]](#)
37. Salmani B, Hasani J. The role of intolerance of uncertainty and positive metacognitive beliefs in obsessive compulsive disorder and depression. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2016; 23(142): 64-72. [Persian]. [\[Link\]](#)
38. Mclain DL. The MSTAT-1: A new measure of individual s tolerance for ambiguity. *Educ Psychol Meas*. 1993; 53(1): 183-189. [\[Link\]](#)