

Presenting a Causal Model of Obsessive-compulsive Disorder in Adolescents based on Psychological Flexibility and Metacognition with the Mediating Role of Mindfulness

Safari mousavi, S.S., Nadri, *M., Koulivand, B., Sadeghi, M.

Abstract

Introduction: Obsessive-compulsive disorder is one of the most common psychological disorders that have a relatively high prevalence in adolescents. This disorder imposes a variety of social and economic costs on the affected individuals and society, and impacts their social, educational, and occupational functions. This study aimed to explore the symptoms of obsessive-compulsive disorder based on psychological flexibility and metacognition considering the mediating role of mindfulness.

Method: The study was cross-sectional and correlational type. A sample of 225 male and female high school students in Aleshtar city in the academic year 2017-2018 were selected using multi-stage cluster sampling method. Data were collected by Metacognition Questionnaire, Obsessive-compulsive Disorder Questionnaire, Acceptance and Action Questionnaire, and Mindfulness Questionnaire. Pearson correlation coefficient and structural equations modeling were administered for data analysis.

Results: The evaluation of the model showed an acceptable fitness of good for the hypothetical model. The results of the model analysis showed that the predictor variables of psychological resilience and metacognitive beliefs had a direct and indirect effect on the symptoms of obsessive-compulsive disorder through direct and indirect mediation ($p < 0.01$). Mindfulness also showed a direct and significant effect on obsessive-compulsive disorder ($p < 0.01$).

Conclusion: It could be concluded that psychological flexibility and modulation of dysfunctional metacognitive beliefs could reduce the symptoms of obsessive-compulsive disorder. This effect could be mediate by mindfulness to reduce the obsessive compulsive symptoms. Training workshops on mindfulness, metacognition, and psychological flexibility, as well as, the use of treatments based on these variables are recommended to counselors and specialists active in this field to prevent and reduce the symptoms of this disorder in adolescents.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, psychological flexibility, Metacognition, Mindfulness.

ارائه مدل علی اختلال وسواس - بی‌اختیاری نوجوانان بر اساس انعطاف‌پذیری روانشناختی و فراشناخت با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی

سید سینا صفری موسوی^۱، مجتبی ندری^۲، بهناز کولیوند^۳، مسعود صادقی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۱

چکیده

مقدمه: اختلال وسواس - بی‌اختیاری یکی از اختلال‌های شایع روانشناختی است که در نوجوانان شیوع نسبتاً بالایی دارد. این اختلال هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی بسیاری را برای افراد مبتلا و جامعه ایجاد می‌کند و بر کارکردهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی این افراد تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف تبیین علائم اختلال وسواس - بی‌اختیاری بر اساس انعطاف‌پذیری روانشناختی و باورهای فراشناخت با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی انجام گرفته شد.

روش: پژوهش حاضر مقطعی و از نوع همبستگی بود. ۲۲۵ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه دوم شهرستان الشتر در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه فراشناخت، پرسشنامه وسواس - بی‌اختیاری، پرسشنامه پذیرش و عمل و پرسشنامه ذهن‌آگاهی بود. برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: ارزیابی مدل، نشان از برازش قابل قبول مدل فرضی داشت. نتایج تحلیل مدل نشان داد متغیرهای پیشبین انعطاف‌پذیری روانشناختی و باورهای فراشناخت به صورت مستقیم و غیرمستقیم با میانجی‌گری ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری دارای تأثیر معنادار بودند ($p < 0.01$). همچنین متغیر ذهن‌آگاهی دارای تأثیر مستقیم و معنادار بر اختلال وسواس - بی‌اختیاری بود ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاکی از آن است که انعطاف‌پذیری روانشناختی و تعدیل باورهای فراشناخت ناکارآمد می‌توانند نشانه‌های وسواس را کاهش دهد. در این بین ذهن‌آگاهی به عنوان متغیر میانجی بخشی از فرآیند اثرگذاری در کاهش نشانه‌های وسواس است. برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه ذهن‌آگاهی، فراشناخت و انعطاف‌پذیری روانشناختی و همچنین استفاده از درمان‌های مبتنی بر این متغیرها به منظور پیشگیری و کاهش نشانه‌های این اختلال در نوجوانان به مشاوران و متخصصان فعال در این حوزه پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس - بی‌اختیاری، انعطاف‌پذیری روانشناختی، فراشناخت، ذهن‌آگاهی.

مقدمه

۱/۲ میلیارد نفر از مردم جهان را نوجوانان تشکیل می‌دهند که بین ۱۰ تا ۱۹ سال سن دارند. مشکلات و بیماری‌ها در این دوره از زندگی مانع استفاده فرد از تمام توانایی‌ها و پتانسیل هایش می‌شود، در نتیجه شناسایی مشکلات و ناتوانی‌ها و انجام اقدامات مؤثر در طی این دوره نقشی ضروری در پیشگیری از مشکلات در دوره‌های بعدی زندگی، سلامت کشور و زیر بافت‌های جامعه دارد (۱). مشکلات روانشناختی مختلفی در دوره نوجوانی مشاهده شده است. از جمله اختلالات رایج در این دوره اختلال وسواس - بی‌اختیاری^۱ است. اختلال وسواس - بی‌اختیاری اختلالی شایع است که با افکار، تصاویر و استدلال‌های مداوم، مزاحم و ناخواسته و رفتار و اعمال تکراری که به منظور از بین بردن اضطراب‌ها ایجاد می‌شود مشخص شده است و می‌تواند باعث مشکلات فراگیری در فرد شود (۲-۳). اطلاعات موجود نشان می‌دهند که حدود ۲۵ درصد افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری در دوره نوجوانی و قبل از ۱۴ سالگی به آن مبتلا شده‌اند (۳). در پژوهش شمس و همکاران (۴) میزان شیوع نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری ۱۱/۲ گزارش شده است. اختلال وسواس - بی‌اختیاری اغلب یک دوره مزمن دارد (۵) و با نارسایی در توجه (۶)، نقص در توانایی هوشی (۷)، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی پایین (۸)، تعلل‌ورزی و روان رنجوری (۹) ارتباط دارد.

یکی از مفاهیمی که در سال‌های اخیر توجه پژوهشگران و متخصصان حوزه اختلالات وسواس را به خود جلب کرده است و نقش مهمی در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری دارد، مفهوم ذهن‌آگاهی^۲ است (۱۰). ذهن‌آگاهی عبارت است از حالت ذهنی پذیرا و بدون قضاوت در مورد افکار و احساسات، به صورت چیزهایی که مورد مشاهده قرار می‌گیرند بدون اینکه فرد آن‌ها را سرکوب یا انکار کند (۱۱). براین، ری و هیرون (۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که فقدان قضاوت و ارزیابی تجارب، عدم واکنش نسبت به تجارب و آگاهی از فرآیندهای ذهنی درونی به طور فزاینده ای فرآیندهای روانشناختی را پیش‌بینی می‌کند. ذهن‌آگاهی فرد را به ایجاد رابطه‌ی اساساً متفاوت با تجربه احساس‌های

درونی و حوادث بیرونی، از طریق ایجاد آگاهی لحظه به لحظه و جهت‌گیری رفتاری مبتنی بر مسئولیت عاقلانه به جای واکنش‌پذیری اتوماتیک، قادر می‌سازد. با به کارگیری هدفمند کارکردهای عالی ذهن از جمله توجه، آگاهی، نگرش مهربانانه، کنجکاوی و دلسوزی، ذهن‌آگاهی می‌تواند به طور مؤثر بر واکنش‌های هیجانی از طریق بازداری قشری سیستم لیمبیک کنترل اعمال نماید (۱۳). محققان مختلفی ارتباط ذهن‌آگاهی و اثربخشی این مداخله را بر نشانه‌های وسواس در مطالعات خود بررسی کرده‌اند (۱۴-۱۵-۱۶-۱۷). کرو و مک‌کی (۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری در مقایسه با گروه کنترل در مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی از جمله توصیف، عمل و آگاهی و فقدان ارزیابی به طور معنی‌داری نمرات کمتری به دست آورده‌اند.

انعطاف‌پذیری روانشناختی^۳ به عنوان یکی از مفاهیم اساسی در رویکردهای موج سوم رفتاری عاملی اثرگذار در سبب شناسی و درمان اختلال وسواس - بی‌اختیاری می‌باشد (۱۶-۲۹). انعطاف‌پذیری روانشناختی به صورت ارتباط با زمان حال به عنوان فردی آگاه، توانایی تغییر دادن رفتارهای ناکارآمد و انجام رفتارهای مرتبط با ارزش‌های فرد تعریف شده است. افرادی که انعطاف‌پذیری روانشناختی بالاتری دارند بیشتر احتمال دارد که به انجام رفتارهای مرتبط با ارزش‌های خود بپردازند و تجارب خود را بدون تلاش برای کنترل کردن یا حذف آن‌ها و آمیخته شدن بپذیرند و تجربه کنند (۳۰). انعطاف‌پذیری روانشناختی شامل شش مؤلفه: (۱) پذیرش (در نظر گرفتن تجارب درونی بدون قضاوت کردن آنها)؛ (۲) گسلس (جدا شدن از افکار و تجارب درونی)؛ (۳) ذهن‌آگاهی (تماس با زمان حال)؛ (۴) خود به عنوان زمینه (خودمشاهده‌گر)؛ (۵) ارزش‌ها و (۶) عمل متعهدانه، است (۳۱). در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و اختلال وسواس - بی‌اختیاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به واسطه استفاده از مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی شده است (۳۲). مطالعات مختلفی ارتباط بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و اختلال وسواس - بی‌اختیاری را تأیید کرده‌اند (۱۶-۳۰-۳۳-۳۴-۳۵). توهی، ویلاردیچ، لوین و هیز (۳۲) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که

1. Obsessive-compulsive disorder
2. Mindfulness

3. Psychological flexibility

پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین باورهای فراشناخت و نشانه‌های وسواسی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. اما در پژوهش حسن‌زاده و همکاران (۲۸) بین تمام مؤلفه‌های فراشناخت به جز کنترل افکار با اختلال وسواس - بی‌اختیاری تفاوت معنی‌داری مشاهده شده بود. برای بررسی نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی در ارتباط فراشناخت می‌توان به پژوهش‌های مختلفی اشاره کرد (۳۶-۳۷)، بر این اساس فلمینگ و دولان (۳۸) در پژوهشی عصب شناختی نشان دادند که بین فعالیت در لب پیشانی و فرآیندهای فراشناخت رابطه وجود دارد، در این میان فرب، سگال و مایبرگ (۳۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند، در آزمودنی‌هایی که ۸ جلسه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی را تجربه کرده‌اند افزایش فعالیت در لب پیش پیشانی مشاهده شده است. فرآیند ذهن‌آگاهی با تحریک سبک‌های فراشناختی پردازش اطلاعات منجر به شکل‌گیری تغییرات مفید در افراد می‌گردد و از طریق آگاهی نسبت به افکار، احساسات و نشانه‌های وسواس همراه با نگاه غیر قضاوتی نسبت به این فرآیندهای درون روانی کمک می‌کند تا افراد بتوانند فرآیندهای درون روانی را بپذیرند و با افزایش آگاهی از زمان حال نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری کاهش می‌یابد (۴۰).

مؤلفه انعطاف‌پذیری روانشناختی در قالب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پژوهش‌های متعددی را در زمینه اختلال وسواس برانگیخته است. در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و وسواس - بی‌اختیاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به واسطه استفاده از مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در افراد شده است در نتیجه راحت‌تر با افکار و حالات بدنی خود روبه‌رو می‌گردند که می‌تواند باعث کاهش نشانه‌ها در این دسته از آزمودنی‌ها می‌گردد (۳۱-۳۲). در ارتباط متغیرهای فراشناخت، انعطاف‌پذیری روانشناختی و ذهن‌آگاهی با اختلال وسواس - بی‌اختیاری در داخل و خارج کشور در سال‌های اخیر پژوهش‌های مختلفی صورت گرفته که گاه با نتایج متناقض همراه بوده است. عمده پژوهش‌های انجام گرفته در این حوزه غالباً پژوهش‌های همبستگی، آزمایشی و تک‌متغیره بوده و پژوهشی که متغیرها را با همدیگر و در ارتباط با هم و در قالب مدل بسنجد مشاهده نشد. به لحاظ نظری هر نوع

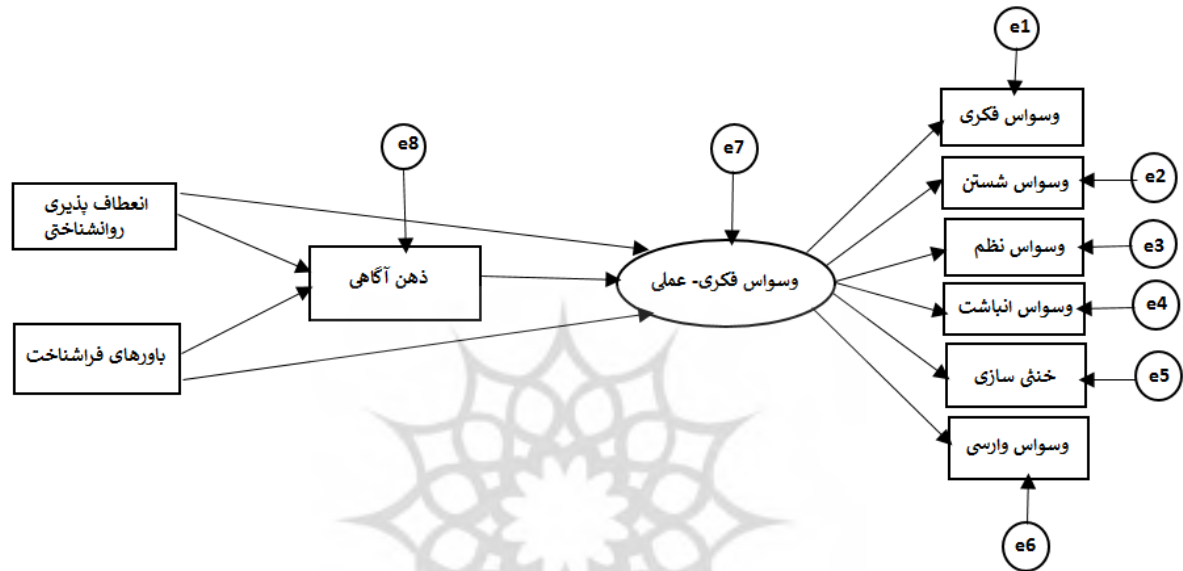
افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی که در طی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت گرفته منجر به کاهش شدت و نشانه‌های وسواس شده است.

مطالعه پیشینه پژوهش حاکی از آن است که باورهای فراشناخت^۱ نقش بسیار مهمی در ایجاد، حفظ و تداوم نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری ایفا کرده است (۱۸-۱۹). فراشناخت عامل بسیار مهم در رشد و حفظ اختلالات روانشناختی می‌باشد (۲۰) که شامل توصیف طیف وسیعی از فرآیندهای مرتبط با دانش و فرآیندهای شناختی است که در تعبیر، کنترل و شناخت درگیرند و به باورها و دیدگاهی که مردم درباره‌ی افکار خود دارند اشاره دارد (۲۱). بر طبق مدل‌های شناختی اختلال وسواس - بی‌اختیاری باورهای شناختی ناکارآمد و پاسخ به این باورها در توسعه و حفظ این اختلال مشارکت دارند (۲۲). مدل فراشناختی در مورد وسواس به دو بعد تقسیم می‌گردد که نقش مهمی در حفظ اختلال ایجاد می‌کند؛ ۱) باورهای فراشناخت درباره معنا و پیامدهای افکار و احساسات مزاحم، ۲) اعتقاد و باور فرد در مورد ضرورت انجام آیین‌ها و تشریفات در پاسخ به افکار وسواسی (۲۳). مطابق با نظر ولز (۲۴) شروع تفکر وسواسی زمانی تهدید برانگیز تجربه می‌شود که باورهای فراشناختی درباره‌ی معنای تفکرات راه‌اندازی شوند. زمانی که این باورها فعال شوند، این ارزیابی را فرا می‌خوانند که تفکرات خطرناکند، بنابراین منجر به احساس ترس / اضطراب و گناه / ناراحتی می‌گردد. همچنین این احساس‌ها به عنوان نشانه بیشتر برای واقعی بودن خطر مرتبط با افکار مزاحم است. در نتیجه فرآیندهای فراشناختی، راهبردهای خاصی را برای مقابله با تهدید ادراک شده فعال می‌سازند. این راهبردها شامل سرکوبی تفکر، خنثی‌سازی، واریسی و استدلال نشخوارگرانه است که با افزایش تکرار تفکر یا از طریق گسترش دامنه نشانه‌های مرتبط با تفکر، یا از طریق اشتغال به حالت‌های روانی، منجر می‌گردند. مطالعات مختلفی ارتباط بین فراشناخت و اختلال وسواس - بی‌اختیاری را بررسی کرده‌اند (۲۳-۲۴-۲۵-۲۶). در پژوهش گنزالس و همکاران (۲۶) بین نمرات باورهای فراشناخت در افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری با گروه غیر وسواسی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. میرز، گرات، هیسپس، گازی، هانسن و ووگل (۲۷) در

1. Metacognition

متغیرهای پایه‌ای و همچنین متغیرهایی که به عنوان میانجی در شکل‌گیری اختلال وسواس - بی‌اختیاری نقش ایفا می‌کنند منجر به توجه بیشتر به آن‌ها در مداخلات روانشناختی می‌شود. لذا هدف از پژوهش حاضر، مطالعه مدل‌یابی علی انعطاف‌پذیری روانشناختی و باورهای فراشناخت با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی در اختلال وسواس - بی‌اختیاری بود.

تلاشی در جهت شناسایی ساز و کارهای دخیل در پدیدآیی و تداوم اختلال وسواس - بی‌اختیاری، تلویحات پژوهشی مهمی را در بر دارد و می‌تواند ما را در تدوین پژوهش‌های بیشتری در زمینه عوامل بنیادین این اختلال یاری نماید. همچنین یافته‌هایی از این نوع، زمینه مقایسه بومی در ایران را با سایر تحقیقات در دیگر فرهنگ‌ها فراهم می‌سازد، و نیز به بدنه تحقیقات مرتبط و مشابه افزوده شده و موجبات غنای آن‌ها را فراهم می‌آورد. به لحاظ عملی، شناسایی



شکل (۱) مدل مفروض با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی

فوا (۴۱) بود. برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره و معادلات ساختاری استفاده شد. یافته‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۴ و آموس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار

۱. پرسشنامه اصلاح شده فراشناخت برای نوجوانان (MCQ-A): این آزمون یک پرسشنامه ۳۰ سؤالی است که کارت رایت در سال ۲۰۰۴ به منظور سنجش ابعاد باورهای فراشناخت در نوجوانان طراحی نموده است و در فرم ایرانی به ۲۷ سؤال تقلیل پیدا کرده است. این آزمون ۵ خرده مقیاس از باورهای مرتبط با فکر کردن و فرآیند افکار (به ویژه نگرانی و افکار مزاحم) را اندازه می‌گیرد که شامل باورهای مثبت، باورهای منفی، اطمینان شناختی، خرافات و

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر مقطعی و از نوع همبستگی بود که با روش تحلیل معادلات ساختاری انجام شد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر و دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان الشتر در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. در این پژوهش ۲۲۵ نفر از دانش‌آموزان (۱۶۱ دختر و ۶۴ پسر) شهرستان الشتر به شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند؛ به این صورت که ابتدا از میان کلیه مدارس متوسطه شهرستان الشتر، تعداد ده مدرسه و سپس از هر مدرسه سه کلاس انتخاب شد. ابزار اندازه‌گیری در پژوهش حاضر پرسشنامه اصلاح شده فراشناخت برای نوجوانان (MCQ-A)، پرسشنامه پذیرش و عمل، پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ (FMI-SF) و پرسشنامه وسواس - بی‌اختیاری فرم کودکان

استفاده در جمعیت عمومی مناسب‌تر است توسط والاج و همکاران (۲۰۰۶) طراحی شد. این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (به ندرت=۱ تا تقریباً همیشه=۴) طراحی شده است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۴ و حداکثر ۵۶ است. نمره بیشتر نشان دهنده ذهن‌آگاهی بالاتر است. این پرسشنامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲، تنای ترتیبی ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله چهار هفته ۰/۸۳ گزارش شده است (۴۴).

۴. پرسشنامه وسواس - بی‌اختیاری فرم کودکان: این مقیاس که توسط فوا و همکاران (۴۱) ساخته شد، یک ابزار خودگزارشی است که ۲۱ گویه دارد و برای ارزیابی اختلال وسواس - بی‌اختیاری و ابعاد آن در گروه‌های سنی ۷ تا ۱۷ سال استفاده می‌شود. در پژوهش کریمی و همکاران (۴۶) که هنجاریابی پرسشنامه وسواس - بی‌اختیاری فرم کودکان را انجام داده‌اند تعداد گویه‌ها از ۲۱ گویه با حذف ۲ گویه به ۱۹ گویه تقلیل یافته است. هر گویه بر مبنای یک مقیاس سه درجه‌ای از صفر تا دو (هرگز، برخی مواقع و همیشه) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس، شامل ۶ زیر مقیاس است: شستشو، وسواس فکری، انباشت، نظم، واری کردن و خنثی سازی. در مطالعه فوا و همکاران برای کل مقیاس ضریب آلفای ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس شستشو ۰/۸۳، وسواس فکری ۰/۸۳، انباشت ۰/۸۸، نظم ۰/۸۳، واری کردن ۰/۸۲ و خنثی سازی ۰/۸۱ به دست آمد. این میزان در پژوهش کریمی و همکاران (۴۶) به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۶۷، ۰/۵، ۰/۶۹، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش شده است.

روند اجرای پژوهش: روند پژوهش به این صورت بوده که پس از مشخص شدن جامعه آماری و تعداد نمونه پژوهش، پرسشنامه‌های پژوهش در محل کلاس درس (با هماهنگی عوامل مدرسه و معلم) در ابتدای کلاس درس بین دانش‌آموزان توزیع شد تا نسبت به تکمیل ابزارهای پژوهش اقدام کنند. قبل از توزیع پرسشنامه‌ها راجع به اهمیت پژوهش علمی و وابسته بودن آن به صحت و صداقت در تکمیل ابزارهای پژوهش به دانش‌آموزان اطلاعاتی در فضایی احترام‌آمیز منتقل شد. همچنین تأکید شد که نام و نشان دانش‌آموز بررسی نمی‌شود و سایر اطلاعات نیز محرمانه خواهد ماند. همچنین از دانش‌آموزان خواسته شد تا

تنبیه و خودآگاهی شناختی می‌باشد. از شرکت‌کنندگان خواسته شد میزان موفقیت خود را با هر آیتیم بر روی یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای و از موافق نیستم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۴) گزارش دهند. نسخه اصلاح شده فرم نوجوانان از نظر محتوا و نمره‌گذاری شبیه به فرم ۳۰ سؤالی بزرگسالان می‌باشد. در پژوهش خرم‌دل و همکاران (۴۲) نشان داد این آزمون از ویژگیهای روانسنجی مناسبی در نمونه ایرانی برخوردار است. نتایج تحلیل پایایی به روش آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی برای عامل کلی ۰/۷۹ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ بود. نتایج تحلیل پایایی به روش آزمون - بازآزمون و در فاصله دو هفته نیز در این مطالعه برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۲۴ تا ۰/۹۰ و برای عامل کلی ۰/۳۴ به دست آمده است، این مقیاس با اضطراب و افسردگی ارتباط معناداری داشت که نشان از روایی همگرایی این مقیاس است.

۲. پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQII): مقیاس پذیرش و عمل نسخه دوم، یک ابزار خودسنجی است که به منظور سنجش انعطاف‌پذیری روانشناختی در سال ۲۰۱۱ توسط بوند و همکاران تدوین شده است و میزان انعطاف‌پذیری روانشناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه یک ابزار ۱۰ سؤالی است که بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از هرگز درست نیست (۱) تا همیشه درست است (۷) ارزیابی می‌شود. هر چه نمرات بالاتر باشد نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانشناختی بالاتر است. در این مقیاس سؤالات ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌گردد. در پژوهش ایمانی (۴۳) ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش شده است و روایی همگرا و واگرایی آن با مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، استرس و سلامت روانی برابر با ۰/۵۷، ۰/۵۵، ۰/۵۱ و ۰/۳۶ محاسبه شده است که نشان از روایی و پایایی مطلوب این پرسشنامه است

۳. پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ (FMI-SF): فرم کوتاه پرسشنامه فرایبورگ به طور گسترده‌ای مورد مطالعه قرار گرفته و در بسیاری از فرهنگ‌ها، از نظر خصوصیات روان‌سنجی مورد بررسی قرار گرفته است (۴۴). بوچلد و همکاران (۴۵) فرم اولیه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ که ۳۰ سؤال بود را طراحی کردند. بعدها فرم کوتاه با ۱۴ گویه که برای

به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای انعطاف‌پذیری روانشناختی، فراشناخت و ذهن‌آگاهی با اختلال وسواس - بی‌اختیاری از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که یافته‌های آن در جدول ۲ آمده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد انعطاف‌پذیری روانشناختی، ذهن‌آگاهی، فراشناخت و وسواس فکری و عملی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
انعطاف‌پذیری روانشناختی	۴۵/۷۰	۹/۸۰
ذهن‌آگاهی	۳۵/۵۵	۵/۹۴
فراشناخت	۶/۳۳	۱۰/۷۳
اختلال وسواس - بی‌اختیاری	۱۵/۷۴	۶/۶۰

پرسشنامه‌ها را بعد از تکمیل در جعبه‌ای که به منظور جمع‌آوری پرسشنامه‌های پژوهش در نظر گرفته شده است، بیاندازند. برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار ایموس استفاده شد.

یافته‌ها

در این بخش به توصیف آمار توصیفی و استنباطی پرداخته شده است. میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان پسر برابر ۱۶/۲۹ و ۱/۰۴ و این میزان برای دانش‌آموزان دختر برابر با ۱۶/۶۹ و ۰/۹۵ بوده است. میانگین و انحراف استاندارد انعطاف‌پذیری روانشناختی، ذهن‌آگاهی، فراشناخت و وسواس در جدول ۱ آمده است.

جدول (۲) ماتریس ضریب همبستگی پیرسون مربوط به متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱	۱									
۲	**۰/۳۳۲	۱								
۳	**۰/۳۳۲	*۰/۱۴۸	۱							
۴	**۰/۳۳۲	**۰/۲۴۸	**۰/۱۳۹	۱						
۵	**۰/۲۹۷	**۰/۳۵۳	**۰/۲۵۱	**۰/۳۲۷	۱					
۶	**۰/۴۶۸	**۰/۳۸۷	**۰/۳۴۴	*۰/۱۶۷	**۰/۴۱۳	۱				
۷	**۰/۶۶۳	**۰/۶۰۸	**۰/۵۵۷	**۰/۵۷۸	**۰/۷۱۲	**۰/۶۹۳	۱			
۸	**۰/۲۲۴	**۰/۴۲۳	**۰/۱۶۸	**۰/۱۴۹	**۰/۲۵۳	**۰/۳۳۹	**۰/۳۷۴	۱		
۹	**۰/۱۳۷	**۰/۱۶۴	**۰/۱۷۷	-۰/۰۶۹	**۰/۱۵۶	**۰/۱۷۴	**۰/۲۲۸	**۰/۲۸۸	۱	
۱۰	**۰/۲۵۶	**۰/۲۶۱	**۰/۱۶۰	**۰/۲۸۵	**۰/۳۴۰	**۰/۲۶۱	**۰/۳۸۶	**۰/۴۱۹	**۰/۱۰۰	۱

۰/۰۵ $p =$ و $p = ۰/۰۱$ ** ۱. شستن ۲. وسواس فکری ۳. انباشت ۴. نظم ۵. واری کردن ۶. خنثی کردن ۷. وسواس - بی‌اختیاری ۸. انعطاف‌پذیری روانشناختی ۹. ذهن‌آگاهی ۱۰. فراشناخت

شاخص نیکویی برازش اصلاح شده^۴، برازندگی تطبیقی^۵، شاخص توکر - لوییس^۶، و شاخص برازش افزایشی^۷، می‌توان نتیجه گرفت مدل مفروض از برازش قابل قبولی با داده‌های پژوهش برخوردار است و می‌توان برازش مدل را با توجه به شاخص‌های برازش به دست آمده قویاً تأیید کرد (۴۷).

مقدار ضرایب بتا مدل پیشنهادی در شکل ۲ آمده است. در جدول ۴ ضرایب استاندارد شده مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پیش‌بین و واسطه‌ای نمایش داده شده است.

به منظور بررسی نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی در ارتباط بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و باورهای فراشناخت با اختلال وسواس - بی‌اختیاری از معادلات ساختاری استفاده شد. مدل مفروض بر پایه این فرض ایجاد شده است که ذهن‌آگاهی در رابطه بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و فراشناخت با اختلال وسواس - بی‌اختیاری، نقش واسطه‌ای دارد. شاخص‌های برازش مدل در جدول ۳ آمده است.

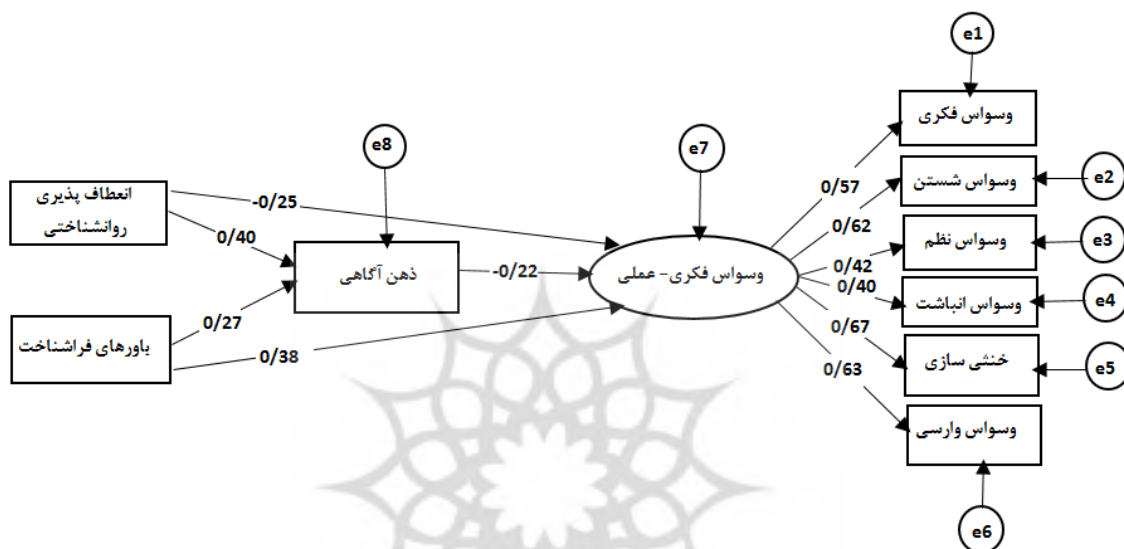
بر اساس مندرجات جدول ۳، با ارزیابی تمام شاخص‌های برازش، شامل شاخص مجذور کای^۱، سطح معنی‌داری P ، جذر میانگین مجذورات خطای تقریب^۲، نیکویی برازش^۳،

4. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
5. Comparative Fit Index (CFI)
6. Tucker-Lewis Index (TLI)
7. Incremental Fit Index (IFI)

1. Normed Chi-Squared (CMIN/DF)
2. Root mean square error of approximation (RSMEA)
3. Goodness of Fit Index (GFI)

جدول ۳) شاخص‌های نیکویی برازش مدل

شاخص‌ها	مقدار قابل قبول	نتیجه	تفسیر
AGFI	بالاتر از ۰/۸	۰/۹۲۱	برازش قابل قبول
TLI	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۱۹	برازش قابل قبول
GFI	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۵۰	برازش قابل قبول
IFI	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۴۶	برازش قابل قبول
PCFI	بالاتر از ۰/۵	۰/۶۳۰	برازش قابل قبول
RSMEA	کمتر از ۰/۸	۰/۰۶۱	برازش قابل قبول
CMIN/DF	بین ۱ تا ۳	۱/۸۴	برازش قابل قبول
P	کوچکتر از ۰/۰۵	۰/۰۰۷	برازش قابل قبول



شکل ۲) ضرایب استاندارد شده مدل

جدول ۴) ضرایب استاندارد مستقیم، غیرمستقیم و کل

مسیر به وسواس از	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	سطح معناداری	حد بالا	حد پایین
انعطاف‌پذیری روانشناختی	- ۰/۲۵۲	- ۰/۰۸۹	- ۰/۳۴۱	۰/۰۰۱	- ۰/۰۳۱	- ۰/۱۶۶
باورهای فراشناخت	۰/۳۷۶	- ۰/۰۶۰	۰/۳۱۶	۰/۰۰۴	- ۰/۰۱۸	- ۰/۱۰۷
ذهن آگاهی	- ۰/۲۲۳	۰	- ۰/۲۲۳	۰/۰۰۹	۰	۰

ضریب بتای مسیر غیرمستقیم بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و وسواس فکری عملی از طریق ذهن‌آگاهی برابر با ۰/۰۸- می‌باشد و از آنجا که حد بالا و پایین آن به ترتیب برابر با ۰/۰۳۱- و ۰/۱۶۶- است و عدد صفر بین حد بالا و پایین قرار ندارد می‌توان نتیجه گرفت بین این دو متغیر با واسطه متغیر ذهن‌آگاهی رابطه غیرمستقیم وجود دارد. همچنین ضریب بتای مسیر غیرمستقیم بین باورهای فراشناخت و وسواس فکری عملی از طریق ذهن‌آگاهی برابر با ۰/۰۶- می‌باشد و از آنجا که حد بالا و پایین آن به ترتیب برابر با ۰/۰۱۸- و ۰/۱۰۷- است و عدد صفر بین حد بالا و

با توجه به یافته‌های جدول ۴ و ضرایب استاندارد شده مدل در شکل ۲، با بررسی روابط بین متغیرها میزان ضریب بتای استاندارد مسیر انعطاف‌پذیری روانشناختی به اختلال وسواس - بی‌اختیاری ۰/۲۵- است، که منفی و معنی‌دار می‌باشد. ضریب بتای استاندارد مسیر باورهای فراشناخت به اختلال وسواس - بی‌اختیاری برابر با ۰/۳۷ می‌باشد که مثبت و معنی‌دار بوده و همچنین ضریب بتای استاندارد مسیر ذهن‌آگاهی به اختلال وسواس - بی‌اختیاری ۰/۲۲- است که منفی و معنی‌دار می‌باشد.

همکاران (۳۱) افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به مراجعان کمک می‌کند از طریق افزایش ذهن آگاهی و تماس با رویدادها به جای کنترل کردن و به چالش کشیدن افکار و احساسات، آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای خود را کاهش دهند و مراجعان را ترغیب می‌کند تا انرژی خود را از کنترل هیجانات به سمت اعمال ارزشمند تغییر دهد و با وجود مشکلات شخصی و رنج‌ها، اعمال مناسبی را انتخاب و در جهت ارزش‌های خود گام بردارند که در نهایت منجر به کاهش نشانه‌ها می‌گردد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین فراشناخت و اختلال وسواس - بی‌اختیاری رابطه مستقیم، معنی‌دار و مثبت وجود دارد. به این معنی که افزایش نمرات فراشناخت در دانش آموزان با افزایش نمرات اختلال وسواس - بی‌اختیاری همراه بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پوردون و کلارک (۲۴)، هانسمیر و همکاران (۲۲)، هیدن و همکاران (۲۳)، میرز و همکاران (۲۷) همسو بوده است. هانسمیر و همکاران (۲۰) در پژوهش خود بیان کردند که در افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری در مورد رفتارهای آیینی و تشریفاتی و توقف علائم باور مثبت بیشتری نسبت به گروه کنترل وجود دارد و اینکه در این افراد تمایل شدیدی برای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای و خنثی‌سازی دارند. مطابق مدل فراشناختی وسواس و لزل (۲۱) افراد آسیب‌پذیر به دلیل ترکیبی از باورهای فراشناختی مثبت (برای مثال «برای اجتناب از خطر باید نگران باشم») و باورهای فراشناختی منفی (برای مثال «من هیچ کنترلی بر نگرانی‌ام ندارم») درگیر سندروم شناختی - توجهی می‌شوند. باورهای فراشناختی مثبت از استفاده مداوم و مکرر از سبک‌های غیرانطباقی مانند نگرانی حمایت می‌کنند، در حالی که باورهای فراشناختی منفی به ناتوانی در تلاش برای اعمال کنترل مؤثر و ادراک رخدادهای درونی به عنوان تهدیدکننده منجر می‌شوند و از این طریق باعث افزایش پریشانی می‌شوند. باورهای فراشناختی مثبت و منفی در ارزیابی تهدید نقش دارند برای مثال باور مثبت «برای اینکه در امان بمانم، باید به خطر توجه کنم» باعث تداوم احساس تهدید در فرد می‌شود، در حالی که باور منفی «من هیچ کنترلی بر تفکر خود ندارم»، با توانایی فرد در کنار گذاشتن سبک تفکر ناسازگارانه تداخل می‌نماید. علاوه بر این، باورهای منفی

پایین قرار ندارد می‌توان نتیجه گرفت بین این دو متغیر با واسطه متغیر ذهن آگاهی رابطه غیرمستقیم وجود دارد.

بحث

هدف از این پژوهش، بررسی برآزش مدل علی انعطاف‌پذیری روانشناختی و فراشناخت با نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی بر اختلال وسواس - بی‌اختیاری نوجوانان دبیرستانی بود تا تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم این متغیرها بر اختلال وسواس - بی‌اختیاری مشخص گردد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از برآزش قابل قبول مدل بود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و اختلال وسواس - بی‌اختیاری رابطه مستقیم، معنی‌دار و منفی وجود دارد. به عبارتی افزایش در میزان انعطاف‌پذیری روانشناختی با کاهش در نمرات وسواس دانش‌آموزان همراه است. این یافته‌ها با پژوهش‌های توهی و همکاران (۳۲)، ایزدی و همکاران (۳۳)، آرم استرانگ (۳۴) همسو بود، اما با یافته‌های پژوهش دبری (۳۵) همسو نبود. در پژوهش دبری (۳۵)، ۵۶ فرد ۱۸ تا ۴۰ سال از دانشجویان و فارغ‌التحصیلان دانشگاه که اکثر آن‌ها قفقازی و آمریکایی آفریقایی تبار بودند انتخاب شدند و پژوهش بر روی آنها صورت گرفت، اما در پژوهش حاضر دانش‌آموزان ۱۶ تا ۱۸ سال مورد مطالعه قرار گرفتند و احتمالاً تفاوت در نوع آزمودنی در این ناهمسوئی دخیل بوده است. در تبیین این یافته باید عنوان کرد که افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری تلاش زیادی برای سرکوب کردن افکار و ادعاهای ناخواسته خود می‌کنند، این تلاش منجر به افزایش و قدرت بازگشت این افکار و ادعاها و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی می‌گردد که ریشه بسیاری از رنج‌ها و عملکردهای ناسازگارانه در انسان است (۳۰). بسیاری از مبتلایان به وسواس می‌دانند که وسواس آن‌ها درست نیست اما حتی اگر آن‌ها این موضوع را بدانند، به سختی تمرکز خود را از وسواس یا متوقف کردن اعمال اجباری حفظ می‌کنند. قدم بعدی برای متوقف کردن فکر وسواس پذیرش است. وقتی بیمار یاد بگیرد افکار وسواسی را بپذیرد، شانس بسیار بهتری برای متوقف کردن آن‌ها خواهد داشت. تلاش برای جلوگیری از اضطراب و وسواس، سرکوب یا فرار از این افکار ناخواسته منجر به تقویت و وخیم‌تر شدن آن‌ها می‌گردد. پذیرش به جای کنترل و اجتناب، مهم است. بر اساس دیدگاه هیز و

آگاهی به فرد کمک می‌کند تا توانایی بیشتری برای اداره کردن هیجانات خود داشته باشد، منعطف‌تر شود و تمایل بیشتری برای تجربه کردن حالات فیزیکی و هیجانی ناخوشایند در طی تمرین‌های ذهن‌آگاهی بدست آورد که در نهایت با کاهش نشانه‌های وسواسی در بیماران همراه است (۴۸-۴۹).

در پژوهش حاضر در یک تحلیل اکتشافی نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی در ارتباط بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و فراشناخت با اختلال وسواس - بی‌اختیاری مورد مطالعه قرار گرفت. براساس یافته‌های پژوهش از آنجایی که عدد صفر بین حد بالا و پایین در رابطه بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و فراشناخت با اختلال وسواس - بی‌اختیاری قرار نمی‌گیرد، می‌توان نتیجه گرفت بین متغیرها در سطح ۰/۹۵ رابطه میانجی معنی‌داری وجود دارد. پس فرض ما مبنی بر اینکه بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و فراشناخت با اختلال وسواس - بی‌اختیاری از طریق متغیر میانجی ذهن‌آگاهی رابطه وجود دارد تأیید شد. این نتایج با پژوهش‌های حسین (۳۶) و تیزدل و همکاران، ۲۰۰۲، به نقل از جانکفسکی و هولاس (۳۷) همسو بوده است. حسین (۳۶) در پژوهشی نشان داد بین فراشناخت و ذهن‌آگاهی اشتراکات زیاد و رابطه بسیار نزدیکی وجود دارد. در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت فرآیند ذهن‌آگاهی با تحریک سبک‌های فراشناختی پردازش اطلاعات منجر به شکل‌گیری تغییرات مفید در افراد می‌گردد. همچنین در افراد مبتلا به افسردگی، اختلالات اضطرابی و وسواس - بی‌اختیاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به واسطه استفاده از مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در افراد شده است در نتیجه راحت‌تر با افکار و حالات بدنی خود روبه‌رو می‌گردند که می‌تواند باعث کاهش نشانه‌ها در این دسته از آزمودنی‌ها گردد (۳۱-۳۲). ذهن‌آگاهی از طریق آگاهی نسبت به افکار، احساسات و نشانه‌های وسواس فکری عملی همراه با نگاهی غیر قضاوتی نسبت به این فرآیندهای درون روانی به این دانش‌آموزان کمک می‌کند تا بتوانند فرآیندهای درون روانی را بپذیرند، کمتر از آنها اجتناب کنند و با افزایش آگاهی از زمان حال نشانه‌های وسواس فکری عملی کاهش می‌یابد. بنابراین ذهن‌آگاهی در فرآیند کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری می‌تواند مؤلفه‌ای اثرگذار باشد و به

مانند «فکر کردن به این فکر باعث می‌شود تا کنترل ذهنم را از دست بدهم» باعث تشدید احساس خطر جاری می‌شود. بنابراین هرکدام از این حیطه‌های باورهای فراشناختی، در پردازش مداوم و طولانی مدت تهدید یا ناهمخوانی خود، که موجب تداوم هیجان‌های منفی می‌شوند، نقش دارند (۲۱). همچنین بر طبق مدل فراشناختی میرز و همکاران (۲۷) در مورد اختلال وسواس - بی‌اختیاری یکی از مؤلفه‌های مرتبط با وسواس راهبردهای توجهی است. افراد مبتلا به وسواس به میزان شدیدی توجه خود را بر ترس‌های درونی و بیرونی متمرکز می‌کنند. این راهبردهای توجهی با هدف تنظیم کردن رفتارهای آیینی و تشریفاتی تداخل ایجاد می‌کند و در نهایت موجب افزایش سطح استرس و نگرانی در این بیماران می‌گردد.

بر اساس یافته‌های جدول ۴، بین ذهن‌آگاهی و اختلال وسواس - بی‌اختیاری رابطه مستقیم، معنی‌دار و منفی مشاهده شده است. یعنی افزایش در نمرات ذهن‌آگاهی با کاهش در نمرات وسواس دانش‌آموزان ارتباط دارد. این یافته‌ها با پژوهش‌های کرو و مک‌کی (۱۵)، کلاژ، لاندمن، کلادیوس، هاتروت و رز (۱۶)، اسفندزاد و همکاران (۱۷) همسو بوده است. اسفندزاد و همکاران (۱۹) در پژوهشی که بر روی ۲۴۰ دانشجوی اجرا شد نشان دادند که بین ذهن‌آگاهی با وسواس رابطه مثبت معنی‌داری وجود داشت. در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت ذهن‌آگاهی سبب فراهم آوردن شیوه‌ای برای قرار گرفتن در کنار نگرانی‌های وسواسی شده است. در تمرین‌های ذهن‌آگاهی از نوع تنفس، با وجود افکار وسواسی مثل شستن دوباره دست‌ها یا مطمئن نبودن از بستن پنجره‌ها فرد توجه خود را به عمل دم و بازدم معطوف می‌کند. پس از مدتی با وجود این افکار فرد یاد می‌گیرد افکار خود را بپذیرد و مورد قضاوت قرار ندهد. ویژگی روش ذهن‌آگاهی آن است که بیمار را نسبت به ریشه‌های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده و از مضطرب شدن او جلوگیری می‌نماید چرا که این روش مبانی اختلال وسواس - بی‌اختیاری را به صورت غیر قضاوتی مورد مشاهده قرار می‌دهد و بر افکار و تمایلات در حالت هشیاری متمرکز می‌شود. بنابراین به فرد امکان می‌دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آن‌ها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند و به ریشه‌های زیستی اختلال بیاندیشد. ذهن

9. Badri Gargari R, Kazemi F, Abdollahi F. The relationship between perfectionism, obsessive compulsive behavior and personality traits with procrastination of martyred students. *Journal of Psychological Studie*. 2015; 11(2): 26-46. [in persian]

10. Leeuwerik T, Cavanagh K, Strauss C. The Association of Trait Mindfulness and Self-compassion with Obsessive - Compulsive Disorder Symptoms: Results from a Large Survey with Treatment-Seeking Adults. *Cognitive Therapy and Research*. 2020; 44: 120-135.

11. Neff KD, Germer C, Siegel R. The science of self-compassion. New York: Guilford Press: *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*. 2012; pp. 79-92.

12. Bryan C, Ray-Sannerud B, Heron E. Psychological flexibility as a dimension of resilience for posttraumatic stress, depression, and risk for suicidal ideation among Air Force personnel. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015; 12(5).

13. Kabat-Zinn, J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003; 10: 144-156.

14. Pourmohamadi S, Bagheri F. Effectiveness of Mindfulness Training on Automatic Cognitive Processing. *Psychological Studies*. 2015; 11(3): 142-160. [in persian]

15. Crowe K, McKay D. Mindfulness, Obsessive-Compulsive Symptoms, and Executive Dysfunction. *Cogn Ther Res*. 2016; 6: 1-18.

16. Külz A, Landmann S, Cludius B, Hottenrott B, Rose N. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2014; 14:314, 1-9.

17. Esfand Zad AH, Shams G, Meysami AP, Erfan A. The Role of Mindfulness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Interpersonal Effectiveness in Predicting Obsessive-Compulsive Symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2015; 22(4): 270-283. [in persian]

18. Oguz G, Celikbas Z, Batmaz S, Cagli S, Zihni Sungu M. Comparison Between Obsessive Compulsive Disorder and Panic Disorder on Metacognitive Beliefs, Emotional Schemas, and Cognitive Flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019; 12(10).

19. Gutierrez R, Hirani T, Curtis L, Ludlow, A. Metacognitive beliefs mediate the relationship between anxiety sensitivity and traits of obsessive-compulsive symptoms. *Psychology*. 2020; 40(8): 1-7.

20. Irak M, Tosun A. Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22: 1316-1325.

21. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. London: the Guilford Press. 2009.

22. Hansmeier J, Exner CW. A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive

عنوان یک عامل میانجی و مؤثر در کاهش نشانه‌های وسواس نقش خود را ایفا کند. هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی خواهد داشت. در پژوهش حاضر ممکن است به علت استفاده از ابزارهای خودگزارشی و وضعیت روانشناختی و جسمانی افراد، این افراد قادر به پاسخ‌گویی با دقت به پرسشنامه‌های پژوهش نبوده، ممکن است آزمودنی‌ها پاسخ‌های تصادفی داده یا به درستی به سؤالات پاسخ نداده باشند و اینکه فقط بر روی دانش‌آموزان متوسطه دوم انجام شد. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌هایی به مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و فراشناخت در افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری پرداخته شود. همچنین مسئولان آموزش و پرورش اقدام به برگزاری کارگاه‌هایی در زمینه ذهن‌آگاهی، فراشناخت و انعطاف‌پذیری روانشناختی به منظور کاهش نشانه‌های این اختلال در دانش‌آموزان نمایند.

منابع

1. World Health Organization: Adolescents: health risks and solutions. 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>
2. Chowdhury HR, Mullick MS, Arafat Y. Clinical Profile and Comorbidity of Obsessive- Compulsive Disorder among Children and Adolescents: A Cross-Sectional Observation in Bangladesh. *Psychiatry Journal*. 2008; 7(3).
3. Ganji M, Ganji H. *Psychological Pathology Based on DSM-5. Third edition. Volume 1*. Tehran. publication of Savalan. 2016.
4. Shams G, Foroughi E, Esmaili Y, Amini A, Ebrahimkhan N. Prevalence Rates of Obsessive-Compulsive Symptoms and Psychiatric Comorbidity Among Adolescents in Iran. *Acta Medica Iranica*. 2010; 49(10): 680-687. [in persian]
5. van Oudheusden L, Eikelenboom, M, van Megen H, Visser, H, Schruers K, Hendriks G van der Wee N, Hoogendoorn A, van Oppen P, van Balkom, A. Chronic obsessive-compulsive disorder: Prognostic factors. *Psychological Medicine*. 2018; 48, 1-10.
6. Vaidya N, Adhikari K. The Role of Rumination in the Relationship between Attention Deficits and Obsessive Compulsive Symptoms among Non Clinical Sample. *International Journal Of Public Mental Health And Neurosciences*. 2014; 1(1); 34-39.
7. Malakar P, Basu J, Chaudhuri A. The Effect of Obsession Thoughts on Intelligences Achievement Relationship of Late Adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2009; 35(2):277-282.
8. Vivan A, Rodrigues L, Wendt L, Giaretton Bicca M Cordioli A. Quality of life in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2013; 35: 369-374.

36. Hussain D. Meta-Cognition in Mindfulness: A Conceptual Analysis. *Psychological Thought*. 2015; 8(2): 132-141. [in persian]
37. Jankowski T, Holas P. Metacognitive model of mindfulness. *Consciousness and Cognition*. 2014; 28: 64-80.
38. Fleming S, Dolan R. The neural basis of metacognitive ability. 2011; 367: 1338-1349.
39. Farb NAS, Segal ZV, Mayberg H, et al. Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2007; 2(4):313-22.
40. Martínez Ruiz, Xicoténcatl. The alignment argument: at the crossroads between mindfulness and metacognition. *Learning: Research and Practice*. 2019. 4:1, 1-9.
41. Foa EB, Coles ME, Huppert, JD, Pasupuleti R, Franklin ME, March JS. Development and validation of a child version of the Obsessive Compulsive Inventory. *Behavior Therapy*. 2010; 41: 121-132.
42. Khoramdel K, Sajadian P, Bahrami F, Zangene S. Validation of the adolescent meta-cognition questionnaire version. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)*. 2012; 14(1): 29-40. [in persian]
43. Imani M. examine the factor structure of the Acceptance and Action Questionnaire-II in Students. *Journal of Teaching and Learning*. 2016; 8(1): 162-181. [in persian]
44. Ghasemi Jowneh R, Arabzadeh M, Jalili Niko S, Mohammad Ali C. The validity and reliability of the Persian version of the Freiburg Mind Awareness Questionnaire. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2014; 14 (2): 137-150. [in persian]
45. Buchheld N, Walach H, Buttenmuller V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness - The Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Pers Individ Dif*. 2006; 40: 1543-1555.
46. Karimi J, Homayouni F, Homayouni Najaf Abadi S. Validation of the Persian version of the Obsessive-Compulsive Child Questionnaire. *J Res Behav Sc*. 2015; 13(3): 388-399. [in persian]
47. Sharifi H, Farzad V, Reza Khani S, Hassan Abadi H. *Multivariate Applied Research (Design and Interpretation)*. 2015; Third edition. Growth Publishing House». Tehran. [in persian]
48. Hertenstein E, Rose N, Voderholzer U, Heidenreich TH, Nissen Ch & et.al. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2012; 9: 24-29.
49. Fairfax H. *The Use of Mindfulness in Obsessive Compulsive Disorder: Suggestions for Its Application and Integration in Existing Treatment*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2008; 15: 53-59.
- disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2016; 10: 42-48.
23. Heiden C, Rossen K, Dekker A, Damstra M. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2016; 9: 24-29.
24. Purdon C, Clark DA. Meta cognition and Obsessions. *Clinical Psychotherapy*. 1999; 6: 102 - 110.
25. Cejudo JR, Salguero M. Negative metacognitive beliefs moderate the influence of perceived stress and anxiety in long-term anxiety. *Psychiatry Research*. 2017; 10(16): 12-28.
26. González PO, Álvarez MP, Montesc JM, Garcelánd S, Fernández OV. The mediating role of metacognitive variables in the relationship between Thought-Action Fusion and obsessive-compulsive symptomatology. *Suma Psicológica*. 2017; 23 (2): 80-89.
27. Myers S, Grøtte T, Haseth S, Guzey IC, Hansen B, Vogel PA. The role of metacognitive beliefs about thoughts and rituals: a test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2017; 13: 1-27.
28. Hassanzadeh A, Sharifi P, Sohrabi F. Comparison of meta-cognitive beliefs in adolescents with and without obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Studies*. 2013; 9(1):92-107. [in persian]
29. Samani B, Mohammadi N, Rahimi, Ch. Investigating Psychological Flexibility and Emotional Schemas in OCD Rehabilitation. *American Journal of Psychology and Cognitive Science*. 2018; 4(3): 46-50.
30. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy The Process and Practice of Mindful Change*. Second Edition. The Guilford Press: 2012; p. 64-66.
31. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*. 2012; 40(7). 976-1002.
32. Twohig M, Vilardaga JP, Levin ME, Hayes SC. Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015; 4: 196-202.
33. Izadi R, Asgari K, Neshatdust H, Abedi M. The effect of acceptance and commitment therapy on the frequency and severity of symptoms of obsessive compulsive disorder. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)*. 2012; 14(10): 107-112. [in persian]
34. Armstrong AB. *Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder*. Logan: UTAH STATE UNIVERSITY. 2011; P.120-125.
35. DeBerry L. *The Relation Between Cognitive Inflexibility and Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adults: Depression and Anxiety as Potential Mediators*. Honors Theses. 2012; P. 55-60.