



مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی در راستای خانواده درمانی

دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

نفیسه جاویدنیا ^{ID}

سیدابوالقاسم مهری نژاد* ^{ID}

آمنه معاضدیان ^{ID}

دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۰۷ | پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۱ | ایمیل نویسنده مسئول: seyedabolghasemmehrinejad@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۱ | پیاپی ۵۰۱-۵۲۲
بهار ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی مداخله‌های شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی و فراشناخت بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی انجام گرفت. روش پژوهش: روش این پژوهش، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری است. جامعه آماری پژوهش، بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان معتمدی و مرکز مشاوره روشنا سمنان در سال ۱۳۹۸ است که از آنان نمونه‌ای شامل ۳۶ نفر انتخاب گردید و به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایگزین شدند. در ابتدا پرسشنامه افکار وسواسی (OBQ-44) گروه مطالعه شناخت اختلال وسواس فکری - عملی (۲۰۰۳)، در هر سه گروه توزیع و پاسخ‌ها به‌عنوان نمرات پیش‌آزمون ثبت شد. سپس اعضای گروه‌های آزمایش اول، بر اساس پروتکل سیگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲)، تحت مداخله‌ی شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی و اعضای گروه‌های آزمایش دوم، بر اساس روش درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۸)، تحت مداخله‌ی درمان فراشناختی قرار گرفته و نهایتاً برای افراد گروه‌های گواه، هیچ مداخله‌ی انجام نپذیرفت. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه مکرر با نرم افزار SPSS-22 تحلیل گردید. یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان‌دهنده تأثیرگذاری (($P < 0.01$) هر دو رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی است. بعلاوه نتایج نشان داد که بین اثربخشی مداخله شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی تفاوت معناداری ($P > 0.05$) وجود ندارد. نتایج: با توجه به نتایج تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که هر دو رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی تفاوتی با یکدیگر نداشته و می‌توانند اثربخش باشند.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، مراقبه، شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فراشناختی، افکار وسواسی.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(جاویدنیا، مهری نژاد، معاضدیان، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

جاویدنیا، نفیسه، مهری نژاد، سید ابوالقاسمی، و معاضدیان، آمنه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی در راستای خانواده درمانی. فصلنامه خانواده درمانی کاربردی، ۳(۱) پیاپی ۱۰: ۵۰۱-۵۲۲.

مقدمه

امروزه یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی اضطراب^۱ است که تقریباً در همه انسان‌ها در طول زندگی به درجات مختلف بروز می‌کند و هرکس حداقل یک‌بار این احساس را تجربه کرده است (فایل و هاید، ۲۰۱۲). احساس اضطراب یک احساس مبهم و ناخوشایند است که اغلب علت ایجاد آن برای افراد ناشناخته می‌ماند (اسپرنگل، ۲۰۰۴) و می‌تواند یادگیری، تمرکز، به یادآوردن مطالب و ارتباط دادن موضوعات با یکدیگر را مختل کرده و ممکن است فرد را با مشکلات و خطرات زیادی مواجه سازد (فارا و اسمیت، ۲۰۱۹). اعتقاد بر این است که اضطراب با ایجاد نقص در فرایندهای پردازشی شناختی و هیجانی افراد، سبب بروز مشکلات در پردازش هیجانی آن‌ها می‌شود که این روند باعث پدید آمدن مشکلات روان‌شناختی و به‌خصوص هیجانی دیگری نیز می‌شود (چو، وایت، یانگ و سوتو، ۲۰۱۹؛ کینی، بارخوس و کلامپ، ۲۰۱۹).

یکی از علائمی که در برخی از بیماران اضطرابی مشاهده می‌گردد، باورهای وسواسی^۲ است. باورهای وسواسی موجب افزایش اضطراب شخص می‌گردد درحالی‌که انجام عمل وسواسی اضطراب شخص را کاهش می‌دهد. با این حال، وقتی شخص در مقابل انجام عمل وسواس مقاومت می‌کند اضطراب افزایش می‌یابد. وسواسی‌ها می‌فهمند که رفتارهای وسواسی بی‌معنا هستند اما همین‌که تلاش می‌کنند در برابر اجرای عمل وسواسی مقاومت کنند دچار اضطراب می‌شوند و نیز با انجام دادن آن‌ها از تنش و اضطراب رهایی پیدا می‌کنند. هرچند عمل وسواسی ممکن است در اقدام برای کاستن اضطراب مربوط به فکر وسواسی صورت بگیرد، همیشه چنین وضعیتی در کار نیست. تکمیل عمل وسواس ممکن است به رفع اضطراب منجر نشده و حتی امکان دارد موجب افزایش آن گردد. اضطراب موقع مقاومت شخص در مقابل انجام عمل وسواسی ظاهر می‌شود. اعمال وسواسی به دلیل این‌که اضطراب یا آشفتگی ناشی از وسواس را سریع، اما گذرا کاهش می‌دهند، تقویت می‌شوند (کلارک و پیوردن، ۲۰۰۴).

روش‌های بسیاری برای درمان اختلال‌های روانی به کار می‌رود. امروزه روان‌درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی که به‌عنوان درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری تعریف می‌شوند مورد اقبال بیشتری قرار گرفته است (سهرابی، ۱۳۹۴). از سال ۱۹۹۰ به بعد و با شروع موج سوم درمان رفتاری شناختی گرایش به سمت پروتکل‌های درمانی جدید بر پایه شناخت درمانی افزایش یافت و درمانهایی چون رفتاردرمانی دیالکتیکی^۳، درمان پذیرش و تعهد^۴، درمان فراشناختی^۵ و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن^۶ معرفی شدند (لاریجانی، محمدخانی، حسنی، سپاه منصور، محمودی، ۱۳۹۳). شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی، پیش‌بینی کننده عود افسردگی است که سگال، ویلیامز و تیزدل در سال ۲۰۰۲ آن را معرفی کردند (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۷). این رویکرد درمانی آمیزه‌ای مبتکرانه بود از جنبه‌های شناخت درمانی بک

1. anxiety
2. obsessive belief
3. Dialectical Behavior Therapy
4. Acceptance and Commitment Therapy
5. Meta Cognition Therapy
6. Mindfulness based cognitive therapy

(بک، راش، شاو و امری، ۱۹۹۷) و برنامه کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن^۱ کابات زین (۱۹۹۰) که برای هشت جلسه گروهی (هفته‌ای یک جلسه) طراحی شده است (لاریجانی، محمدخانی، حسنی، سپاه منصور، محمودی، ۱۳۹۳). در این زمینه پپینگ، دوونگ، کرانین و لیونز (۲۰۱۶) و تاملینسون، یوسف، ویترسون و جونز (۲۰۱۸)، اذعان می‌دارند که کارکرد ضعیف شاخص‌های آسیب‌شناسی روانی همچون اضطراب و افسردگی، با استفاده از ذهن آگاهی کاهش چشمگیری می‌یابد. ذهن آگاهی به معنای توجه هدفمند، در زمان کنونی و غیرقضاوت‌گونه نسبت به تجارب لحظه‌به‌لحظه است. ذهن آگاهی توجه فرد را بر تجربه‌های درونی و بیرونی زمان حال متمرکز کرده و باعث پذیرش رویدادها بدون تغییر آن‌ها می‌شود و شامل توجه کردن به شیوه‌ای خاص و هدفمند در زمان حال بدون پیش‌داوری و قضاوت می‌باشد (آرمسترانگ و رایمز، ۲۰۱۶). در ذهن آگاهی سه مؤلفه‌ی اساسی مشخص شده که به صورت هم‌زمان اتفاق می‌افتد، این سه مؤلفه عبارت‌اند از: توجه (توجه کردن)، قصد (به صورت هدفمند) و نگرش (به شیوه‌ای خاص که همراه با پذیرش و نگاه غیر قضاوتی است) (وینسی، پلتیر، شاه، کینسائول، والدو، مک‌وی و کوپلند، ۲۰۱۴).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، یکی از انواع روان‌درمانی است که شواهد پژوهشی نشان داده که نه تنها از کارایی بالایی برای درمان اکثر اختلالات روان‌شناختی برخوردار است، بلکه نسبت به دیگر انواع روان‌درمانی کوتاه‌مدت‌تر است (ریچ، ساچدیوا، جا، شاراد و همکاران، ۲۰۱۹). تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد تا الگوهای غیرارادی و نشخوار ذهن را شناسایی و آن‌ها را به الگوهای آگاهانه و ارادی مبدل کنند تا احساسات و اندیشه‌های منفی، به‌عنوان رویدادهای ساده و گذرا در ذهن تلقی شوند. بیماران با انجام تمرینات ذهن آگاهی، یاد می‌گیرند به صورت عمدی بر حالت‌ها و ناراحتی‌های عاطفی، شناختی و جسمانی خود متمرکز شوند و آن را بپذیرند (صداقت زاده، ایمانی و شکری، ۱۳۹۷). در شناخته‌مبتنی بر ذهن آگاهی که توسط سگال، تیزدل و ویلیامز (۲۰۰۲) معرفی شد، افراد ترغیب می‌شوند تا به تجربیات درونی خود در هر لحظه، حس‌های بدنی، افکار و احساس‌ها و همچنین به جنبه‌های محیطی مانند مناظر و صداها توجه کنند. در حین اجرای این مداخله در افراد این نگرش به وجود می‌آید که نسبت به امور پذیرش بدون قضاوت داشته باشند، یعنی ایجاد آگاهی نسبت به ادراک‌ها، شناخت‌ها، هیجان‌ها یا احساس‌ها بدون این که نسبت به خوبی یا بدی، حقیقی یا کاذب، سالم یا ناسالم بودن، مهم بودن یا نبودن آن‌ها قضاوت و ارزیابی شود (خوری و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین این روش با ترکیب مهارت‌های ذهن آگاهی و فنون شناختی شرايطی را فراهم می‌کند تا فرد بتواند به صورت مجزا و خالی از قضاوت، نظاره‌گر افکار منفی خود باشد و از درگیر شدن با الگوهای پایدار افکار منفی دوری کند و منجر به رشد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود (پارسونز، کرین، پارسونز، افجوریک و کوپکن، ۲۰۱۷). در این حوزه، در پژوهشی توسط سینگ (۲۰۰۴) نشان داده شده است که آموزش حضور ذهن به بیماران و سواس اجبار توانسته است سبک زندگی و نحوه سازگاری بیماران با اختلال را بهبود بخشد گلدین، لی و سایر همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی به اثربخشی شناخته‌مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود علائم بیماران مبتلابه اختلال اضطراب اجتماعی پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که این مداخله منجر به بهبود علائم اختلال اضطراب اجتماعی به‌ویژه کاهش سوگیری توجه و هیجان و رفتارهای اجتنابی و همچنین پاسخ‌های هیجانی

خودکار به خودباوری‌های منفی و افزایش تنظیم هیجانی می‌گردد. مکاووی و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر مجموعه‌ای از نشانه‌های بالینی و فراتشخیصی پرداختند. این پژوهش که بر روی ۵۲ فرد بالینی اجرا شده، نشان داد که درمان فراشناختی گروهی منجر به بهبودی نشخوار فکری، کیفیت زندگی، عاطفه مثبت، شناخت‌های اضطراب‌زا می‌گردد. خوش‌خطی و همکارانش (۱۳۹۸) نیز در پژوهشی نشان دادند که پس از انجام مداخله، نمرات هر سه زیر مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به‌طور معناداری نسبت به گروه گواه کاهش پیدا کرد. سجادیان (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای در مورد تأثیر آموزش روش حضور ذهن بر میزان علائم اختلال وسواس اجبار، نشان داد که شیوه‌ی حضور ذهن باعث بهبود علائم شستشو، واریسی، کندی، تردید و نشخوار ذهنی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بوده است. با توجه به اینکه اختلال وسواس اجباری یکی از مشکلات جدی سلامت روان است و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند. مطالعات پاشا و سراج خرمی (۱۳۹۷)، عالم دیانتی و محب (۱۳۹۶)، نیز از دیگر مطالعات انجام‌شده در این حوزه است که همگی بر اثربخشی شناخت‌درمانی بر اختلالات وسواسی و اضطراب نقش داشته‌اند.

یکی دیگر از مداخلاتی که می‌تواند در بهبود افکار وسواسی بیماران اضطرابی نقش مهمی داشته باشد، درمان فراشناختی است. درمان فراشناختی یکی از درمان‌های مطرح در موج سوم روان‌درمانی است که در ابتدا ولز و مائوس (۱۹۹۴) آن را پیشنهاد دادند و سپس ولز (۱۹۹۵) آن را بازبینی و تکمیل کرد. این موج در واکنش به مشکلات نظریه‌ی شناختی کلاسیک مطرح شد و عرصه را برای درمان‌های جدیدتر باز کرد (هی‌یز، ۲۰۰۵). باورهای فراشناختی به باورها و نظریاتی اطلاق می‌شوند که افراد در مورد تفکر و فرآیندها و تجربه‌های شناختی خود دارند. مدل فراشناختی دو نوع باور فراشناختی را شناسایی کرده است (محمدخانی، ۱۳۸۹). طبق مدل فراشناختی اختلال‌های روان‌شناختی افراد به این دلیل در دام اختلال روانی گرفتار می‌شوند که در دور باطلی به نام نشانگان شناختی/توجهی گیر می‌افتند. در واقع اصل بنیادین مدل فراشناختی آن است که اختلال روان‌شناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه در ارتباط است که ولز و مائوس آن را نشانگان شناختی توجهی می‌نامند. این نشانگان شامل نوعی تفکر تکرارشونده به‌صورت نگرانی، نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. پیامدهای این نشانگان در درازمدت منجر به تداوم اختلال روانی و تشدید هیجان‌های منفی می‌شود (ولز، ۲۰۱۱). درمان فراشناختی ولز و مائوس (۱۹۹۴)، ولز (۲۰۰۰، ۱۹۹۷، ۲۰۰۹) برخلاف رویکردهای شناختی، بدون توجه به محتوای وسواس‌ها، تنها بر باورهای فراشناختی تمرکز کرده، برای اصلاح سایر حوزه‌های باورها، مانند مسئولیت‌پذیری بیش‌ازحد، تحمل نکردن ابهام و کمال‌گرایی، تلاشی نمی‌کند، زیرا این باورها به‌عنوان پیامدها و فرآورده‌های باورهای فراشناختی ناپهنجار در نظر گرفته می‌شوند (شاره، غرابی، عاطف، ۱۳۹۰). در این حوزه، قنبر زاده و قنبر زاده (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که درمان فراشناختی که به‌جای محتوای شناخت بر کنترل فرآیندهای حاکم بر آن تمرکز می‌کند، می‌تواند در درمان بیماران مبتلابه اختلال افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری بیماران مؤثر باشد. همچنین خرم‌دل (۱۳۸۹) نیز در پژوهشی نشان داد که بیماران مورد مطالعه در نمره‌ی کل درآمیختگی افکار و همچنین در نمرات سه‌گانه درآمیختگی، کاهش معنی‌داری نسبت به گروه شاهد نشان دادند. در مطالعه دیگری فرهنگ‌مهر، علیلو و

پورشرفی (۱۳۹۳) در مطالعه خود درمان فراشناختی را در کاهش باورهای مربوط به درآمیختگی افکار افراد مبتلابه نوع شستشوی اختلال وسواسی - اجباری را مورد ارزیابی قرار داده و به این نتیجه رسیده‌اند که پیشرفت‌های بالینی و آماری معنی‌داری در بهبود باورهای درآمیختگی افکار بعد از درمان ایجاد شده است. همان‌طور که ذکر شد پژوهش‌های مختلفی اثربخشی دو مدل درمانی فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن را نشان داده‌اند. مرور پژوهش‌های پیشین در رابطه افکار وسواسی بیماران اضطرابی نشان داد که مطالعه‌ای وجود نداشته است که میزان اثربخشی این دو درمان را در این حوزه با یکدیگر مقایسه کند. از این رو با توجه به عدم وجود مطالعه مشابه و همچنین با توجه به تأثیر باورهای وسواسی بر میزان اضطراب و اثرات جانبی استفاده از دارو در روان‌پزشکی و نیز هزینه‌های بالای روان‌درمانی، یافتن درمانی با اثربخشی بالا و پایدار که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر روی بیماران مبتلابه اضطراب، انجام پذیرد، از اهمیت بالایی برخوردار بوده و لزوم انجام این پژوهش را نمایان می‌سازد. لذا با توجه به مطالب ارائه‌شده پژوهش حاضر به دنبال مقایسه اثربخشی شناخته‌شده مبتنی بر ذهن آگاهی و فراشناخت بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی بوده و لذا قصد دارد که پاسخ مناسبی برای سؤالات زیر ارائه نماید:

۱. آیا مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟
۲. آیا مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی در مرحله پیگیری پایدار است؟
۳. آیا بین اثربخشی مداخله شناخته‌شده مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی تفاوتی وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه تجربی است که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه گروه گواه به مقایسه اثربخشی شناخته‌شده مبتنی بر ذهن آگاهی و فراشناخت بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی می‌پردازد. جامعه آماری در پژوهش حاضر، شامل تمامی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان معتمدی و مرکز مشاوره روشنا سمنان در سال ۱۳۹۸ می‌باشند که بر اساس مصاحبه بالینی تشخیص اضطراب دارای افکار وسواسی دریافت کرده و نیز بر اساس مقیاس‌های پژوهش، دارای افکار وسواسی می‌باشند. جمعاً ۸۷ نفر (۳۳ مرد و ۵۴ زن)، دارای ملاک‌های تعیین‌شده‌ای جهت ورود و یا خروج از مطالعه بودند و با توجه به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۶ نفر (۱۴ مرد و ۲۲ زن) از این بیماران که هم‌واجد ملاک‌های شمول و هم‌راضی به حضور در این مطالعه بودند به‌عنوان نمونه آماری در بطن پژوهش قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه، مواردی نظیر امضای فرم رضایت شرکت در پژوهش حاضر، داشتن پرونده مربوط به مشکل اضطراب با افکار وسواسی، داشتن سن مابین ۲۰-۳۵ سال، تحت درمان نبودن با داروهای روان‌پزشکی، عدم وجود بحران در زندگی حداقل شش ماهه قبل خود به خاطر مواردی همچون مرگ عزیزان و یا مشاجره پدر و مادر را شامل می‌شد. متقابلاً ملاک‌های خروج از مطالعه نیز مواردی همچون: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی؛ عدم تمایل آزمودنی برای ادامه فرآیند مداخلات؛ عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در مراحل مختلف پژوهش بود. در پایان افراد انتخاب‌شده با روش نمونه‌گیری در دسترس، به‌عنوان اعضای

نمونه پژوهش به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری شامل آزمایش ۲۱ (بیماران مضطرب دارای افکار وسواسی)، آزمایش ۲۱ (بیماران مضطرب دارای افکار وسواسی) و گواه ۱۱ (بیماران مضطرب دارای افکار وسواسی)، قرار داده شدند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افکار وسواسی (OBQ-44). به‌منظور گردآوری داده‌های تحقیق، در این پژوهش از پرسشنامه‌ی افکار وسواسی (OBQ-44)، استفاده و نمرات کسب‌شده به‌عنوان نمرات پیش‌آزمون ثبت خواهند شد. این پرسشنامه دارای ۴۴ ماده است که از فرم اصلی این پرسشنامه یعنی OBQ-77 گرفته‌شده است. هر دو فرم این پرسشنامه توسط گروه کاری مطالعه شناخت‌ها در اختلال وسواس (OCCWG) طراحی و ساخته شده‌اند. این پرسشنامه از شش زیرگروه افکار تشکیل شده است که حوزه‌های اصلی شناخت در اختلال وسواس را پوشش می‌دهند: احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب، ارزیابی خطر و تهدید، کمال طلبی، نیاز به برخورداری از اطمینان، اهمیت دادن به افکار و درنهایت کنترل افکار. این شش زیرگروه افکار به‌صورت دوتایی، سه زیرمقیاس این پرسشنامه را می‌سازند. این سه زیرمقیاس عبارت‌اند از: ۱- احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب و ارزیابی خطر و تهدید (۱۶ ماده)، ۲- کمال طلبی و نیاز به برخورداری از اطمینان (۱۶ ماده)، ۳- اهمیت و کنترل افکار (۱۲ ماده). سوالات پرسشنامه افکار وسواسی-۴۴ (OBQ-44) به‌صورت طیف ۷ گزینه‌ای لیکرت از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که هر سؤال به شیوه لیکرت به‌صورت "۳-کاملاً مخالفم"، "۲-تا حدودی مخالفم"، "۱-کمی مخالفم"، "۰-نه موافق نه مخالف"، "۱+کمی موافقم"، "۲+تا حدودی موافقم"، "۳+کاملاً موافقم" نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از زیرمقیاس‌ها مطابق دستورالعمل مذکور، نمره‌گذاری می‌شود و از جمع آن‌ها نمره کل به دست می‌آید (شمس و همکاران، ۱۳۸۳). به ترتیب سوالات ۱، ۵، ۶، ۸، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۳، ۲۹، ۳۳، ۳۴، ۳۶، ۳۹ و ۴۱ مربوط به زیرمقیاس "احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب و ارزیابی خطر و تهدید" و سوالات ۲، ۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸، ۲۰، ۲۵، ۲۶، ۳۱، ۳۷، ۴۰ و ۴۳ مربوط به زیرمقیاس "کمال طلبی و نیاز به برخورداری از اطمینان" و سوالات ۷، ۱۳، ۲۱، ۲۴، ۲۷، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۵، ۳۸، ۴۲ و ۴۴ مربوط به زیرمقیاس "اهمیت و کنترل افکار" می‌باشند. در پژوهش گیتی و همکاران (۱۳۸۳) روایی ملاک OBQ-44 با آزمون‌های OCI-R و MOCI به ترتیب ۰/۵۷ و ۰/۵۰ محاسبه شد که در سطح $P < 0/01$ معنادار بود و همچنین همبستگی آزمون OBQ-44 با خرده‌مقیاس‌های MOCI شامل شست‌وشو، کنترل کردن، شک و تردید و کندی و نمره کل محاسبه شد که به‌جز کندی، همبستگی آزمون OBQ-44 با سایر خرده‌مقیاس‌های MOCI معنادار بود. گروه کاری مطالعه شناخت‌ها در اختلال وسواس (OCCWG) که سازنده پرسشنامه OBQ-44 می‌باشند، در تحقیقی در سال ۲۰۰۳ با استفاده از روش آلفای کرونباخ در نمونه‌های وسواسی و گروه کنترل، بین ۰/۹۶ و ۰/۸۰ و کلیه ضرایب در محدوده ۰/۷۱ تا ۰/۹۶ در نوسان بود و همین‌طور پایایی آزمون- باز آزمون با استفاده از روش همبستگی اسپیرمن روی مقیاس‌های فرعی OBQ-44 بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ نوسان داشت. تحلیل‌های پایایی این آزمون در پژوهش گیتی و همکاران (۱۳۸۳) نشان می‌دهد که OBQ-44 در یک دوره پنج‌تا ۱۴ روزه پایا و از دقت و ثبات برخوردار است. چنان‌که سه برآورد پایایی، ثبات درونی ۰/۹۲، دو نیمه‌سازی

۰/۹۴ و روش آزمون - باز آزمون ۰/۸۲ به دست آمده است که در هر سه مورد پایایی بالایی به دست آمده است. تحلیل پایایی خرده مقیاس‌های این آزمون نیز حاکی از ثبات و دقت خرده مقیاس‌های OBQ-44 در طی دوره یک تا دو هفته می‌باشد. سه برآورد پایایی ثبات درونی کل آزمون و خرده مقیاس‌ها به ترتیب (۰/۹۲، ۰/۸۵، ۰/۸۶ و ۰/۸۱)، روش آزمون-باز آزمون به ترتیب (۰/۸۲، ۰/۷۹، ۰/۸۳ و ۰/۷۹) و دو نیمه‌سازی به ترتیب (۰/۹۴، ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۸۰) به دست آمده است و در هر سه مورد پایایی بالایی به دست آمده است (گیتی و همکاران، ۱۳۸۳).

۲. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: به منظور بررسی تأثیر مداخله‌ی "شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی" برای گروه آزمایش ۱ و مداخله‌ی "درمان فراشناختی" برای گروه آزمایش ۲ برگزار شد. لذا برای اعضای گروه آزمایش ۱، پروتکلی بر اساس سیگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲) طراحی و اجرا گردید و در ۸ جلسه درمانی به صورت هفته‌ای ۱ بار که حدود ۱/۵ ساعت به طول انجامید، تحت مداخله‌ی "شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی" قرار گرفتند. پروتکل درمانی بکار رفته در این پژوهش برگرفته از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن سیگال و همکاران (۲۰۰۲) ترجمه محمدخانی و همکاران انجام پذیرفت.

جدول ۱. مراحل اجرای جلسات درمانی رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسات
اول	آماده‌سازی خط‌مشی کلی درمان با توجه محرمانه بودن زندگی شخصی افراد، معرفی افراد، تمرین‌های واری بدن، توزیع نوار و جزوه جلسه اول، ارائه تکلیف خانگی و بحث در مورد جلسات هفتگی
دوم	مرور تکلیف جلسه اول، تمرین و واری بدن، بازنگری تمرین، آموزش و تمرین افکار و احساسات جایگزین و تمرکززدایی از افکار و فرضیات ذهنی، ثبت وقایع خوشایند و مثبت، انجام مراقبه نشسته ۲ الی ۱۰ دقیقه‌ای، تعیین تکلیف خانگی
سوم	تمرین دیداری و شنیداری، آشنایی با مراقبه نشسته و دلایل اجرای این تمرینات، ماندن حدود ۲۰ الی ۳۵ دقیقه‌ای در حالت مراقبه، تمرین تنفس‌های ۳ الی ۴ دقیقه‌ای، بازنگری تکلیف و تعیین تکلیف خانگی
چهارم	تمرین‌های ۵ دقیقه‌ای دیدن و یا شنیدن، انجام مراقبه ۳۰ الی ۴۰ دقیقه‌ای، تمرین و اجرای ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، ادامه تمرین مراقبه ذهن آگاهی، مرور تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی
پنجم	پذیرش خود به همان شکلی که هستیم و اجازه دهی به حضور احساسات ناخوشایند در آگاهی خود، انجام ۳۵ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، مرور و بررسی تمرینات جلسه قبل، تعیین تکلیف خانگی
ششم	تمرین توجه به ذهن و تفهیم اینکه افکار ما حقیقی نیستند و افکار منفی ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کنند، درک این موضوع که افکار فقط در فکر ما هستند، مراقبه نشسته ۳۵ دقیقه‌ای، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره.
هفتم	انجام ۳۵ دقیقه مراقبه نشسته، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار بازنگری، بازنگری تمرین‌ها، تعیین فهرستی از فعالیت‌های مفرح و تسلط بر انگیز، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت‌ها
هشتم	بازنگری مطالب جلسات گذشته و نتیجه‌گیری

۳. **رویکرد فراشناختی.** برای گروه آزمایش ۲، نیز بر اساس روش درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۸)، در ۸ جلسه‌ی درمانی به‌صورت هفته‌ای ۱ بار که حدود ۱/۵ ساعت به طول انجامید، تحت مداخله‌ی درمان فراشناختی قرار گرفتند.

جدول ۲. مراحل اجرای جلسات درمانی رویکرد فراشناختی ولز

جلسه	مطالب ارائه‌شده	اهداف
اول	انجام معارفه، ارزیابی و گردآوری داده‌هایی نظیر ماهیت نشانه‌های وسواسی، اعمال آیینی	شناسایی و معرفی هیجان‌ها و ابعاد آن و رابطه‌ی آن‌ها با باورهای فراشناختی
دوم	معرفی بیماری (اختلال وسواس) به‌عنوان بی‌نظمی هیجانی و ترسیم نمودار فراشناختی آن، معرفی منطق درمان شناختی و الگوی فراشناختی	شناسایی و فراخوانی طرح‌واره‌های منفی و الگوهای فراشناختی منفی
سوم	آموزش تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی	چگونگی برخورد با افکار منفی در ذهن، در صورتی که نیاز به پردازش نداشته باشد
چهارم	طرح سؤالاتی درباره‌ی سازوکار درآمیختگی افکار	کاهش ناهمخوانی افکار، بازنگری تاریخچه‌ی و تجارب رفتاری
پنجم	آموزش جهت درگیر شدن با نشخوار فکری، نگرانی تکرارشونده و تضعیف باورهای مربوط و ایجاد سبک سازگارتر فکری و رفتاری	آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای در خلاص شدن از افکار مزاحم به‌وسیله تکنیک‌های عدم کنترل افکار
ششم	روش‌های تحلیل سود و زیان، آزمایش به تعویق انداختن رفتارهای آیینی روش آموزش توجه (ATT) و تمرکز مجدد توجه موقعیتی (SAR)	کاهش علائم وسواسی در افراد
هفتم	آموزش به بیمار جهت فاصله گرفتن از غنی‌سازی بیش‌ازحد ذهن، به تعویق انداختن نگرانی و توسعه‌ی هوشیاری	اجرای برنامه‌های رفتاری اصلاح توجه، مواجهه و تجارب جلوگیری از پاسخ
هشتم	آماده کردن شرکت‌کنندگان برای اختتام جلسات، اصلاح نشانه‌های توقف و ملاک دانستن، طرح‌ریزی اولیه، طرح‌ریزی جایگزین، شناسایی موانع موجود	به‌کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و نهایتاً نتیجه‌گیری. در هر جلسه تکالیف خانگی نیز داده می‌شود

روش اجرا. بعد از نهایی شدن انتخاب نمونه‌های واجد شرایط جهت حضور در پژوهش حاضر، ضمن توضیح چگونگی اجرای کار و تأکید مجدد بر رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات به شرکت‌کنندگان، رضایت‌نامه کتبی از هر سه گروه گرفته شد. برای اعضای گروه آزمایش ۱، پروتکلی درمانی بر اساس سیگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲) اجرا و تحت مداخله‌ی شناخته‌مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. برای گروه آزمایش ۲، نیز بر اساس روش درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۸)، مداخله‌ی درمان فراشناختی اجرا گردید. این در حالی بود که افراد گروه گواه، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله، مجدداً آزمودنی‌ها با آزمون‌های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین پس از ۲ ماه از آخرین جلسه آموزش

گروهی، از آزمودنی‌ها در هر سه گروه، پیگیری به عمل آمد. به منظور توصیف و تجزیه و تحلیل داده‌های آماری در این پژوهش از آمارهای توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس اندازه مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی این مطالعه نشان داد که زنان شرکت‌کننده در این پژوهش دارای میانگین سنی ۲۶/۳۲ با انحراف ۵/۷۵ و با مدارک تحصیلی کمتر از دیپلم (۵ نفر)، دیپلم (۶ نفر)، فوق دیپلم (۲ نفر)، لیسانس (۸ نفر) و فوق لیسانس (۱ نفر) بوده‌اند. از منظر وضعیت شغلی نیز ۹ نفر خانه‌دار و ۱۳ نفر کارمند هستند بعلاوه ۱۵ نفر از زنان، متأهل (۶۸٪) و ۷ نفر مجرد (۳۲٪) می‌باشند. به طور مشابه، مردان شرکت‌کننده در پژوهش نیز دارای میانگین سنی ۲۹/۱۲ با انحراف معیار ۶/۷۲ و با مدارک تحصیلی دیپلم (۵)، لیسانس (۷) و فوق لیسانس (۲) بودند. همچنین از مردان مورد مطالعه، ۹ نفر کارمند و ۵ نفر دارای شغل آزاد و ۹ نفر متأهل (۶۴٪) و ۵ نفر مجرد (۳۶٪) بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمره افکار و سواسی بیماران اضطرابی به تفکیک گروه‌ها و مراحل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
مسئولیت‌پذیری	کنترل	۶۱/۴۲	۳/۰۹	۶۱/۸۳	۳/۴۹	۲/۵۶
	درمان MBCT	۶۲/۰۰	۲/۴۵	۵۳/۹۲	۲/۸۴	۲/۸۷
	درمان فراشناختی	۶۱/۷۹	۲/۹۳	۵۲/۶۷	۳/۵۰	۲/۰۹
کمال‌طلبی	کنترل	۷۵/۱۷	۴/۳۹	۷۸/۹۲	۶/۶۸	۶/۱۲
	درمان MBCT	۷۵/۵۰	۱/۳۸	۷۲/۹۲	۳/۵۵	۱/۹۶
	درمان فراشناختی	۷۵/۵۸	۱/۵۶	۷۲/۳۳	۳/۴۲	۲/۰۱
اهمیت دادن به افکار	کنترل	۴۹/۷۵	۳/۳۳	۴۹/۱۷	۴/۹۷	۳/۴۳
	درمان MBCT	۴۹/۸۸	۱/۹۸	۴۳/۸۸	۲/۶۹	۲/۸۳
	درمان فراشناختی	۵۰/۱۳	۱/۷۶	۴۲/۲۱	۳/۶۷	۱/۹۱

نتایج جدول فوق نشان داد که شرکت‌کنندگان در پژوهش در پیش‌آزمون و قبل از اعمال مداخلات، دارای نمرات بالا در متغیرهای پژوهشی بودند. با توجه به نتایج، میانگین نمرات افراد هر دو گروه آزمایش در پس‌آزمون کاهش داشته است. این یافته بدین معنی است که اجرای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی باعث تغییراتی در نمرات شرکت‌کننده‌ها در پژوهش شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات افکار وسواسی بیماران اضطرابی

آزمون	متغیر	مرحله	آزمون لوین		آزمون کولموگروف-اسمیرنوف
			آماره F	سطح معناداری	
مسئولیت پذیری	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۹/۳۰	۰/۸۰	۰/۱۱۷
			۱۱/۴۸	۰/۳۱	۰/۱۹۷
			۸/۹۰	۰/۰۹	۰/۰۶۵
کمال طلبی	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۷/۷۰	۰/۲۱	۰/۰۹۲
			۶/۶۹	۰/۰۷	۰/۱۸۷
			۷/۹۲	۰/۱۶	۰/۱۲۲
اهمیت دادن به افکار	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۳/۳۷	۰/۱۱	۰/۱۴۷
			۲/۹۹	۰/۲۵	۰/۲۰۰
			۵/۳۳	۰/۱۲	۰/۱۷۸

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود سطح معناداری آزمون K-S در تمامی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هریک از متغیرهای تحلیل‌شده: مسئولیت‌پذیری، کمال‌طلبی و اهمیت دادن به افکار، بزرگ‌تر از سطح معنی‌داری ۰,۰۵ شده است؛ و لذا فرض H_0 ، یعنی نرمال بودن توزیع پذیرفته می‌شود؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که توزیع آماری و یا پراکندگی نمرات افکار وسواسی بیماران اضطرابی در تمامی مراحل نرمال بوده و لذا اجازه استفاده از آزمون‌های پارامتریک وجود دارد.

در جدول بالا (۳)، نتایج آزمون لوین نیز آورده شده است که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، همگنی واریانس‌های بین متغیرهای وابسته پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به این‌که سطح معنی‌داری آزمون در تمامی سطوح بزرگ‌تر از ۰/۰۵ شده است از این‌رو فرض صفر برای تساوی واریانس سه گروه در متغیرهای تحقیق تأیید می‌گردد؛ یعنی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات این سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) تأیید شده و یکی دیگر از پیش‌شرط‌های استفاده از آزمون‌های پارامتریک تأیید می‌گردد. در ادامه جهت بررسی همگن بودن واریانس بین گروه‌ها در بازه زمانی، از آزمون کرویت ماچولی نیز استفاده و نتایج طبق جدول ۴ نشان داده شده است. با توجه به اینکه در جدول ۴ سطح معنی‌داری $P=0/21$ است و لذا فرض کرویت برقرار بوده و طبق این آزمون نیز واریانس بین گروه‌ها در بازه‌های زمانی مختلف برابر می‌باشد.

جدول ۴۵ نتایج آزمون کرویت ماچولی جهت بررسی همگنی واریانس بین گروه‌ها در بازه زمانی

اثرات بین گروهی	W ماچولی	خی دو تقریبی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
زمان	۰/۷۱۲	۱۹/۳۹	۲	۰/۲۱۲

در ادامه جهت بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس نمرات افکار وسواسی بیماران اضطرابی، آزمون M باکس اجرا و نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۶. نتایج بررسی پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس در متغیر افکار و سواسی

بیماران اضطرابی

متغیر	Box's M	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
مسئولیت‌پذیری	۳/۰۹۹	۰/۴۳۹	۶	۳۵۰۶/۷۲	۰/۸۵۳
کمال‌طلبی	۸/۵۱۱	۱/۸۳۹	۶	۳۵۰۶/۷۲	۰/۰۸۶
اهمیت‌دادن به افکار	۱۴/۰۵۷	۱/۹۹۳	۶	۳۵۰۶/۷۲	۰/۰۶۳

طبق نتایج ارائه‌شده جدول ۶، در خرده مقیاس‌های افکار و سواسی بیماران اضطرابی که شامل: مسئولیت‌پذیری، کمال‌طلبی و اهمیت‌دادن به افکار هستند، مقدار سطح معناداری به ترتیب ($P=0/853$) و ($F=0/439$ و $P=0/086$) و ($F=1/839$ و $P=0/063$) می‌باشد. با توجه به اینکه در تمامی متغیرهای آزمون شده، سطح معنی‌داری از سطح خطای $0,05$ درصد بزرگ‌تر است لذا می‌توان گفت که شرط همگنی ماتریس واریانس-کواریانس نیز به‌خوبی رعایت شده است. بعد از اجرای پیش‌آزمون‌های موردنیاز، اکنون می‌توانیم تحلیل را ادامه دهیم.

جدول ۷. تعیین معناداری اثر متغیر مستقل نتایج کلی آزمون‌های چندمتغیری تحلیل کواریانس از لحاظ

نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر افکار و سواسی بیماران

اضطرابی

مرحله	شاخص‌های آزمون‌ها	ارزش نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر (ضریب اتا)
پس آزمون	اثر پیلایی	۵/۹۴	۶	۵۸	۰/۰۰۰۵	۰/۳۸
	لانداى ويلكز	۹/۴۴	۶	۵۶	۰/۰۰۰۵	۰/۵۰
	اثر هتلینگ	۱۳/۵۵	۶	۵۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۰
پیگیری	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۹/۰۰	۳	۲۹	۰/۰۰۰۵	۰/۷۵
	اثر پیلایی	۸/۵۸	۶	۵۸	۰/۰۰۰۵	۰/۴۷
	لانداى ويلكز	۱۴/۷۸	۶	۵۶	۰/۰۰۰۵	۰/۶۱
	اثر هتلینگ	۲۲/۸۴	۶	۵۴	۰/۰۰۰۵	۰/۷۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۴۷/۹۰	۳	۲۹	۰/۰۰۰۵	۰/۸۳

در جدول ۷ نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری، معنی‌داری اثر متغیر مستقل یعنی عامل گروه (گواه و گروه‌های آزمایشی) در مدل را نشان می‌دهد. مقادیر F به‌دست‌آمده مربوط به اثر پیلایی، لانداى ويلكز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی در مورد متغیر افکار و سواسی بیماران اضطرابی نشان می‌دهد که تفاوت گروه‌ها در متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای کمتر از $0/001$ معنادار است. ضریب اتا نیز نشان می‌دهد متغیرهای وابسته به‌طور کلی بیش از $0/381$ واریانس را تبیین می‌کنند. در مرحله پیگیری نیز همچنین F به‌دست‌آمده مربوط به اثر پیلایی، لانداى ويلكز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی در مورد متغیر افکار و سواسی بیماران اضطرابی نشان می‌دهد که تفاوت گروه‌ها در متغیرهای وابسته در سطح خطای

کمتر از ۰/۰۰۰۵ معنادار است. ضریب اتا نیز نشان می‌دهد متغیرهای وابسته به‌طور کلی بیش از ۰/۴۷۰ واریانس را تبیین می‌کنند. لذا این یافته‌ها نشان می‌دهند که هر سه گروه (گواه، آزمایش MBCT و آزمایش درمان فراشناختی) از نظر متغیرهای وابسته‌ی افکار و سواسی با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌داری دارند.

جدول ۸. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت گروه‌ها در افکار و سواسی

مرحله	منبع	متغیر وابسته	جمع	درجه	میانگین	F	P	اندازه
			مجذورات	آزادی	مجذورات			اثر
پس‌آزمون	گروه	مسئولیت‌پذیری	۶۲۸/۹۸۷	۲	۳۱۴/۴۹۴	۳۳/۵۸۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۹۱
		کمال طلبی	۳۲۲/۹۹۱	۲	۱۶۱/۴۹۵	۶/۵۹۹	۰/۰۰۴	۰/۳۰۶
		اهمیت دادن به افکار	۳۲۱/۱۲۵	۲	۱۶۰/۵۶۳	۱۱/۸۱۵	۰/۰۰۰۵	۰/۴۴۱
پیگیری	گروه	مسئولیت‌پذیری	۶۷۰/۷۸۶	۲	۳۳۵/۳۹۳	۵۳/۴۲۲	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸۱
		کمال طلبی	۱۳۶/۵۰۹	۲	۶۸/۲۵۵	۵/۱۲۱	۰/۰۱۲	۰/۲۵۴
		اهمیت دادن به افکار	۵۸۳/۲۲۶	۲	۲۹۱/۶۱۳	۳۴/۷۲۹	۰/۰۰۰۵	۰/۶۹۸

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات افکار و سواسی بیماران اضطرابی در میان گروه‌ها (گواه، آزمایش MBCT و آزمایش درمان فراشناختی) هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری در سطح خطای کمتر از یک درصد معنادار است؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که بین میزان افکار و سواسی پس از اجرای پژوهش هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری در گروه‌های گواه، آزمایش MBCT و آزمایش درمان فراشناختی، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر هم مداخله‌ی شناخته‌مبنتی بر ذهن آگاهی (MBCT) و هم مداخله‌ی درمان فراشناختی بر بهبود افکار و سواسی بیماران اضطرابی هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری برای گروه‌های آزمایشی اثربخش بوده است؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که شناخته‌مبنتی بر ذهن آگاهی (MBCT) و درمان فراشناختی بر بهبود افکار و سواسی بیماران اضطرابی تأثیرگذار هستند. حال با توجه به این که معنی‌دار شدن تفاوت بین گروه‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس، نشان نمی‌دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد و همچنین کدام مداخله، اثربخش‌تر است؛ لذا به دنبال این تحلیل، آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه دوبه‌دو میانگین‌های گروه‌ها صورت پذیرفت که نتایج آن در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوبه‌دو گروه‌ها

مرحله	متغیر	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	P
پس‌آزمون	مسئولیت‌پذیری	گواه	درمان MBCT	۸/۲۳۹	۰/۰۰۱
			درمان فراشناختی	۹/۴۶۲	۰/۰۰۱
		درمان MBCT	درمان فراشناختی	۱/۲۲۳	۱
	کمال طلبی	گواه	درمان MBCT	۶/۰۲۳	۰/۰۱۷
			درمان فراشناختی	۶/۶۹۸	۰/۰۰۷

۱	۰/۶۷۵	درمان فراشناختی	درمان MBCT		
۰/۰۰۱	۵/۲۷۱	درمان MBCT	گواه	اهمیت دادن به	
۰/۰۰۱	۷/۰۷۶	درمان فراشناختی		افکار	
۰/۷۲۲	۱/۸۰۵	درمان فراشناختی	درمان MBCT		
۰/۰۰۱	۹/۴۶۳	درمان MBCT	گواه	مسئولیت پذیری	
۰/۰۰۱	۸/۹۲۳	درمان فراشناختی			
۱	-۰/۵۴۰	درمان فراشناختی	درمان MBCT		
۰/۰۳۴	۴/۰۴۶	درمان MBCT	گواه	کمال طلبی	پیگیری
۰/۰۲۴	۴/۲۵۲	درمان فراشناختی			
۱	۰/۲۰۶	درمان فراشناختی	درمان MBCT		
۰/۰۰۱	۷/۳۸۹	درمان MBCT	گواه	اهمیت دادن به	
۰/۰۰۱	۹/۴۱۵	درمان فراشناختی		افکار	
۰/۲۹۳	۲/۰۲۷	درمان فراشناختی	درمان MBCT		

برای بررسی تفاوت دوه‌دو گروه‌های مورد پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی، استفاده شد. بر طبق نتایج جدول ۸، در بحث بهبود مسئولیت‌پذیری در مراحل (پس‌آزمون و پیگیری) تفاضل میانگین اثر گروه گواه با گروه شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و گروه گواه با گروه درمان فراشناختی به ترتیب برابر با (۸/۲۳۹ و ۸/۴۶۳) و (۹/۴۶۳ و ۸/۹۲۳) می‌باشد که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنادار و به نفع گروه‌های آزمایشی می‌باشند؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که هرکدام از روش‌های شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و درمان فراشناختی بر بهبود خرده‌مقیاس مسئولیت‌پذیری آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیرگذار است.

در بحث بهبود مسئولیت‌پذیری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین تفاضل میانگین اثر گروه شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) با گروه درمان فراشناختی به ترتیب برابر با (۱/۲۲۳) و (-۰/۵۴۰) می‌باشد که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد؛ لذا می‌توان ادعا نمود که تفاوت معناداری بین اثربخشی مداخله شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر بهبود مسئولیت‌پذیری آزمودنی‌های مورد مطالعه نسبت به درمان فراشناختی وجود ندارد. در بحث بهبود کمال‌طلبی در مراحل (پس‌آزمون و پیگیری) تفاضل میانگین اثر گروه گواه با گروه شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و گروه گواه با گروه درمان فراشناختی به ترتیب برابر با (۶/۰۲۳ و ۴/۰۴۶) و (۶/۶۹۸ و ۴/۲۵۲) می‌باشد که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنادار و به نفع گروه‌های آزمایشی می‌باشند؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که هرکدام از روش‌های شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و درمان فراشناختی بر بهبود خرده‌مقیاس کمال‌طلبی آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیرگذار است. در بحث بهبود کمال‌طلبی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین تفاضل میانگین اثر گروه شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) با گروه درمان فراشناختی به ترتیب برابر با (۰/۶۷۵) و (۰/۲۰۶) می‌باشد که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد. به عبارتی تفاوت معناداری بین اثربخشی مداخله شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر بهبود کمال‌طلبی آزمودنی‌های مورد مطالعه نسبت به درمان فراشناختی وجود ندارد. در بحث بهبود اهمیت دادن به افکار در مراحل (پس‌آزمون و پیگیری) تفاضل

میانگین اثر گروه گواه با گروه شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و گروه گواه با گروه درمان فراشناختی به ترتیب برابر با (۵/۲۷۱ و ۷/۳۸۹) و (۷/۰۷۶ و ۹/۴۱۵) می‌باشد که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنادار و به نفع گروه‌های آزمایشی می‌باشند؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که هرکدام از روش‌های شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و درمان فراشناختی بر بهبود خرده مقیاس اهمیت دادن به افکار آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیرگذار است. در بحث بهبود اهمیت دادن به افکار در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین تفاضل میانگین اثر گروه شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) با گروه درمان فراشناختی به ترتیب برابر با (۱/۸۰۵) و (۲/۰۲۷) می‌باشد که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد لذا می‌توان ادعا نمود که تفاوت معناداری بین اثربخشی مداخله شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر بهبود اهمیت دادن به افکار آزمودنی‌های مورد مطالعه نسبت به درمان فراشناختی وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی و فراشناخت بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی گرفت. نتایج بعدی این پژوهش نشان داد، شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی تأثیر معنی‌داری دارد. نتایج موید آن بود که بین میزان نمره افکار وسواسی بیماران اضطرابی پس از اجرای پژوهش (هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری) در گروه‌های گواه و شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت آماری معناداری وجود دارد. لذا می‌توان بیان نمود که مداخله‌ی شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری اثربخش بوده است. از این‌رو نتایج به‌دست‌آمده از این منظر با نتایج پژوهش‌های محققین دیگری نظیر گلدین، لی و سایر همکاران (۲۰۱۴)، مک‌اووی و همکاران (۲۰۱۵)، سینگ (۲۰۰۴)، خوش‌خطی و همکاران (۱۳۹۸)، پاشا و سراج خرمی (۱۳۹۷)، عالم دیانتی و محب (۱۳۹۶)، سجادیان (۱۳۹۱) همسو می‌باشد. نتایج به‌دست‌آمده از تجزیه و تحلیل داده‌های آماری جهت بررسی تأثیر درمان فراشناختی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی نیز نشان داد که بین میزان نمره افکار وسواسی بیماران اضطرابی پس از اجرای پژوهش (هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری) در گروه‌های گواه و درمان فراشناختی، تفاوت آماری معناداری وجود دارد. لذا می‌توان ادعا نمود که مداخله‌ی درمان فراشناختی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری در نمونه مورد بررسی این پژوهش اثربخش بوده است. نتایج به‌دست‌آمده در این بخش نیز با نتایج پژوهش‌های قنبر زاده و قنبر زاده (۱۳۹۵)، فرهمند مهر، علیلو، پور شریفی (۱۳۹۳)، ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۹) و شاره، غزایی، عاطف (۱۳۹۰)، عبدالله زاده، جوانبخت، عبدالله زاده (۱۳۹۰)، سادات اصل علوی تبار و همکاران (۱۳۹۶)، ون در هیدن و همکاران (۲۰۱۶) و خرم‌دل (۱۳۸۹)، همسو می‌باشد. همان‌گونه که گفته شد، نخستین بار ولز و متیوس (۱۹۹۴)، به‌منظور تبیین و درمان عملکرد اجرایی خودتنظیمی اختلالات هیجانی، با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی معرفی کردند. به‌طوری‌که مشخص شده است این سازوکار بر کاهش فاصله‌ی بین اهداف و واقعیت اثر می‌گذارد (خدابخش، عباسی و شاهنگیان، ۱۳۹۲). از سوی دیگر، با استفاده از مدل خودنظم‌بخش می‌توان کنش فراشناختی ارزیابی اهمیت شخصی افکار مانند ارزیابی اهمیت محرک‌های درونی را نیز تبیین کرد (ولز و پاپاجورجیو، ۱۹۹۸). در این مدل پیشنهادی برای درمان اختلال وسواس-

اجباری، بر دو بعد از باورهای فراشناخت یعنی باورهای مرتبط با معنا و قدرت افکار و باورهایی درباره تشریفات تأکید شده است (اکرمی و همکاران، ۱۳۸۹).

باورهای مرتبط با فراشناخت در وسواس ممکن است غیردقیق و ناکارآمد باشند و بنابراین افکار بهنجاری که به طور طبیعی در جریان خودآگاهی ایجاد می‌شوند، در بیماران وسواسی امری تهدیدکننده ارزیابی شوند. در عین حال، ممکن است فرایندهای فراشناختی خوب عمل نکنند (ولز، ۲۰۰۰)؛ بنابراین، با توجه به مطالب فوق، به طور کلی، اساس درمان افکار وسواسی بر پایه مدل فراشناختی عبارت است از: تغییر طیف باورهای فراشناختی مرتبط با درآمیختگی؛ تغییر باورهای ناکارآمد درباره آیین‌مندی‌ها؛ اصلاح و بهبود شیوه به‌کارگیری نشانه‌های درونی نامناسبی که ملاک ارزیابی‌ها و راهنمایی رفتار قرار می‌گیرند؛ ایجاد شیوه‌های جایگزین مناسب برای راهنمایی رفتار و افزایش مهارت‌های هوشیاری فراگیر (خدابخش، عباسی و شاهنگیان، ۱۳۹۲)؛ که با توجه به این موارد اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی در این پژوهش قابل توجیه است.

برای تبیین تفاوت میان اثربخشی شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی در میان گروه‌ها نیز آزمون تعقیبی بونفرونی، اجرا گردید. نتایج به‌دست‌آمده از این آزمون نشان داد که هم مداخله شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی و هم مداخله‌ی درمان فراشناختی بر بهبود افکار وسواسی (مسئولیت‌پذیری، کمال‌طلبی، اهمیت دادن به افکار) بیماران اضطرابی در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و مرحله پیگیری برای گروه‌های آزمایشی اثربخش بوده است ولی تفاوت آماری معناداری بین اثربخشی دو رویکرد مداخله شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی و مداخله‌ی درمان فراشناختی جهت کاهش افکار وسواسی بیماران اضطرابی مشاهده نشد. با توجه به محدودیت عدم کنترل برخی از متغیرهای مداخله‌گر نظیر وضعیت سلامت جسمانی هنگام حضور در جلسات و انگیزه بیماران، از این‌رو بایستی در تعمیم نتایج این پژوهش جانب احتیاط را رعایت نمود. علاوه بر توجه به پرسشنامه‌های خود گزارشی به‌کاربرده شده در پژوهش که بعضاً باعث سوگیری در پاسخ‌دهی بیماران اضطرابی و افسرده می‌شود احتمال افزایش خطای نتایج را نیز بایستی در نظر گرفت. با توجه به آنچه در این مطالعه به‌دست‌آمده است، پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات تکمیلی بعدی، متغیرهای جمعیت شناختی، تفاوت‌های وضعیت روحی و روانی و تفاوت‌های فردی افراد، نیز لحاظ گردد و هم‌تاسازی‌های دقیقی بر روی گروه گواه و آزمایش انجام گیرد تا اثر متغیرهای مزاحم جمعیت شناختی تعدیل گردد. همچنین، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی یک گروه آزمایشی دیگر در نظر گرفته شود که هم‌زمان هم تحت مداخله درمان فراشناختی و هم تحت مداخله شناخته مبتنی بر ذهن آگاهی قرار بگیرند و سپس اثربخشی این مداخله ترکیبی را با گروه‌های دیگر مورد مقایسه قرار دهند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ضمن تأکید بر تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش، گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از مدیر، کادر درمان و کلیه پرسنل بیمارستان معتمدی کرمانشاه و مرکز مشاوره روشنا و تمامی افرادی که در گروه نمونه آماری با دلسوزی و کمال صبر و حوصله، باعث به نتیجه رسیدن این کار پژوهشی شدند، کمال تشکر و قدردانی رادارم.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان به تصویب رسیده است و همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس، حسنعلی زاده، مهدیه، کاظمی، رضا، و نریمانی، محمد. (۱۳۸۹). تأثیر درمان‌های فراشناختی و دارویی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلابه اختلال وسواسی-اجباری. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۴): ۳۰۵-۳۱۲
- اکرمی، ناهید، کلانتری، مهرداد، عریضی، حمیدرضا، عابدی، محمدرضا، و معروفی، محسن. (۱۳۸۹). مقایسه تأثیر روش‌های درمان رفتاری-شناختی و رفتاری-فراشناختی در درمان بیماران مبتلابه اختلال وسواس-اجبار. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲(۲): ۷۱-۵۹.
- پاشا، رضا، و سراج خرمی، آذر. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشخوار فکری و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی و وسواسی-جبری. *مجله دست آورده‌ای روان‌شناختی*، ۲۵(۱): ۱۱۲-۹۳.
- لاریجانی، زرین سادات، محمدخانی، پروانه، حسنی، فریبا، سپاه منصور، مژگان، و محمودی، غلامرضا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۲(۱۰): ۲۷-۵۰.
- فرهمند مهر، زهره، علیلو، محمود، و پور شریفی، حمید. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش باورهای مربوط به درآمیختگی افکار افراد مبتلابه نوع شستشوی اختلال وسواسی - اجباری. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۲(۲۲): ۱۰۶۶-۱۰۵۴.
- شاره، حسین، غرابی، بنفشه، و عاطف وحید. (۱۳۹۰). مقایسه درمان فراشناختی، فلووکسامین و درمان ترکیبی در بهبود راهبردهای کنترل فکر و نشانه‌های توقف در اختلال وسواسی- اجباری. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳(۱۷): ۱۹۹-۲۰۷.

صداقت زاده آرش، ایمانی، سعید، و شکری، امید. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش ولع مصرف در معتادان افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۹): ۶۸-۵۵

خدابخش، روشنگر، عباسی، لیلی، و شاهنگیان، سیده شهره. (۱۳۹۲). اثر درمان فراشناختی ولز بر کنترل افکار وسواسی و افزایش سازگاری یک مورد وسواسی - جبری. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۱۵(۳): ۲۴-۳۱. خرم‌دل، کاظم. (۱۳۸۹). اثر درمان فراشناختی «ولز» بر درآمیختگی افکار بیماران مبتلابه اختلال وسواسی جبری. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۴۵): ۳۹-۴۰.

خوش‌خطی، نازیلا، امیری‌مجد، مجتبی، بزازیان، سعیده، و یزدی‌نژاد، علیرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم اضطراب، افسردگی و استرس بیماران کلیوی تحت همودیالیز. *فصلنامه پژوهش پرستاری*، ۱۴(۶): ۹-۱۷.

سادات اصل علوی تبار، سلاله، خدابخش، روشنگر، و مهری نژاد، سید ابوالقاسم. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناختی بر وسواس فکری-عملی. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۱(۱۳): ۹۹-۸۳.

سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). روان‌درمانی‌های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم‌انداز، با تأکید ویژه بر طرحواره درمانی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی ویژه‌نامه*، ۱۸(۵): ۳۱-۲۲. شمس، گیتی، کرم‌قدیری، نرگس، اسماعیلی ترکانبوری، یعقوب، و ابراهیم‌خانی، نرگس. (۱۳۸۳). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی-۴۴. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۶(۱): ۲۳-۳۶. عالم‌دیانتی، فاطمه، و محب، نعیمه. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش شناخت-درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری. *فصلنامه آموزش و ارزشیابی*، ۱۰(۴۰): ۱۷۱-۱۸۸.

عبداله زاده، فریبا، جوانبخت، مریم، و عبدالله زاده، حسن. (۱۳۹۰). مقایسه تأثیر درمان فراشناختی و درمان دارویی در وسواس فکری، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ۲(۱۸): ۱۱۷-۱۱۰.

قنبر زاده، محمدرضا، و قنبر زاده، پوریا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی. *چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان، قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان*. محمدخانی، شهرام، و فیروزی، علی‌اصغر. (۱۳۸۹). رابطه باورهای وسواسی و باورهای فراشناختی با شدت علائم وسواس فکری و عملی در دانشجویان. *پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*.

References

- Armstrong, L. & Rimes, K.A. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): A pilot randomized study. *Behav Ther*, 47(3), 287-98.
- Cho, S. White, K.H. Yang, Y. & Soto, J.A. (2019). The role of trait anxiety in the selection of emotion regulation strategies and subsequent effectiveness. *Personality and Individual Differences*, 147, 326-331.
- Clark, D.A. & Purdon, C. (2004). *Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions*. In: Reinecke, M.A. Clark, D.A. editors. *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Farra, S.L. & Smith, S.J. (2019). Anxiety and Stress in Live Disaster Exercises. *Journal of Emergency Nursing*, 45(4), 366-373.

- File, S. E. & Hyde, J. R. (1978). Can social interaction be used to measure anxiety? *British Journal of Pharmacology*, 62(1), 19–24.
- Fisher PL, Wells A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Exper Psychiat*; 39(2), 117-32.
- Goldin, P. R. Lee, I. Ziv, M. Jazaieri, H. Heimberg, R. G. & James, G. J. (2014). Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 7-15.
- Hayes, S. C. (2005). Acceptance and Commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 356, 639-665
- Khoury, B. Lecomte, T. Fortin, G. Masse, M. Therien, P. Bouchard, V. Chapleau, M.A. Paquin, K. & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771.
- Kinney, K.L. Burkhouse, K.L. & Klumpp, H. (2019). Self-report and neurophysiological indicators of emotion processing and regulation in social anxiety disorder. *Biological Psychology*, 142, 126-131.
- McEvoy, P. M. Erceg-Hurn, D. M. Anderson, R. A. Campbell, B. N. C. Swan, A. Saulsman, L. M. Summers, M. & Nathan, P. R. (2015). Group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: An effectiveness trial. *Journal of Affective Disorders*, 175, 124–132.
- Pepping, A. C. Duvenage, M. J. Cronin, T. J. & Lyons. (2016). Adolescent mindfulness and psychopathology: The role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 99, 302-307.
- Perestelo-Perez, L. Barraca, J. Peñate, W. Rivero-Santana, A. & Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 282–295.
- Raj, S. Sachdeva, S. A. Jha, R. Sharad, S. Singh, T. Arya, Y. K. & Verma, S. K. (2019). Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian journal of psychiatry*, 39, 58-62
- Sajjadian I, Taher Neshat Dost H, Molavi H, Bagherian Sararoudi S. (2012). Cognitive and emotional factors effective on chronic low back pain in women: Explanation the role of fearavoidance believes, pain catastrophizing and anxiety. *Behavioral Sciences Research*, 9(5): pp.305-316
- Segal, Z. V. Teasdale, J. D. & Williams, J. M. (2002). *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Segal, Z. V. Teasdale, J. D. & Williams, J. M. (2002). *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Segal, Z. V. Williams, J. M. G. Teasdale, J. D. (2007). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relaps. *Cognitive Behavioral Therapy Book Review*, 3,351.
- Singh NN, Wahler RG, Winton AS, Adkins AD. (2004). A mindfulness-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Amenurs*, 3(4):pp. 275-287.
- Sprengel, A.D. (2004). Reducing student anxiety by using clinical peer mentoring with beginning nursing students. *Nurs Educat*, 29, 246-250.
- Tomlinson, E. R. Yousaf, O. Vittersø, A. D. & Jones. L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness*, 9(1), 23-43

- Van der Heiden, C. Van Rossen, K. Dekker, A. & Damstra, M. (2016). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 24-29.
- Vinci, C. Peltier, M. R. Shah, S. Kinsaul, J. Waldo, K. McVay, M. A. & Copeland, A.L. (2014). Effects of a brief mindfulness intervention on negative affect and urge to drink among college student drinkers. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 82-93.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons Ltd.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. & Mathews, G. (1994). *Attention and Emotion. A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36(9), 899-913.

پرسشنامه باورهای وسواسی - ۴۴ (OBQ-44)

سوالات	کاملاً مخالفم	تا حدوی مخالفم	تا حدوی موافقم	نه موافقم نه مخالف	کاملاً موافقم
۱ من اکثراً فکر می‌کنم که چیزهای اطرافم برای من خطرناک هستند.	۱	۲	۳	۴	۵
۲ اگر از چیزی کاملاً مطمئن نباشم، پس باید آماده اشتباه کردن باشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳ کارها باید دقیقاً مطابق معیارهای خودم باشند.	۱	۲	۳	۴	۵
۴ من اگر بخواهم انسان ارزشمندی باشم، باید هر کاری را درست و کامل انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۵ تا وقتی که برای من فرصت فراهم است، باید از رخ دادن اتفاقات بد جلوگیری کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۶ حتی اگر احتمال کمی برای آسیب دیدن وجود دارد، باید به هر قیمتی شده از آن جلوگیری کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷ برای من داشتن وسوسه‌های فکری بد به اندازه انجام دادن آن، بد است.	۱	۲	۳	۴	۵
۸ زمانی که من خطری را پیش‌بینی کنم و برای پیشگیری از آن اقدامی نکنم، پس برای هر پیامدی از آن خطر مقصر هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹ اگر من نتوانم کاری را بسیار عالی انجام دهم، پس به‌طور کلی نباید آن کار را انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰ من باید با تمام نیرو در همه اوقات کار کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱ من باید تمام پیامدهای احتمالی ناشی از یک مسئله را بررسی کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲ حتی اشتباهات کوچک در کار نیز به معنی کامل نبودن آن شغل است.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳ اگر افکار پرخاشگرانه یا آسیب‌زا درباره عزیزانم داشته باشم به این معنا است به‌طور مخفیانه می‌خواهم به آن‌ها آسیب بزنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴ من باید از تصمیماتم مطمئن باشم.	۱	۲	۳	۴	۵

۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۵	در تمام مسائل روزمره، شکست در جلوگیری از یک آسیب به اندازه باعث شدن آن آسیب بد است.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۶	من برای اجتناب از مسائل جدی (مانند بیماری یا تصادف) به تلاش مداوم نیاز دارم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۷	برای من پیشگیری نکردن از یک آسیب، به همان اندازه باعث شدن آن آسیب، بد است.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۸	اگر اشتباه کنم باید ناراحت بشوم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۹	باید به دیگران اطمینان بدهم که آن‌ها از عواقب منفی تصمیمات یا اعمال من در امان هستند.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۰	برای من چیزها تا کامل نباشند، صحیح نیستند.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۱	داشتن افکار نامطبوع، یعنی اینکه من آدم بدی هستم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۲	اگر من احتیاط بیشتری نکنم، احتمال اینکه باعث یک فاجعه خطرناک برای دیگران شوم، زیاد است.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۳	برای اینکه احساس امنیت کنم، باید برای هر رخداد احتمالی خطا آماده باشم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۴	من نباید افکار عجیب و غریب یا منزجر کننده داشته باشم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۵	برای من اشتباه کردن به اندازه شکست کامل نامطلوب است.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۶	مشخص بودن هر چیزی در کار، حتی موارد جزئی ضروری است.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۷	داشتن افکار کفر آمیز همان اندازه توهین مقدسات گناه است.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۸	من باید بتوانم ذهنم را از افکار ناخواسته رها کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۹	احتمال اینکه من به طور تصادفی باعث ایجاد آسیب به خودم یا دیگران شوم، بیشتر از بقیه است.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۰	داشتن افکار بد یعنی اینکه من غیرعادی یا غیرطبیعی هستم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۱	من باید در چیزهایی که برایم مهم هستند بهترین باشم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۲	داشتن یک فکر ناخواسته جنسی یا تصور آن به این معنی است که من واقعاً می‌خواهم آن فکر را انجام دهم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۳	اگر رفتارهای من حتی تأثیر کمی بر بدشانسی احتمالی من داشته باشد مسئول پیامدهای رفتارهایم هستم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۴	حتی زمانی که با احتیاط رفتار می‌کنم، اغلب فکر می‌کنم که اتفاقات بدی رخ خواهد داد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۵	داشتن افکار مزاحم، یعنی من کنترلی بر رفتارم ندارم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۶	اگر من خیلی مراقب نباشم، حوادث زیان‌آوری اتفاق خواهد افتاد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۷	من مجبورم هر کاری را تا اینکه زمانی کنخ درست انجام شود ادامه دهم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۸	داشتن افکار خشن به این معنی است که من کنترلم را از دست خواهم داد و خشمگین می‌شوم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۹	اگر من مانع یک فاجعه نشوم، به اندازه کسی که فاجعه به بار می‌آورد، مقصر هستم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۰	اگر من وظیف کاری‌ام را به طور عالی انجام ندهم، مردم به من احترام نخواهند گذاشت.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۱	حتی تجربیات معمولی در زندگی‌ام پر از احتمال خطر هستند.

۶	۵	۴	۳	۲	۱	داشتن فکر بد از نظر اخلاقی فرقی با انجام دادن آن عمل بد ندارد.	۴۲
۶	۵	۴	۳	۲	۱	هیچ کاری را به قدر کافی خوب انجام نمی‌دهم.	۴۳
۶	۵	۴	۳	۲	۱	اگر افکارم را کنترل نکنم، تنبیه خواهم شد.	۴۴



Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive therapy on reducing obsessive thoughts in anxious patients in the direction of family therapy

Nafiseh. Javidnia¹, Seyed Abolghasem. Mehrinejad^{*2} & Amaneh. Moazedian³

Abstract

Aim: This study aims to compare the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and metacognition on reducing obsessive thoughts in anxiety patients. **Methods:** The research method is quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of all patients referred to Motamedi Hospital and Roshna Semnan Counseling Center in 2019, from which a sample of 36 persons was selected and randomly assigned to three groups of 12 persons, including two experimental and a control group. At first, the OBG questionnaire of the study group on obsessive-compulsive disorder (2003) was distributed in all three groups and the answers were recorded as pre-test scores. The members of the first experimental group were treated with "mindfulness-based cognitive therapy" based on the protocol of Seagal, Williams and Tizdell (2002). Members of the second experimental group underwent "metacognitive therapy" based on the method of metacognitive therapy of Wales (2008). No intervention was performed for control group. Finally, the obtained data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) with SPSS-22 statistical software. **Results:** The results show the effectiveness of both mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive therapy approaches in reducing obsessive-compulsive disorder in anxious patients ($P < 0.01$). In addition, the results show that there was no statistical significant difference ($P > 0.05$) between the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy intervention and metacognitive therapy on reducing obsessive thoughts in anxiety patients. **Conclusion:** According to this study, it can be concluded that both cognitive therapy-based approaches to mindfulness and metacognitive therapy on reducing obsessive thoughts in anxiety patients are not different from each other and can be effective.

Keywords: *mindfulness, meditation, mindfulness-based cognitive therapy, metacognitive therapy, obsessive thoughts, anxiety.*

1. PhD student, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

2. ***Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran.

Email: seyedabolghasemmehrinejad@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran