

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر درهم آمیختگی فکر-عمل، عدم تحمل بلاتکلیفی و ناگویی  
هیجانی در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی

The effectiveness of mindfulness training on thought-action fusion, intolerance of uncertainty and alexithymia in people with obsessive-compulsive disorder

Fatemeh Amani

M.A., Department of Psychology, Faculty of Humanities, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

Dr. Ahmad Ravan \*

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Lar Branch, Islamic Azad University, Larestan, Iran.

[Ahmadravan46@gmail.com](mailto:Ahmadravan46@gmail.com)

فاطمه امانی

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

دکتر احمد روان (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد لار، دانشگاه آزاد اسلامی، لارستان، ایران.

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of mindfulness training on thought-action fusion, intolerance of uncertainty, and alexithymia in people with obsessive-compulsive disorder. The research method was semi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all women referring to psychology and psychiatry clinics in Shiraz in 1403. 30 people were selected as a sample using the available sampling method and were randomly assigned to two control and experimental groups (15 people in each group). The experimental group underwent mindfulness training in 8 weekly sessions, each session lasting 90 minutes. The two groups answered the Shafran and Rachman Thought-Action Fusion Questionnaires (STAF, 1996), Freeston et al. Intolerance of Uncertainty (IUS, 1994), and Bagby et al. Alexithymia (TAS-20, 1994) before and after the intervention. Data were analyzed using multivariate covariance test. According to the results obtained, controlling for the pretest effect, there was a significant difference at the 0.001 level between the mean of thought-action fusion, intolerance of uncertainty and alexithymia in the experimental and control groups. From the above findings, it can be concluded that mindfulness training is effective on thought-action fusion, intolerance of uncertainty, and alexithymia in people with obsessive-compulsive disorder.

**Keywords:** Intolerance of Uncertainty, Alexithymia, Obsessive-Compulsive Disorder, Thought-Action Fusion, Mindfulness, Training.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر درهم آمیختگی فکر-عمل، عدم تحمل بلاتکلیفی و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی انجام شد. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز روانشناسی و روانپزشکی شیراز در سال ۱۴۰۳ بود. به روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۸ جلسه هفتگی و هر جلسه ۹۰ دقیقه تحت آموزش ذهن آگاهی قرار گرفت. دو گروه قبل و پس از مداخله به پرسشنامه های آمیختگی فکر-عمل شافران و راجمن (STAF, ۱۹۹۶)، عدم تحمل بلاتکلیفی فریستون و همکاران (IUS, ۱۹۹۴) و ناگویی هیجانی بگبی و همکاران (TAS-20, ۱۹۹۴) پاسخ دادند. داده ها با آزمون کواریانس چندمتغیری تحلیل شد. طبق نتایج به دست آمده با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون آمیختگی فکر-عمل، عدم تحمل بلاتکلیفی و ناگویی هیجانی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود داشت. از یافته های فوق می توان نتیجه گرفت که آموزش ذهن آگاهی بر درهم آمیختگی فکر-عمل، عدم تحمل بلاتکلیفی و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال وسواس اثربخش است.

**واژه های کلیدی:** عدم تحمل بلاتکلیفی، ناگویی هیجانی، وسواس فکری عملی، درهم آمیختگی فکر-عمل، آموزش ذهن آگاهی.

## مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی<sup>۱</sup> (OCD) وضعیتی شایع و ناتوان کننده در حوزه سلامت روان است که با افکار مزاحم (وسواس‌ها) و رفتارهای تکراری (اجبارها) مشخص می‌شود که هدف آن کاهش اضطراب ناشی از این افکار است (چسل<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). اما در واقع این اختلال اغلب با احساس اضطراب و استرس مزمن همراه است، زیرا فرد به‌طور مداوم تحت فشار است تا رفتارهای خاصی را انجام دهد تا از وقوع خطرات خیالی جلوگیری کند (بلانکو-ویرا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). محتوای افکار وسواسی بیشتر شامل موضوع‌های آزاردهنده، متناقض یا حتی بی‌معنی در مورد کثیفی، آلودگی، پرخاشگری، شک و تردید، اعمال غیرقابل قبول جنسی، مذهب، نظم و ترتیب، تقارن و دقت است (بلانکو-ویرا و همکاران، ۲۰۲۳). این اختلال تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی افراد دارد و منجر به ناراحتی و اختلالات قابل توجهی در عملکرد روزمره می‌شود (بلوم<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). به‌عنوان مثال می‌تواند به بروز افسردگی منجر شود، به ویژه زمانی که فرد احساس ناتوانی در کنترل وسواس‌های خود داشته باشد. علاوه بر این، رفتارهای تکراری مانند شستشوی مکرر دست‌ها ممکن است عوارض جسمی مانند خشکی پوست و عفونت‌های پوستی ایجاد کند (ماه‌جانی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، روابط اجتماعی فرد نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد و ممکن است به انزوا و تنهایی او منجر شود (رگالا و ریس<sup>۵</sup>، ۲۰۲۴).

یک جنبه حیاتی از اختلال وسواس فکری-عملی شامل تحریفات شناختی مانند درهم آمیختگی فکر-عمل<sup>۶</sup> است (حسینی و همکاران، ۱۴۰۱). درهم آمیختگی فکر-عمل با این باور مشخص می‌شود که داشتن یک فکر درباره یک عمل معادل با انجام واقعی آن عمل است. این پدیده می‌تواند باعث شود افراد احساس کنند که افکارشان نشان‌دهنده شخصیت اخلاقی منفی آن‌هاست و اینکه صرفاً فکر کردن به یک عمل غیراخلاقی احتمال انجام آن را افزایش می‌دهد (لی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). این خطای شناختی چرخه‌ای از اضطراب و تردید ایجاد می‌کند که در آن افراد بر روی افکار عجیب وسواس دارند و از ترس اینکه ممکن است به‌طور ناخواسته آسیب برسانند یا بر شخصیتشان تأثیر منفی بگذارد، دچار اضطراب می‌شوند (وولی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). درهم آمیختگی فکر-عمل باعث می‌شود افراد به‌طور مفرط درباره جنبه‌های مختلف زندگی نگران باشند و به‌طور نادرستی باور کنند که نگرانی‌شان به‌عنوان یک مکانیزم حفاظتی عمل می‌کند (وولی و همکاران، ۲۰۲۴). اما روش‌های روان‌درمانی می‌تواند به این افراد کمک کند تا این باورهای تحریف‌شده را شناسایی و کنترل کنند. درمان ممکن است به افراد اجازه دهد تا در شرایط کنترل‌شده با ترس‌های خود روبه‌رو شوند و بدین ترتیب اضطراب مرتبط با افکارشان را کاهش دهند (صدیق و همکاران، ۱۴۰۰). علاوه بر این، عدم تحمل بلاتکلیفی<sup>۹</sup> که ویژگی رایجی در اختلال وسواس فکری-عملی است، منجر به نگرانی بیش از حد درباره آینده و ناتوانی در پذیرش ابهام می‌شود (پرهام، ۱۴۰۲). عدم تحمل بلاتکلیفی به تمایل افراد به تجربه احساسات منفی و اضطراب در مواجهه با شرایط نامشخص و عدم قطعیت اشاره دارد (ناولز و اولاتونجی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۳). این عدم تحمل می‌تواند چرخه وسواس‌ها و عمل‌ها را ادامه دهد و باعث شود که افراد نتوانند استراتژی‌های مقابله‌ای مؤثر را بکار گیرند. کسانی که در مواجهه با شرایط غیرقابل پیش‌بینی احساس ناامنی می‌کنند، بیشتر در معرض اضطراب‌های اجتماعی و فوبیاهای خاص قرار دارند (پرهام، ۱۴۰۲). علاوه بر این، افراد مبتلا به عدم تحمل بلاتکلیفی معمولاً در مدیریت هیجان‌های خود دچار مشکل هستند. این ناتوانی می‌تواند منجر به بروز واکنش‌های هیجانی نامناسب و رفتارهای ناسازگار شود. به‌طور کلی، عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (اسدی نیا و شریفی ازغندی، ۱۴۰۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند با افزایش احساس بیماری و نگرانی از سلامتی ارتباط داشته باشد (پارلار یازیچی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۴). نتایج پژوهش ناولز و اولاتونجی (۲۰۲۴) نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، عدم تحمل بلاتکلیفی بیشتری دارند که به عنوان یک نقص شناختی در این اختلال شناخته شده است. همچنین مطالعات نشان داده است که اختلال وسواس فکری-عملی با اختلالات هیجانی نظیر ناگویی هیجانی<sup>۱۲</sup> ارتباط دارد (حسینی و همکاران، ۱۴۰۱).

1 Obsessive compulsive disorder

2 Chessel

3 Blanco-Vieira

4 Blum

5 Regala & Reis

6 thought-action fusion

7 Lee

8 Woolley

9 intolerance of uncertainty

10 Knowles & Olatunji

11 Parlar yazici

12 alexithymia

ناگویی هیجانی با دشواری در شناسایی و ابراز احساسات مشخص می‌شود که می‌تواند تأثیر عمیقی بر تنظیم هیجان و روابط بین فردی فرد بگذارد (یحییوی الله کایی و همکاران، ۱۴۰۱). تحقیقات نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی معمولاً سطوح بالاتری از ناگویی هیجانی را نسبت به جمعیت عمومی نشان می‌دهند. به عنوان مثال، مطالعه نشان داده‌اند که تقریباً ۱۱ درصد از بیماران OCD به عنوان الکسی‌تایمیک طبقه‌بندی می‌شوند، در حالی که این رقم در گروه‌های کنترل تنها ۲/۶ درصد است (رو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). این موضوع نشان‌دهنده ارتباط قوی بین نقص‌های پردازش عاطفی مرتبط با الکسی‌تایمیا و نشانه‌های اختلال وسواس فکری-عملی است، به ویژه در مورد اینکه این افراد چگونه تجربیات عاطفی درونی خود را مدیریت می‌کنند (میگل<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). ابعاد خاصی از نشانه‌های اختلال وسواس فکری-عملی با ویژگی‌های الکسی‌تایمیک همبستگی دارد، به طوری که برخی نشانه‌ها-به ویژه آن‌هایی که به "ترتیب‌دهی" و "وسواس‌های خالص" مربوط می‌شوند-بیشتر با سطوح بالای الکسی‌تایمیا مرتبط هستند. همچنین، وسواس‌های جنسی و مذهبی به‌عنوان مواردی که به‌ویژه با تمایلات الکسی‌تایمیک در بیماران اختلال وسواس فکری-عملی مرتبط هستند، شناسایی شده‌اند (یحییوی الله کایی و همکاران، ۱۴۰۱). اضطراب نقش حیاتی در این ارتباط ایفا می‌کند، زیرا سطوح بالاتر اضطراب با ویژگی‌های الکسی‌تایمیک بیشتر در میان افرادی که مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی هستند، مرتبط است (تمرچی و همکاران، ۲۰۲۴).

نیاز به مداخلات درمانی به منظور بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی روشن است. در این بین رویکردهای درمانی مانند آموزش ذهن‌آگاهی که بر افزایش آگاهی و ابراز عاطفی تمرکز دارند، ممکن است برای درمان این بیماران مفید باشند (ماتور<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پرورش آگاهی از لحظه حال و ایجاد نگرشی غیرقضاوتی نسبت به افکار و احساسات تمرکز دارند. آموزش ذهن‌آگاهی به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر برای شرایط مختلف سلامت روان، از جمله اضطراب، افسردگی و استرس، شناخته شده است (ریکلمه-مارین<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). تحقیقات نشان می‌دهد که تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند تنظیم هیجانی را بهبود بخشد، خلق و خوی منفی را کاهش دهد و بهزیستی کلی را ارتقا بخشد (بینش و اکبری، ۱۴۰۳). ذهن‌آگاهی ممکن است به افراد کمک کند تا پاسخی سازگارتر به افکار و احساسات مزاحم داشته باشند (بینش و اکبری، ۱۴۰۳). آموزش ذهن‌آگاهی به عنوان یک درمان اصلی و یا یک رویکرد مکمل برای افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی امیدوارکننده بوده است. یک بررسی نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به میانگین اندازه اثر ۰/۶۴۸ برای کاهش علائم اختلال وسواس فکری-عملی می‌شود (ریکلمه-مارین و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین ذهن‌آگاهی می‌تواند پذیرش بیشتر افکار ناراحت‌کننده را در طول مواجهه و پیشگیری از واکنش<sup>۵</sup> (ERP) تسهیل کند و به‌طور بالقوه نتایج درمان را بهبود بخشد (لیووریک<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). طبق یک مطالعه مداخلات ذهن‌آگاهی منجر به کاهش سوگیری‌های شناختی ذاتی در اختلال وسواس فکری-عملی شده است و به بیماران کمک کرد تا افکار مزاحم خود را به عنوان رویدادهای ذهنی گذرا به جای حقایق ببینند (ماتور و همکاران، ۲۰۲۱).

با وجود روش‌های درمانی مختلف، از جمله درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی، بسیاری از افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی به تسکین علائم رضایت‌بخش دست نمی‌یابند. زیرا درمان‌های موجود ممکن است نتوانند به‌طور کامل به این فرآیندهای شناختی زیرین بپردازند. این موضوع ضرورت رویکردهای درمانی جایگزین مانند آموزش ذهن‌آگاهی را برجسته می‌کند. آموزش ذهن‌آگاهی یک ابزار ارزشمند برای ارتقای سلامت روان ارائه می‌دهد و پتانسیل بهبود نتایج در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی را با پرداختن به سوگیری‌های شناختی و هیجانی دارد. از آنجا که تاکنون پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی به‌طور هم‌زمان بر این سه اختلال در افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی انجام نشده است، نتایج این پژوهش می‌تواند بینش جدیدی به‌دنبال داشته باشد و به روان‌شناسان و روان‌درمان‌گران جهت بهبود وضعیت این افراد کمک کند. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر درهم آمیختگی فکر-عمل، عدم تحمل بلا تکلیفی و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی انجام شد.

1 Roh, Kim & Kim

2 Miegel

3 Mathur

4 Riquelme-Marín

5 exposure and response prevention (ERP)

6 Leeuwertik

## روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز روانشناسی و روانپزشکی شهر شیراز در سال ۱۴۰۳ بود. تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت کنندگان براساس معیارهای تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی در DSM-5 و با تایید متخصصین مراکز انتخاب شدند. با استناد به پیشنهاد دلاور (۱۴۰۲) که حجم نمونه ۱۵ نفر در هر گروه را برای مطالعات مداخله‌ای مناسب می‌داند، در این مطالعه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. گروه آزمایش تحت آموزش ذهن‌آگاهی به صورت گروهی در ۸ جلسه هفتگی و هر جلسه ۹۰ دقیقه قرار گرفت؛ و در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. ملاک ورود به مطالعه شامل تشخیص پزشک مبنی بر وجود اختلال وسواس فکری-عملی براساس معیارهای DSM-5، داشتن حداقل سواد خواند و نوشتن، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش (طی ۶ ماه اخیر)، عدم مصرف دارو در حین پژوهش، عدم سوءمصرف مواد مخدر و عدم بیماری‌های مزمن جسمانی بود. همچنین ملاک خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه در جلسات مداخله، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و عدم تمایل به همکاری بود. تمامی ملاحظات اخلاقی شرکت در پژوهش شامل کسب رضایت آگاهانه، ارائه توضیحات واضح در مورد تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، ایجاد محیط مناسب جهت اجرای پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه‌ها، عدم نیاز به اسامی شرکت کنندگان، رضایت صریح در مورد نحوه استفاده از داده‌ها و حق انصراف بدون قید و شرط رعایت شد. برای انجام پژوهش، ابتدا همه افراد وارد آزمون شده و پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش تحت آموزش درمانی قرار گرفتند. پس از اتمام درمان، مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش توسط هر دو گروه تکمیل و مورد تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد و فرضیه‌های پژوهش با آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره مورد بررسی قرار گرفت.

## ابزار سنجش

**پرسشنامه آمیختگی فکر-عمل<sup>۱</sup> (STAF):** این پرسشنامه نوعی ابزار خودگزارشی است که توسط شافران و راجمن<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) طراحی و ساخته شد و دارای ۱۹ گویه است. ۱۲ گویه این پرسشنامه مربوط به اخلاق آمیختگی فکر-عمل و ۷ گویه مربوط به احتمال آمیختگی فکر-عمل است. یعنی احتمال آمیختگی فکر-عمل برای دیگران و احتمال آمیختگی فکر-عمل برای خود. این ابزار در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف= صفر نمره تا کاملاً موافق= ۴ درجه‌بندی می‌شود. دامنه نمرات پرسشنامه از صفر تا ۷۶ است و نمرات بالاتر بیانگر آمیختگی فکر-عمل شدیدتر در فرد است. محققین آلفای کرونباخ این پرسشنامه و زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند و روایی محتوای آن را مورد تایید قرار دادند (سانچز ژاورگی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). در داخل کشور پایایی پرسشنامه به وسیله ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت و برای احتمال آمیختگی فکر-عمل ۰/۹۰، برای اخلاق آمیختگی فکر-عمل ۰/۸۹ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ محاسبه شد (اصلی آزاد و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین نتایج تحلیل عاملی از راه حل دو عاملی پشتیبانی کرده است. این دو عامل با هم تا ۷۲ درصد از واریانس پاسخ‌ها را تشکیل می‌دهند و روایی سازه قوی را نشان می‌دهند (اصلی آزاد و همکاران، ۱۳۹۸). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۹ محاسبه شد.

**پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی<sup>۴</sup> (IUS):** پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی توسط فریستون<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۹۴) تدوین شده است. این مقیاس ۲۷ سوال دارد و چهار ویژگی را می‌سنجد: توانایی کم تحمل موقعیت‌های مبهم، باورهای مثبت درباره نگرانی، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی به مشکل. این مقیاس در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره گذاری می‌شود؛ از ۱= کاملاً غلط تا ۵= کاملاً درست. نمره ۸۱ به بالا نشان‌دهنده میزان عدم تحمل بلا تکلیفی بالا است. بوهر و دوگاس<sup>۶</sup> (۲۰۰۶) نسخه انگلیسی آن را تهیه و اعتباریابی کرده‌اند. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی (۲=۰.۶۰) مقیاس افسردگی بک (۲=۰.۵۹) و مقیاس اضطراب بک (۴=۰.۵۵) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بدست آمده است. نسخه اولیه به زبان فرانسوی ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله ۴ هفته (۲=۰.۷۸) بدست آورده است (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴). در ایران روایی صوری این مقیاس توسط ابراهیم‌زاده (۱۳۸۵) بررسی و تایید شده است و تحلیل

1 Scale of Thought and Action Fusion

2 Shafraan & Rachman

3 Sanchez-Jauregui

4 Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)

5 Freeston

6 Buher & Dugas

عاملی ۴ عامل را برای این مقیاس بدست آورده است. در پژوهش ارفعی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی مقیاس به روش بازآزمایی در فاصله ۴ هفته ۰/۷۹ گزارش شد. همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر ۰/۷۴ به دست آمد.

**پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو<sup>۱</sup> (TAS-20):** این مقیاس توسط بگی<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده و شامل ۲۰ سوال و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی است. نمره گذاری آن براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق است. پارکر و همکاران (۲۰۰۱) روایی محتوایی این مقیاس را مورد تایید قرار دادند و میزان پایایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش دادند. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بشارت، ۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل، و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ محاسبه شد. همچنین روایی همزمان ناگویی هیجانی تورنتو بررسی و تأیید شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی هیجانی با هوش هیجانی ( $r=0/70, p < 0/001$ )، بهزیستی روان شناختی ( $r=0/01 < p, r=0/68$ ) و درمماندگی روان شناختی ( $r=0/44, p < 0/001$ ) همبستگی معنادار وجود دارد (بشارت، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل، و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۴ بدست آمد.

**پروتکل آموزش ذهن آگاهی:** گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش استاندارد ذهن آگاهی (هانستد<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸) به صورت گروهی (هر هفته یک جلسه) شرکت کردند. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است.

**جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات برنامه آموزش ذهن آگاهی (هانستد و همکاران، ۲۰۰۸)**

| جلسه | موضوع                     | اهداف جلسه  | تمرین‌های جلسه  | تکالیف جلسه  | تمرین خانگی   |
|------|---------------------------|---|---|--|---|
| ۱    | آشنایی با ذهن آگاهی       | عمل، عدم تحمل بلاتکلیفی، ناگویی هیجانی، معرفی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، اجرای پیش‌آزمون | خوردن آگاهانه، واریسی بدن، آگاهی در فعالیت‌ها                   | ارائه پرسشنامه‌های پیش‌آزمون به شرکت‌کنندگان                                 | یک تامل واریسی بدنی ۴۵ دقیقه‌ای، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره‌ای، خوردن یک وعده غذا توأم با حالت ذهن آگاهی  |
| ۲    | مقابله با موانع ذهن آگاهی | آموزش ثبت وقایع خوشایند   | تامل واریسی بدنی، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، مراقبه‌ی نشسته    | معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت                        | خوردن یک کشمش همراه با ذهن آگاهی، واریسی بدن، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، مراقبه‌ی نشسته، ثبت یک رویداد خوشایند تمرین تنفس و کشش، تمرین حرکت با حالت ذهن آگاهانه، انجام تمرین سه دقیقه فضای تنفس سه بار در هر روز |
| ۳    | بر تنفس و بدن             | حرکت با حالت ذهن آگاهانه «تمرین تنفس و کشش»   | تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس                            | شناسایی و ثبت تجربه‌های خوشایند  |   |
| ۴    | ماندن در زمان حال         | صحت در مورد وقایع خوشایند افراد، حضور ذهن دیداری یا شنیداری                             | پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، راه رفتن با حالت حضور ذهن | ارائه توضیحاتی در مورد حالت‌های اضطرابی و افکار خودکار مرتبط با وسواس        | تامل در وضعیت نشسته، فضای سه دقیقه‌ای تنفس  |
| ۵    | پذیرش                     | تاکید بر چگونگی واکنش‌دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ایجاد شده                     | حالت دشوار در تمرین و کاوش و اثراتش روی بدن و ذهن               | تمرین کاوش الگوهای عادی و واکنش پس‌از بروز افکار و کاربرد مهارت‌های حضور ذهن | انجام تمرین جهت کاوش راهی برای گشایش «دری به سوی بدن» و سه دقیقه فضای تنفس  |
| ۶    | فکرها، نه حقایق           | آگاهی از اینکه افکار فقط فکر هستند نه اشیاء یا واقعیات                                  | معرفی مشکلات تمرین و پی بردن به اثراتش بر روی بدن و ذهن         | بیان افکار وسواسی و دیدگاهی جایگزین، لیست افکار غیرمفید،                     | آگاهی یابی با به کارگیری دامنه‌ای از تمرین‌های کوتاه‌تر، آگاهی یابی از طریق انجام تمرین با و بدون استفاده از سه دقیقه فضای تنفس   |

1 Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

2 Bagby, Taylor & Parker

3 Hanstede

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر درهم آمیختگی فکر-عمل، عدم تحمل بلا تکلیفی و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی  
The effectiveness of mindfulness training on thought-action fusion, intolerance of uncertainty and alexithymia in people ...

|   |                   |  |   |  |   |
|---|-------------------|--|---|--|---|
| ۷ | مراقبت از خود     | پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، شناسایی نشانه‌های وسواس و شناسایی نشانگان عود   | تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها | شناسایی نشانه‌های وسواس و اقدامات رویارویی با وسواس، آماده کردن شرکت‌کنندگان برای پایان دوره | گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌ها که بتوان پس از پایان برنامه آن را ادامه داد، توسعه برنامه عملی |
| ۸ | استفاده آموخته‌ها | مرور و جمع‌بندی بر آنچه در دوره گذشت، مرور برنامه‌های عملی که برای استفاده در آن زمان آموزش داده شده‌اند، اجرای پس‌آزمون | تامل واریسی بدنی، به پایان رساندن تامل                            | بحث درباره چگونگی حفظ نیروی حرکتی که در تمرین‌ها توسعه داده شد، ارائه پرسشنامه‌های پس‌آزمون  | انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که بتوان آن را تا ماه بعد ادامه داد                                     |

## یافته‌ها

در گروه آزمایش ۲۶٪ بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۵۴٪ بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۲۰٪ ۴۱ سال به بالا سن داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن این گروه ۳۵/۹۳ و ۵/۸۱ بود. همچنین در گروه کنترل ۲۰٪ بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۶۰٪ بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۲۰٪ ۴۱ سال به بالا سن داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن این گروه ۳۶/۸۷ و ۴/۹۷ بود. در گروه آزمایش ۷۴٪ دیپلم و زیر دیپلم و ۲۶٪ دارای مدرک کاردانی یا کارشناسی بودند. در گروه کنترل ۸۰٪ دیپلم و زیر دیپلم و ۲۰٪ دارای مدرک کاردانی یا کارشناسی بودند. در گروه آزمایش ۶۰٪ ممتاها و ۴۰٪ مجرد و در گروه کنترل ۶۷٪ ممتاها و ۳۳٪ مجرد بودند. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

| متغیر                          | مرحله     | گروه   | میانگین | انحراف معیار | کولموگروف-اسمیرنوف | سطح معنی داری |
|--------------------------------|-----------|--------|---------|--------------|--------------------|---------------|
| آمیختگی فکر-عمل دیگران         | پیش آزمون | آزمایش | ۲۸/۸۶   | ۵/۶۴         | ۰/۶۷               | ۰/۹۸          |
|                                | پیش آزمون | کنترل  | ۲۹/۳۳   | ۴/۹۳         | ۰/۵۴               | ۰/۸۳          |
|                                | پس آزمون  | آزمایش | ۲۶/۰۰   | ۴/۱۵         | ۰/۷۹               | ۰/۶۳          |
|                                | پس آزمون  | کنترل  | ۲۹/۴۶   | ۴/۸۶         | ۰/۴۰               | ۰/۵۸          |
| آمیختگی فکر-عمل خود            | پیش آزمون | آزمایش | ۱۹/۰۰   | ۲/۸۲         | ۰/۹۱               | ۰/۷۶          |
|                                | پیش آزمون | کنترل  | ۱۹/۶۰   | ۲/۷۴         | ۰/۶۴               | ۰/۶۴          |
|                                | پس آزمون  | آزمایش | ۱۷/۳۳   | ۲/۱۶         | ۰/۷۳               | ۰/۴۵          |
|                                | پس آزمون  | کنترل  | ۱۹/۹۲   | ۳/۰۸         | ۰/۶۶               | ۰/۸۷          |
| ناتوانی برای انجام عمل         | پیش آزمون | آزمایش | ۳۱/۰۷   | ۵/۳۸         | ۰/۶۵               | ۰/۶۸          |
|                                | پیش آزمون | کنترل  | ۲۹/۸۳   | ۴/۸۶         | ۰/۵۰               | ۰/۷۱          |
|                                | پس آزمون  | آزمایش | ۲۶/۶۵   | ۴/۷۲         | ۰/۳۸               | ۰/۹۵          |
|                                | پس آزمون  | کنترل  | ۳۰/۴۷   | ۴/۹۳         | ۰/۴۳               | ۰/۵۳          |
| استرس آمیز بودن بلا تکلیفی     | پیش آزمون | آزمایش | ۳۰/۵۴   | ۴/۷۴         | ۰/۷۸               | ۰/۶۰          |
|                                | پیش آزمون | کنترل  | ۳۱/۶۲   | ۵/۱۹         | ۰/۸۳               | ۰/۴۹          |
|                                | پس آزمون  | آزمایش | ۲۷/۰۵   | ۴/۰۸         | ۰/۵۶               | ۰/۷۱          |
|                                | پس آزمون  | کنترل  | ۳۰/۸۵   | ۴/۹۰         | ۰/۶۳               | ۰/۶۲          |
| منفی بودن رویدادهای غیر منتظره | پیش آزمون | آزمایش | ۱۷/۶۳   | ۲/۸۳         | ۰/۶۷               | ۰/۹۸          |
|                                | پیش آزمون | کنترل  | ۱۷/۴۱   | ۲/۷۶         | ۰/۵۴               | ۰/۸۳          |
|                                | پس آزمون  | آزمایش | ۱۴/۶۵   | ۲/۱۳         | ۰/۷۹               | ۰/۶۳          |
|                                | پس آزمون  | کنترل  | ۱۷/۷۲   | ۳/۱۰         | ۰/۴۰               | ۰/۵۸          |
| بلا تکلیفی در مورد آینده       | پیش آزمون | آزمایش | ۱۳/۱۵   | ۲/۵۲         | ۰/۹۱               | ۰/۷۶          |
|                                | پیش آزمون | کنترل  | ۱۳/۲۷   | ۲/۴۴         | ۰/۶۴               | ۰/۶۴          |
|                                | پس آزمون  | آزمایش | ۱۰/۱۲   | ۱/۸۶         | ۰/۷۳               | ۰/۴۵          |
|                                | پس آزمون  | کنترل  | ۱۲/۹۴   | ۲/۴۸         | ۰/۶۶               | ۰/۸۷          |
| دشواری در تشخیص احساسات        | پیش آزمون | آزمایش | ۱۸/۵۳   | ۳/۰۶         | ۰/۶۵               | ۰/۶۸          |
|                                | پیش آزمون | کنترل  | ۱۸/۱۰   | ۲/۹۵         | ۰/۵۰               | ۰/۷۱          |

|      |      |      |       |        |           |                         |           |
|------|------|------|-------|--------|-----------|-------------------------|-----------|
| ۰/۹۵ | ۰/۳۸ | ۲/۱۸ | ۱۵/۶۳ | آزمایش | پس آزمون  | دشواری در توصیف احساسات |           |
| ۰/۵۳ | ۰/۴۳ | ۲/۸۷ | ۱۸/۳۷ | کنترل  |           |                         |           |
| ۰/۶۰ | ۰/۷۸ | ۳/۲۴ | ۱۹/۲۸ | آزمایش | پیش آزمون |                         |           |
| ۰/۴۹ | ۰/۸۳ | ۳/۵۳ | ۱۹/۶۴ | کنترل  |           |                         |           |
| ۰/۷۱ | ۰/۵۶ | ۲/۵۹ | ۱۶/۸۴ | آزمایش | پس آزمون  |                         |           |
| ۰/۶۲ | ۰/۶۳ | ۳/۲۶ | ۱۹/۳۰ | کنترل  |           |                         |           |
| ۰/۲۷ | ۰/۸۱ | ۲/۶۶ | ۱۶/۷۹ | آزمایش | پیش آزمون |                         | تفکر عینی |
| ۰/۵۶ | ۰/۵۰ | ۲/۴۲ | ۱۶/۴۴ | کنترل  |           |                         |           |
| ۰/۷۴ | ۰/۴۸ | ۱/۹۳ | ۱۴/۱۳ | آزمایش | پس آزمون  |                         |           |
| ۰/۴۳ | ۰/۷۲ | ۲/۳۷ | ۱۶/۲۶ | کنترل  |           |                         |           |

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین مولفه آمیختگی فکر-عمل دیگران برای گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۲۸/۸۶ و ۲۹/۳۳ و در پس آزمون ۲۶/۰۰ و ۲۹/۴۶، میانگین مولفه آمیختگی فکر-عمل خود برای گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۹/۰۰ و ۱۹/۶۰ و در پس آزمون ۱۷/۳۳ و ۱۹/۹۲، میانگین مولفه ناتوانی برای انجام عمل برای گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۳۱/۰۷ و ۲۹/۸۳ و در پس آزمون ۲۶/۶۵ و ۳۰/۴۷، میانگین مولفه استرس آمیز بودن بلا تکلیفی برای گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۳۰/۵۴ و ۳۱/۶۲ و در پس آزمون ۲۷/۰۵ و ۳۰/۸۵، میانگین مولفه منفی بودن رویدادهای غیر منتظره برای گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۷/۶۳ و ۱۷/۴۱ و در پس آزمون ۱۴/۶۵ و ۱۷/۷۲، میانگین مولفه بلا تکلیفی در مورد آینده برای گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۳/۱۵ و ۱۳/۲۷ و در پس آزمون ۱۰/۱۲ و ۱۲/۹۴، میانگین مولفه دشواری در تشخیص احساسات برای گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۸/۵۳ و ۱۸/۱۰ و در پس آزمون ۱۵/۶۳ و ۱۸/۳۷، میانگین مولفه دشواری در توصیف احساسات برای گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۹/۲۸ و ۱۹/۶۴ و در پس آزمون ۱۶/۸۴ و ۱۹/۳۰، میانگین مولفه تفکر عینی برای گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۶/۷۹ و ۱۶/۴۴ و در پس آزمون ۱۴/۱۳ و ۱۶/۲۶ می باشد. همچنین طبق نتایج به دست آمده، سطح معنی داری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای همه متغیرهای پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها به شکل مناسبی برقرار است. همخطی متغیرهای پژوهش نیز با استفاده از آماره تحمل و آماره تورم واریانس بررسی شد و نتایج نشان داد که آماره تحمل بدست آمده برای متغیرهای پژوهش حاضر بیشتر از ۰/۱ (۰/۲۱ تا ۰/۶۵) و مقدار عامل واریانس تورم کوچکتر از ۱۰ (۲/۳۹ تا ۵/۱۹) بود که نشان دهنده عدم هم خطی بین متغیرها است. برای بررسی پیش فرض همگونی ماتریس واریانس-کوواریانس نیز از آزمون ام باکس استفاده شد. براساس نتایج این آزمون سطح معناداری به دست آمده بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین داده های تحقیق فرض تساوی ماتریس های واریانس-کوواریانس را زیر سوال نبرده است و می توان از آزمون کوواریانس استفاده کرد. به منظور بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه آموزش ذهن آگاهی بر درهم آمیختگی فکر-عمل، عدم تحمل بلا تکلیفی و ناگویی هیجانی شرکت کنندگان تاثیر دارد؛ از آزمون کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. آزمون کوواریانس جهت بررسی فرضیه اصلی پژوهش

| نوع آزمون          | مقدار | آزمون F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آماری |
|--------------------|-------|---------|--------------|------------|------------|
| اثر پیلاپی         | ۰/۵۱۳ | ۲۷/۶۳۰  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۲۸      | ۱/۰۰۰      |
| لامبدای ویلکز      | ۰/۳۶۱ | ۲۷/۶۳۰  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۲۸      | ۱/۰۰۰      |
| اثر هنتلینگ        | ۳/۴۴۷ | ۲۷/۶۳۰  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۲۸      | ۱/۰۰۰      |
| بزرگ ترین ریشه روی | ۳/۴۴۷ | ۲۷/۶۳۰  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۲۸      | ۱/۰۰۰      |

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود سطح معناداری آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره ( $p < 0.001$ ) کوچکتر از سطح معناداری ( $\alpha = 0.05$ ) می باشد بنابراین بین درهم آمیختگی فکر-عمل، عدم تحمل بلا تکلیفی و ناگویی هیجانی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره در پس آزمون متغیرهای وابسته

| متغیر وابسته        | منبع تغییر | مجموع مجذورات | df | آماره F | P     | $\eta^2$ | توان آماری |
|---------------------|------------|---------------|----|---------|-------|----------|------------|
| آمیختگی فکر-عمل     | پیش آزمون  | ۱۰۴/۳۴۹       | ۱  | ۱۸/۱۴۲  | ۰/۰۱۸ | ۰/۳۸۶    | ۰/۷۸۶      |
|                     | گروه       | ۱۸۲/۶۲۷       | ۱  | ۱۸/۴۷۵  | ۰/۰۰۷ | ۰/۴۳۲    | ۰/۸۴۶      |
| عدم تحمل بلا تکلیفی | خطا        | ۱۵۷/۵۸۲       | ۲۸ |         |       |          |            |
|                     | پیش آزمون  | ۹۵/۶۲۰        | ۱  | ۱۴/۶۴۷  | ۰/۰۲۳ | ۰/۲۷۳    | ۰/۶۵۲      |
| ناگویی هیجانی       | گروه       | ۱۷۶/۵۳۴       | ۱  | ۱۵/۷۸۲  | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۵۸    | ۰/۷۹۳      |
|                     | خطا        | ۱۸۳/۰۶۱       | ۲۸ |         |       |          |            |
|                     | پیش آزمون  | ۱۳۷/۶۳۸       | ۱  | ۲۰/۶۴۵  | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲۹    | ۰/۸۸۹      |
|                     | گروه       | ۲۴۳/۱۹۱       | ۱  | ۲۱/۵۰۹  | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷۱    | ۰/۹۲۷      |
|                     | خطا        | ۲۱۹/۸۵۴       | ۲۸ |         |       |          |            |

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول ۴ نشان می‌دهد که برنامه آموزش ذهن آگاهی (با کنترل اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش روی پس آزمون) بر کاهش نمره آمیختگی فکر/عمل ( $F=18/475, P=0/007$ )، کاهش نمره عدم تحمل بلا تکلیفی ( $F=15/782, P=0/001$ ) و کاهش نمره ناگویی هیجانی ( $F=21/509, P=0/001$ ) تأثیر معنادار داشته است. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید شد.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر درهم آمیختگی فکر-عمل، عدم تحمل بلا تکلیفی و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامه آموزش ذهن آگاهی بر کاهش آمیختگی فکر-عمل شرکت کنندگان تأثیر معنادار داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های صابری زاده و زارع نیستانک (۱۴۰۲)، میرزاحمدی و حشمتی (۱۴۰۰) و میگل و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در راستای تبیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش آمیختگی فکر/عمل می‌توان گفت که این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا با افزایش آگاهی از لحظه حال، نسبت به افکار و احساسات خود آگاه‌تر شوند و در نتیجه بتوانند بهتر با چالش‌ها و استرس‌های روزمره مواجه شوند. آموزش ذهن آگاهی ابزار مؤثری برای کاهش آمیختگی فکر و عمل است. با افزایش آگاهی نسبت به افکار و احساسات، افراد می‌توانند بهتر با چالش‌ها مواجه شوند و رفتارهای خود را کنترل کنند (صابری زاده و زارع نیستانک، ۱۴۰۲). این رویکرد نه تنها در کاهش اضطراب مؤثر است بلکه می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و روابط اجتماعی افراد نیز کمک کند. آموزش ذهن آگاهی به افراد این امکان را می‌دهد که با تمرکز بر لحظه حال، از افکار منفی و نگرانی‌های آینده فاصله بگیرند و این فاصله‌گذاری به فرد کمک می‌کند تا از آمیختگی فکر عمل دور بماند. یکی از جنبه‌های کلیدی آموزش ذهن آگاهی، توانایی آن در تغییر الگوهای رفتاری است (میگل و همکاران، ۲۰۲۳). این تغییر در الگوهای رفتاری نه تنها به کاهش آمیختگی فکر و عمل کمک می‌کند بلکه می‌تواند منجر به بهبود روابط بین فردی نیز شود.

یافته دیگر پژوهش حاضر حاکی از آن بود که برنامه آموزش ذهن آگاهی بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی شرکت کنندگان تأثیر معنادار داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های اسدی نیا و شریفی ازغندی (۱۴۰۲)، پرهام (۱۴۰۲) و پارلار یازبچی (۲۰۲۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان این چنین گفت که آموزش ذهن آگاهی به افراد دچار وسواس کمک می‌کند تا به جای فرار از احساسات و افکار منفی، آن‌ها را بپذیرند و در لحظه حاضر زندگی کنند. این پذیرش باعث می‌شود که فرد بتواند با احساسات خود مواجه شود و از واکنش‌های خودکار و غیرارادی دوری کند. به این ترتیب، افراد یاد می‌گیرند که احساسات منفی را به عنوان بخشی از تجربه انسانی خود بپذیرند و از آن‌ها فرار نکنند. ذهن آگاهی به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی کمک می‌کند، که به معنای توانایی تغییر دیدگاه و پاسخ به موقعیت‌هاست (پارلار یازبچی، ۲۰۲۴). این انعطاف‌پذیری باعث می‌شود که فرد بتواند به جای واکنش‌های وسواسی، راه‌حل‌های جدید و سازنده‌تری پیدا کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تمرین ذهن آگاهی می‌تواند پردازش‌های شناختی خودکار را کاهش دهد و افراد را قادر سازد تا با آگاهی بیشتر به موقعیت‌ها پاسخ دهند. تمرکززدایی به فرد این امکان را می‌دهد که افکار و احساسات خود را به عنوان وقایعی گذرا مشاهده کند، نه بخشی از هویت خود. با تمرین ذهن آگاهی، افراد یاد می‌گیرند که افکارشان تنها بخشی از تجربه‌شان هستند و نه حقیقت مطلق (پرهام، ۱۴۰۲). تحقیقات نشان داده‌اند که

آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌طور مستقیم سطح اضطراب را کاهش دهد (اسدی‌نیا و شریفی ازغندی، ۱۴۰۲). با افزایش توانایی تحمل بلا تکلیفی، افراد کمتر دچار اضطراب ناشی از عدم قطعیت خواهند شد، که این موضوع برای افرادی که دچار وسواس هستند بسیار حائز اهمیت است. همچنین یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد که برنامه آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش ناگویی هیجانی شرکت‌کنندگان تأثیر معنادار داشته است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های حسینی و همکاران (۱۴۰۱)، یحییوی الله‌کایی و همکاران (۱۴۰۱) و ماتور و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه گفت که آموزش ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا نسبت به احساسات خود آگاه‌تر شوند. این آگاهی می‌تواند منجر به شناسایی بهتر احساسات و در نتیجه کاهش ناگویی هیجانی شود. افراد دچار وسواس معمولاً با مشکلاتی در تنظیم هیجانات خود مواجه هستند. آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند به آنها کمک کند تا روش‌های مؤثرتری برای مدیریت احساسات خود پیدا کنند (حسینی و همکاران، ۱۴۰۱). این نوع آموزش به افراد یاد می‌دهد که چگونه احساسات خود را بدون قضاوت تجربه کنند و از این طریق، توانایی تنظیم هیجانات را تقویت کنند. آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند به کاهش سطح استرس و اضطراب کمک کند، که این امر نیز می‌تواند بر روی ناگویی هیجانی تأثیر مثبت بگذارد. تحقیقات نشان داده‌اند که تکنیک‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند به کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی مرتبط با ناگویی هیجانی کمک کنند (ماتور و همکاران، ۲۰۲۱). افراد دچار وسواس معمولاً دارای مشکلاتی در ارتباطات اجتماعی هستند. آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند مهارت‌های اجتماعی را تقویت کند، که این امر نیز می‌تواند منجر به کاهش ناگویی هیجانی شود. با افزایش توانایی در برقراری ارتباط با دیگران، افراد قادر خواهند بود احساسات خود را بهتر بیان کنند.

به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش درهم‌آمیختگی فکر-عمل، عدم تحمل بلا تکلیفی و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی مؤثر بود. این نتایج حاکی از آن است که ذهن‌آگاهی می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر برای این افراد مورد استفاده قرار گیرد. با استفاده از ذهن‌آگاهی، افراد مبتلا به وسواس فکری عملی توانستند به آگاهی بیشتر از افکار و احساسات خود دست یابند و در نتیجه، کنترل بهتری بر رفتارهای وسواسی خود داشته باشند. بنابراین این رویکرد می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به وسواس کمک کند و به توسعه برنامه‌های درمانی جامع‌تر برای این افراد منجر شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری دردسترس، طرح نیمه آزمایشی، عدم وجود دوره پیگیری و عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده به صورت طولی انجام شود و عواملی مانند تحصیلات، شغل، تعداد فرزند و حمایت اجتماعی از جانب همسر که ممکن است بر نشانگان وسواس در افراد نمونه تأثیرگذاری داشته باشد، کنترل گردد. با توجه به نتایج به‌دست آمده، پیشنهاد می‌شود که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی به یادگیری و تمرین تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بپردازند. این تمرین‌ها نه تنها به افزایش کیفیت زندگی کمک می‌کنند بلکه می‌تواند منجر به تغییرات مثبت در رفتارها، روابط اجتماعی و سلامت روان آنها شود.

## منابع

- ابراهیم‌زاده، ص. (۱۳۸۵). بررسی مقایسه‌ای باورهای فراشناختی، ابعاد کمال‌گرایی و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی با توجه به سطوح بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس، پانیک و استرس پس از سانحه و افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.
- ارفعی، ا.، بشارت قراملکی، ر.، قلی زاده، ح.، و حکمتی، ع. (۱۳۹۰). عدم تحمل بلا تکلیفی: مقایسه بیماران افسرده اساسی با بیماران وسواسی- اجباری. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۳(۵)، ۱۷-۲۲. [SID. https://sid.ir/paper/46706/fa](https://sid.ir/paper/46706/fa)
- اسدی‌نیا، آ.، و شریفی ازغندی، ز. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان. *شانزدهمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی*. <https://civilica.com/doc/1689915>
- اصلی آزاد، م.، منشنی، غ.، و قمرانی، ا. (۱۳۹۸). تأثیر درمان ذهن‌آگاهی بر تحمل ابهام و درآمیختگی فکر و عمل مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۶(۱): ۹۴-۸۳. <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.1.8>
- بینش، م.، و اکبری، ح. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند آهسته گام. *روانشناسی رشد هیجانی کودک*، ۲۷(۲)، ۳۶-۲۷. [https://www.journalcedp.com/article\\_211444.html](https://www.journalcedp.com/article_211444.html)
- پرهام، ر. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بلا تکلیفی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۴): ۴۵-۵۴. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1402.12.4.5.5>
- حسینی، ش.، قاسمی مطلق، م.، اسماعیلی شاد، ب.، و مهدیان، ح. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۱(۲)، ۲۵-۳۸. [doi: 10.22067/tpccp.2022.70468.1104](https://doi.org/10.22067/tpccp.2022.70468.1104)
- صابری‌زاده، م.، و زارع‌نیستانک، م. (۱۴۰۲). اثر بخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم‌آمیختگی فکر، در زنان دارای وسواس فکری و عملی شهر اراک. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۳(۲)، ۸۱-۱۰۲. [doi: 10.22067/tpccp.2024.76834.1293](https://doi.org/10.22067/tpccp.2024.76834.1293)

اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر درهم آمیختگی فکر-عمل، عدم تحمل بلا تکلیفی و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی  
The effectiveness of mindfulness training on thought-action fusion, intolerance of uncertainty and alexithymia in people ...

- صدیق، ف.، حقایق، س.، موسوی، ا.، و فرهادی، ه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تحمل ابهام و آمیختگی فکر و عمل در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۲)، ۲۹۸۹-۲۰۰۳. doi: 10.22038/mjms.2021.18530
- موسوی، س.، پورحسین، ر.، زارع مقدم، ع.، گمنام، ا.، میربلوک بزرگی، ع.، و حسینی اسطخلی، ف. (۱۳۹۸). ذهن‌آگاهی از تئوری تا درمان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۷۰-۱۵۵: (۱)۸. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1398.8.1.4.0>
- میرزاحمدی، س.، و حشمتی، ر. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر درهم آمیختگی افکار در افراد دارای نشانه‌های وسواسی - اجباری. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۶(۶۴)، ۱۹۳-۲۰۸. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27173852.1400.16.64.5.4>
- یحیوی‌الله‌کایی، م.، خوش‌کنش، ا.، اصغرنژاد، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بر ناگویی هیجانی و اضطراب اجتماعی بر اساس سیستم‌های مغزی - رفتاری. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۲۰): ۲۴۸۷-۲۴۹۹. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.120.2487>
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-x](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-x)
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101, 209-220. <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
- Blanco-Vieira, T., Radua, J., Marcelino, L., Bloch, M., Mataix-Cols, D., & do Rosário, M. C. (2023). The genetic epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 13(1), 230. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02433-2>
- Blum, S., Mack, J. T., Weise, V., Kopp, M., Asselmann, E., Martini, J., & Garthus-Niegel, S. (2022). The impact of postpartum obsessive-compulsive symptoms on child development and the mediating role of the parent-child relationship: A prospective longitudinal study. *Frontiers in psychiatry*, 13, 886347. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.886347>
- Buher, K., & Dugas, M.J. (2006). Inves ga the construct validity pf intolerance uncertainty and its unique rela onship with worry. *Anxiety disord*, 20,222-236. <https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=a34y-oRuMOIC&oi>
- Chessell, C., Harvey, K., Halldorsson, B., Farrington, A., & Creswell, C. (2023). Parents' experiences of parenting a preadolescent child with OCD: a qualitative study. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 28(1), 68-85.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and individual differences*, 17(6), 791-802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Hanstede, M., Gidron, Y., & Nyklíček, I. (2008). The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(10), 776-779. <https://journals.lww.com/jonmd/toc/2008/10000>
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2023). Intolerance of uncertainty as a cognitive vulnerability for obsessive-compulsive disorder: A qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(3), 317. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cps0000150>
- Lee, S. W., Kim, S., Lee, H., Chang, Y., & Lee, S. J. (2024). Neural correlates of thought-action fusion and their associations with rumination in patients with major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 180, 169-176. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.10.005>
- Leeuwewerik, T., Cavanagh, K., Forrester, E., Hoadley, C., Jones, A. M., Lea, L., Rosten, C., & Strauss, C. (2020). Participant perspectives on the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive behaviour therapy approaches for obsessive compulsive disorder. *PLoS one*, 15(10), e0238845. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238845>
- Mahjani, B., Klei, L., Hultman, C. M., Larsson, H., Devlin, B., Buxbaum, J. D., ... & Grice, D. E. (2020). Maternal effects as causes of risk for obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 87(12), 1045-1051. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.01.006>
- Mathur, S., Sharma, M. P., Balachander, S., Kandavel, T., & Reddy, Y. J. (2021). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy vs stress management training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 282, 58-68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.082>
- Miegel, F. S., Schröder, J., Schultz, J., Müller, J. C., & Jelinek, L. (2023). Expected increase in health competence improves over modules of an unguided internet-based cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1002/ijop.12919>
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107- 115. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0191-8869\(00\)00014-3](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0191-8869(00)00014-3)
- Parlar Yazici, A. Y. S. U. N. (2024). *THE EFFECT OF MINDFULNESS-BASED INTERVENTIONS ON ANXIETY DISORDERS THROUGH INTOLERANCE OF UNCERTAINTY AND RESILIENCE* (Doctoral dissertation, University of Plymouth). <https://pearl.plymouth.ac.uk/psy-theses/142/>
- Regala, J., & Reis, J. (2024). Late-Onset Obsessive-Compulsive Disorder Comprising Somatic Obsessions: Is This a Distinct and Overlooked Phenotypic Subtype?. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 26(1), 51957. <https://doi.org/10.4088/23cr03625>
- Riquelme-Marín, A., Rosa-Alcazar, A. I., & Ortigosa-Quiles, J. M. (2022). Mindfulness-based psychotherapy in patients with obsessive-compulsive disorder: A meta-analytical Study. *International journal of clinical and health psychology*, 22(3), 100321. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100321>
- Roh, D., Kim, W. J., & Kim, C. H. (2011). Alexithymia in obsessive-compulsive disorder: clinical correlates and symptom dimensions. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(9), 690-695. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e318229d209>
- Sánchez-Jáuregui, G., Gallegos-Guajardo, J., Luna-Huguenin, V., Sánchez-Salinas, V., & Fisak, B. (2024). Validation of the Thought-Action Fusion Scale (TAFS) for the Mexican population. *Revista Evaluar*, 24(1), 77-88. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v24.n1.45161>
- Shafraan, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety disorders*, 10(5), 379-391. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
- Woolley, M. G., Schwartz, S. E., Knudsen, F. M., Lensegrav-Benson, T., Quakenbush-Roberts, B., & Twohig, M. P. (2024). Thought-shape fusion in residential eating disorder treatment: Cognitive defusion as a mediator between thought-action fusion and treatment outcome. *Eating Behaviors*, 54, 101909. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2024.101909>