

The Effectiveness of Mindfulness Education on Emotion Regulation and Distress Tolerance in Sub-clinical Cases of Obsessive Compulsive Disorder

Khajezade, *P., Sabahi, P.

Abstract

Introduction: The present study aimed to investigate the effectiveness of Mindfulness Education on emotion regulation and distress tolerance in sub-clinical cases of obsessive-compulsive disorder.

Method: A randomized controlled trial design was applied. The study sample included 20 non-clinical subjects with symptoms of obsessive-compulsive disorder who randomly selected and divided to experimental and control groups. Instruments of the study were included: Madsley Questionnaire, Gross Emotion Regulation Questionnaire, and Simmons and Gahr Distress Tolerance Questionnaire. The intervention was a mindfulness-based cognitive therapy that was performed in 8 sessions. For analyzing the data, the descriptive level of mean and standard deviation and inferential level of multivariate covariance analysis were applied.

Results: Results indicated significantly differences between two groups for: emotion regulation subscales of re-evaluation and repression, and for distress tolerance subscales of tolerance of emotional distress, being absorbed by negative emotions, mental distress and trying to relieve distress.

Conclusion: It could be concluded that mindfulness-based cognitive therapy training is an effective intervention in emotion regulation and distress tolerance of non-clinical obsessive-compulsive individuals.

Keywords: Mindfulness, Obsessive-Compulsive Disorder, Emotion regulation, Distress Tolerance.

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در نمونه‌های غیر بالینی وسواس فکری - عملی

پیمان خواجه‌زاده^۱، پرویز صباحی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۰۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۰۵

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در نمونه‌های غیر بالینی وسواس فکری - عملی بود.

روش: پژوهش حاضر از کاربندی کنترل شده تصادفی بهره گرفت. نمونه پژوهش شامل ۲۰ آزمودنی غیر بالینی با علایم وسواس فکری-عملی بود که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از: پرسشنامه‌ی مادلزی، پرسشنامه تنظیم هیجان گروس و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر بود. مداخله انجام شده درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بود که طی هشت جلسه صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میان زیر مقیاس‌های تنظیم هیجان، ارزیابی مجدد و سرکوبی و میان زیرمقیاس‌های تحمل پریشانی، تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله‌ی هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی بین دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی مداخله مؤثری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی نمونه‌های غیر بالینی وسواس فکری-عملی است.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی، وسواس فکری-عملی، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی.

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی را با حضور افکار تکراری و مزاحم، تصاویر یا تکانها، رفتارهای تکراری آشکار و یا اعمال ذهنی که به منظور کاهش پریشانی یا جلوگیری از آسیب‌های ادراک شده انجام می‌گیرد تعریف می‌کنند (۱). وسواس‌های عملی برای پاسخ‌دهی به وسواس‌های فکری شکل می‌گیرد که همراه با انجام رفتار تکراری و اعمال ذهنی است که هدف از آن کاهش پریشانی می‌باشد (۲). وسواس‌های فکری تکانها، افکار و تصاویر مزاحم و برگشت‌کننده هستند که به صورت ناخواسته و مزاحم تجربه می‌شوند و باعث ایجاد ناراحتی‌های قابل ملاحظه‌ای در فرد می‌شود در حالی که وسواس‌های عملی در پاسخ به وسواس‌های فکری به وجود می‌آید و طبق قواعدی سفت و سخت فرد را ملزم به انجام رفتارهای تکرار شونده یا اعمال ذهنی زمان بری می‌کند که افراد آنها را در جهت کاهش اضطراب و پریشانی ناشی از وسواس‌های فکری انجام می‌دهند (۱). علت اصلی به وجود آمدن وسواس فکری - عملی کاملاً مشخص نیست لذا عوامل مختلفی می‌تواند در به وجود آمدن آن نقش داشته باشد از جمله عوامی ژنتیکی، عوامل محیطی و حتی نقص در کارکرد انتقال دهنده‌های عصبی^۱ (۳). شیوع وسواس فکری - عملی در طول عمر به صورت تقریبی ۲-۳٪ است (۴). شروع ابتلا به وسواس فکری - عملی در نوجوانی و یا اوایل بزرگسالی می‌باشد که معمولاً پس از یک رویداد استرس‌زا مانند حاملگی، مشکلات عاطفی و یا حتی شغلی، خود را نشان می‌دهد (۵). اختلال وسواس فکری عملی پس از فوبیا^۲ (هراس)، اختلالات مرتبط با مواد و افسردگی اساسی چهارمین اختلال شایع می‌باشد (۶).

به طور معمول آگاهی در خصوص ماهیت غیر منطقی و غیر قابل قبول هر یک از وسواس‌های فکری و یا عملی معیارهای تشخیصی برای وسواس فکری - عملی به وجود می‌آورد (۷).

از جمله عوامل تأثیرگذار و مهم در اختلال وسواس فکری - عملی دو مؤلفه‌ی تنظیم هیجان و تحمل پریشانی می‌باشد. نتایج برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن است که مشکلات تنظیم هیجان با نشانه‌های وسواس فکری - عملی ارتباط

دارد (۸). هیجان‌ات در واقع پاسخ‌های فیزیولوژیکی هستند که از رویدادهای مهم یا انگیزه‌ی فرد سرچشمه می‌گیرند. این هیجان‌ات می‌تواند بر مدیریت و کنترل رفتار فرد تأثیرگذار باشد (۹). تنظیم هیجان به تجربه و استفاده هر کدام از هیجان‌ات مثبت و منفی اشاره می‌کند که در این خصوص به این موضوع که کدام یک مورد استفاده قرار می‌گیرد با در چه زمانی هر کدام به کار می‌رود یا نحوه‌ی به کارگیری هر کدام چگونه است می‌پردازد (۱۰). در واقع تنظیم هیجان به راهبرد‌هایی اطلاق می‌شود که از آنها در جهت کاهش، افزایش یا حفظ تجارب هیجانی استفاده می‌شود. مشکل در کارکرد هر یک از این راهبردها می‌تواند عامل مهمی در ایجاد و حفظ اختلالات روانی باشد. در حقیقت باید گفت تنظیم هیجان مفهومی بسیار فراگیر و گسترده است که طیف وسیعی از فرآیندهای هشیار، ناهشیار، فیزیولوژیک^۳، رفتاری و روانشناختی را در بر می‌گیرد (۱۱). گرازر و رومر ۲۰۰۴ شش بعد را برای تنظیم هیجان مطرح کردند که عبارتند از ۱. آگاهی ۲. درک احساسات ۳. پذیرش احساسات با تجربه ۴. توانایی درگیر شدن در رفتار هدفمند ۵. توانایی کنترل رفتارهای تکانشی هنگام تجربه احساسات منفی ۶. توانایی اعمال انعطاف‌پذیری در استفاده از استراتژی‌های تنظیم احساسات (۱۲) نقص و مشکل در تنظیم هیجان می‌تواند باعث به وجود آمدن پریشانی یا رفتار پاتولوژیک^۴ شود همچنین تحقیقات بیان می‌دارند بروز مشکلات تنظیم هیجان با ابتلا به اختلالات روانی همبستگی بالایی دارد. همچنین افرادی که دچار اختلال روانی^۵ هستند بیشتر از افراد سالم نقص در تنظیم هیجان را نشان می‌دهند لذا می‌توان این گونه استنباط کرد که کمک به افراد در تنظیم بهتر هیجان‌ات می‌تواند نتایج درمانی بهتری را زمینه‌ساز شود (۱۰). نظریه‌ی تنظیم شناختی هیجان^۶ و نظریه‌ی کنترل هیجانی^۷ از جدیدترین نظریات در زمینه‌ی نحوه‌ی شکل‌گیری باورهای وسواسی هستند. نظریه تنظیم شناختی هیجان معتقد است راهبرد‌های شناختی است که باعث تنظیم هیجان می‌شود. در واقع تنظیم هیجان‌ها و احساسات توسط شناخت و

3. physiologic

4. pathological

5. Mental disorder

6. Cognitive regulation of emotion

7. Emotional control theory

1. neurotransmitter

2. phobia

علائم بیماری قابل مشاهده است. به طور کلی شواهد نشان می‌دهد که علائم تحمل‌پریشانی می‌تواند علائم وسواس فکری - عملی را پیش‌بینی کند (۱۳). تحقیقات نیز حاکی از نتایج درمان‌های موفقیت‌آمیز در صورت پیشرفت تحمل‌پریشانی در افراد می‌باشد (۱۹).

یکی از روش‌های که از طریق آن می‌توان به افراد در تنظیم هیجان و تعدیل در تحمل‌پریشانی کمک نمود درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد همچنین برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در بهبود علائم اختلال وسواس فکری - عملی مؤثر باشد (۲۱-۲۰).

پیدایش ذهن‌آگاهی از آموزه‌های بودایی در شرق آسیا می‌باشد و سپس جای خود را در روانشناسی غربی یافت و به شهرت رسید. ذهن‌آگاهی باعث افزایش سطح سلامت روان و بهبود وضع عمومی در فرد می‌شود. آموزش ذهن‌آگاهی بر توجه به لحظه‌ی حاضر و آگاهی و پذیرش نسبت به احساسات و هیجانات متمرکز است (۲۲). ذهن‌آگاهی را می‌توان به عنوان پرداختن به هدف در لحظه‌ی حاضر و آشکار شدن تجربه به صورتی غیر قضاوتی لحظه به لحظه تعریف کرد (۲۳) همچنین تأکید بر انجام تمرین‌های فردی که با هیجانات و افکار و احساسات مرتبط است و باعث می‌شود فرد به جای اینکه دست به سرکوبی، کنترل یا اجتناب بزند، تمرین‌هایی را با پذیرش و دلسوزی بیاموزد (۲۵-۲۴). ذهن‌آگاهی دارای پیامدهای مفید متعدد روان‌شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری می‌باشد از جمله این پیامدها می‌توان افزایش لذت از زندگی، عزت‌نفس^۲ و کاهش استرس درک شده و تأثیرات منفی اضطراب اشاره کرد (۲۶).

محققان دریافته‌اند که انسان وقتی از احساسات خود آگاه می‌شود می‌تواند آنها را عینی ببیند. مطالعات نشان داده‌اند که بین ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان ارتباط وجود دارد همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که یکی از اهداف مهم در ذهن‌آگاهی هیجانات است که به کمک ذهن‌آگاهی می‌توان به فرد این آموزش را داد که چگونه هیجانات خود را تنظیم و مدیریت کند که نتیجه‌ی آن افزایش سلامت روان در فرد می‌شود به عنوان مثال یکی از تأثیرات ذهن‌آگاهی کمک به فرد برای حضور در لحظه‌ی حاضر و پذیرش آن است که از این طریق فرد می‌تواند احساسات منفی خود را مدیریت کند که

فرآیندهای شناختی صورت می‌گیرد و این امکان را به افراد می‌دهد که مغلوب شدت هیجان‌ها نشوند. فرآیندهای شناختی را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد فرآیندهای شناختی مثبت نظیر ارزیابی مثبت و برنامه‌ریزی کردن و فرآیندهای شناختی منفی نظیر ملامت خویش و پذیرش شرایط. بر این اساس افرادی که دچار فرآیندهای منفی تنظیم شناختی هیجان هستند احتمال بیشتری برای ابتلا به اختلال وسواس فکری - عملی دارند.

نتایج پژوهش‌ها حاکی از ارتباط مؤلفه تحمل‌پریشانی با نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی می‌باشد (۱۴-۱۳). تحمل‌پریشانی را می‌توان توانایی یک فرد در ادراک خود گزارشی در تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی و یا توانایی یک فرد در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه‌پریشانی عاطفی تعریف کرد (۱۵). یا به عبارتی می‌توان آن را به عنوان تاب‌آوردن در برابر حالت‌های درونی ناخوشایند که از طریق عوامل استرس‌زا که با انواع بیماری‌های روانی مرتبط است تعریف کرد (۱۶).

افراد با تحمل‌پریشانی پایین هنگام مواجهه با پریشانی از استراتژی‌های استفاده می‌کنند که موجب جهت‌گیری اجتنابی می‌شود همچنین این افراد تقویت منفی را در پیش می‌گیرند که می‌تواند باعث به وجود آمدن مقابله به صورت ناسازگارانه شود. لذا براساس این نظریه می‌توان اینگونه استنباط کرد که تحمل‌پریشانی پایین می‌تواند باعث به وجود آمدن علائم ناسازگار روان‌شناسی از جمله اضطراب، افسردگی، وسواس فکری - عملی، سوء مصرف مواد، اختلال خوردن و اختلال شخصیت مرزی شود (۱۷).

شواهد نشان می‌دهد تحمل‌پریشانی پایین با نشانه‌های وسواس فکری - عملی در نمونه‌های غیربالینی مبتلا به وسواس فکری - عملی ارتباط مستقیم دارد (۱۸). علاوه بر این شواهد نشان می‌دهد که ضعف در تحمل‌پریشانی می‌تواند فرد را در برابر وسواس فکری - عملی آسیب‌پذیرتر کند. محققان دریافته‌اند که وجود هیجانات منفی با شدت علائم وسواس فکری - عملی ارتباط دارد و حساسیت اضطرابی در بین افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی بالا می‌باشد. شواهد دیگر نشان می‌دهد درمان‌هایی که در آن با افزایش تحمل‌پریشانی همراه است نتایج بهتری در بهبود

2. self-esteem

1. substance abuse

وسواس فکری - عملی می‌شود در مؤسسات مختلف آموزشی و درمانی از قبیل مراکز مشاوره در دانشگاه‌ها، بهزیستی، کلینیک‌ها و غیره قرار گیرد.

لذا بررسی و تحقیق این الگو درمانی در تنظیم هیجانات بیماران و همچنین تحمل پریشانی ناشی از وسواس فکری - عملی ضرورت پیدا نمود. بنابراین با توجه به مطالب بیان شده پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که: آیا ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در نمونه‌های غیر بالینی وسواس فکری - عملی مؤثر است؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است و در آن از دو گروه آزمایش و کنترل با انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است. متغیر مستقل آموزش ذهن‌آگاهی و متغیرهای وابسته تنظیم هیجان و تحمل پریشانی بود.

در این پژوهش گروه آزمایش تحت آموزش ذهن‌آگاهی قرار می‌گیرد اما گروه کنترل در لیست انتظار قرار می‌گیرند، در واقع این گروه تحت هیچگونه درمانی قرار نمی‌گیرد و هر دو گروه در زمان یکسان به پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ می‌دهند تا تأثیر درمان مورد بررسی قرار گیرد.

آزمودنی‌ها: در این پژوهش جامعه‌ی آماری از بین دانشجویان دختر و پسر مبتلا به وسواس فکری - عملی شاغل به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ انتخاب شدند. جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان استفاده شد و برای شناسایی افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی از پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی استفاده شد. پرسشنامه‌ها در اختیار دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان قرار داده شد و از بین دانشجویان شرکت‌کننده بیست نفر که در آزمون مادزلی نمره‌ی یک انحراف معیار بالاتر را کسب کردند انتخاب شدند. سپس در هر گروه آزمایش و کنترل ده نفر به صورت تصادفی قرار گرفت (ده نفر در گروه آزمایش و ده نفر در گروه کنترل). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: نمره یک انحراف معیار بالاتر در پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی، پر کردن فرم

این به معنای آگاهی فرد از وضعیت هیجانی منفی خود است، در صورتی که فرد بتواند از این وضعیت آگاه شود می‌تواند آن را کنترل یا حتی معکوس سازد (۲۲).

یکی از روش‌های امیدبخش برای افزایش ظرفیت تحمل پریشانی در افراد، آموزش ذهن‌آگاهی می‌باشد. می‌توان گفت ذهن‌آگاهی توجه تمرکز را به صورت عمدی بر لحظه‌ی حاضر معطوف می‌کند در حالی که فرد نگرشی آزاد همراه با پذیرش را از طریق انجام یکسری از فعالیت‌ها به دست می‌آورد به جای اینکه فرد برای تغییر یا کنترل تلاش کند. ذهن‌آگاهی ممکن است از طریق هیجانات یا فعالیت‌های پریشانی که برای فرد تهدید کمتری دارد و همچنین کمتر ناخواسته به نظر می‌رسد و همچنین از طریق جلب توجه مجدد در خصوص فعالیت در حال انجام به جای واکنش منفی در برابر عامل پریشانی باعث افزایش تحمل پریشانی شود (۱۷).

در حمایت از تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش ظرفیت تحمل پریشانی تحقیقات خودگزارشی انجام گرفته است (۲۷-۲۸). همچنین تحقیقات دیگری نیز در اثبات این موضوع وجود دارد (۳۰-۲۹).

با توجه به اینکه ذهن‌آگاهی تأثیرات بسیار مثبتی را بر تنظیم هیجانات می‌گذارد و همچنین روش مناسبی برای تحمل پریشانی حاصل از بیماری می‌باشد و طول درمان کوتاهی دارد روش مناسبی برای بهبود علائم وسواس فکری - عملی می‌باشد.

با توجه به موارد فوق ضرورت انجام این پژوهش به منظور تعدیل پریشانی و تنظیم هیجانات بیماران بیشتر احساس می‌شود، البته در این راستا دیدگاه‌های مختلفی به ارائه‌ی الگوهای درمان پرداخته‌اند، اما با بررسی‌های انجام شده در ایران هیچ تحقیقی به طور مستقیم به اثربخشی ذهن‌آگاهی در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در بیماران وسواس فکری - عملی انجام نگرفته است، لذا بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی بر بهبود موارد فوق ضرورت پیدا می‌کند.

نتایج حاصل از این پژوهش ضمن ایجاد چشم‌اندازی روشن و عملی برای مشاوران و روان‌درمانگران می‌تواند راهنمای کاربردی و تجربی مطلوبی برای تنظیم هیجانات بیمار و همچنین تحمل پریشانی که به موجب آن باعث کاهش استرس و فشار بر بیمار و سایر مشکلات ناشی از اختلال

ضد افسردگی یا آرامبخش، وجود مشکلات تیروئیدی، تجربه سوگ طی یکسال گذشته و شرکت همزمان در سایر مداخلات روانشناختی و پزشکی بود. اطلاعات مربوط به هر گروه از شرکت کنندگان در جدول ۱ قرار گرفته است.

رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات و دامنه‌ی سنی شرکت کنندگان که از ۲۰ تا ۵۰ سال بود. همچنین ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت بیش از دو جلسه، وجود مشکلات شناختی، وجود مشکلات سایکوتیک، وجود مشکلات قلبی عروقی، فشارخون و دیابت، دریافت داروهای

جدول ۱) مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش

گروه کنترل				گروه آزمایش			
وضعیت تأهل	میزان تحصیلات	سن	جنسیت	وضعیت تأهل	میزان تحصیلات	سن	جنسیت
مجرد	کارشناسی	۲۵	مرد	مجرد	کارشناسی	۲۲	مرد
متاهل	کارشناسی ارشد	۲۷	مرد	مجرد	کارشناسی	۲۴	مرد
مجرد	کارشناسی	۲۴	مرد	مطلقه	کارشناسی ارشد	۲۸	مرد
متاهل	کارشناسی ارشد	۳۳	مرد	متاهل	کارشناسی ارشد	۳۲	مرد
مجرد	کارشناسی	۲۸	زن	مجرد	کارشناسی	۲۳	مرد
	کارشناسی ارشد	۳۵	زن	مجرد	کارشناسی	۲۵	مرد
مطلقه	کارشناسی	۲۴	زن	مجرد	کارشناسی	۲۶	زن
مجرد	کارشناسی	۳۳	زن	متاهل	کارشناسی ارشد	۲۹	زن
متاهل	کارشناسی ارشد	۲۹	زن	متاهل	کارشناسی ارشد	۳۰	زن
مجرد	کارشناسی	۲۳	زن	متاهل	کارشناسی	۳۱	زن

تعداد ماده‌های مربوط به هر خورده مقایس عبارتند از: واری ۹ ماده، شست و شو ۱۱ ماده، کندی - تکرار ۷ ماده و شک - وظیفه‌شناسی ۷ ماده پایایی و اعتبار آزمون وسواسی مادزلی در مطالعات انجام شده بر روی نمونه‌های بالینی کشورهای مختلف تأیید شده است. به عنوان مثال سناویو همبستگی بین نمرات کل آزمودنی مادزلی و آزمون پادوا ۰/۷۰ بدست آورد. ضریب پایایی محاسبه شده بین آزمون و آزمون مجدد بالا بوده است (۰/۸۹) (f=۰/۳۱). در ایران استکتی (۱۹۷۶) پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی ۰/۸۵ و دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرا آن با مقیاس وسواس اجباری ییل - براون ۰/۸۷ بدست آورد.

۲. پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (ERQ): پرسشنامه تنظیم هیجان^۲ (ERQ) توسط جان و گراس (۲۰۰۳) به منظور بررسی دو استراتژی از تنظیم هیجان که یکی مفید و دیگری مضر از آن یاد می‌شود تنظیم شد. این پرسشنامه شامل دو خورده مقیاس ارزیابی مجدد شناختی با ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه می‌باشد. ارزیابی مجدد شناختی یک استراتژی متمرکز می‌باشد، که به مراحل ابتدایی شناخت و فعالیت‌های عاطفی نظارت می‌کند که از این طریق می

ابزار

۱. پرسشنامه وسواس فکری عملی مادزلی (MOCI): پرسشنامه وسواس فکری عملی مادزلی (MOIC)^۱ توسط هاجسون و راجمن (۱۹۷۷) برای بررسی شکایات وسواس فکری - عملی ساخته شده است. نسخه‌ی نهایی این آزمون شامل ۳۰ پرسش می‌باشد که برای پاسخدهی به این پرسش ها از دو مورد کلید که یکی پاسخ مثبت و دیگری پاسخ منفی می‌باشد استفاده شده است. سوالات به گونه‌ای طرح ریزی شده که یک فرد کاملاً وسواسی به نیمی از سوالات پاسخ مثبت می‌دهد و به نیمی دیگر پاسخ منفی می دهد (۳۱).

هاجسون و راجمن (۱۹۷۷) توانستند با استفاده از تحلیل عاملی به چهار زیر گروه برسند: واری، شست و شو، کندی و تکرار و شک و تردید. از آزمون مادزلی می‌توان هم در چارچوب مطالعات بالینی استفاده نمود و هم در جمعیت عادی از آن بهره برد. دامنه نمرات در آزمون مادزلی بین صفر تا ۳۰ می‌باشد نمرات بالاتر نشان دهنده وجود علائم بیشتر وسواس فکری - عملی می‌باشد.

2. Emotion Regulation Questionnaire(ERQ)

1. Maudsley Obsessive-compulsive Inventory

جست‌وجوی گروهی وجود دارد که طی آن به بررسی موضوعات مطرح شده در هفته و نتیجه‌گیری از آن می‌پردازند و بدین ترتیب اجزای آموزشی و اطلاعات ضمنی که با یادگیری تجربه شده در زندگی روزمره و چالش‌های زندگی مرتبط هستند از طریق فرآیند آموزش یکپارچه می‌شوند. برای پیگیری، گزارش‌های فردی در صفحاتی به شکل جدول تنظیم می‌شود. اجزای این برنامه مسیر فرد در آینده را به شکل جلسه به جلسه مشخص می‌کند. خلاصه جلسات درمان در جدول ۲ قابل مشاهده می‌باشد.

روند اجرای پژوهش: جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش صورت گرفت سپس با کمک ابزارهای لازم افراد نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جای داده شدند. در نهایت بر روی گروه آزمایش مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طی هشت جلسه و در طول دو ماه صورت گرفت در حالی که گروه کنترل در این مدت تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در برنامه مداخله جلب شد و آنها از تمامی مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی، این مداخلات را دریافت خواهند کرد. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد که توسط نرم‌افزار spss21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

توان تفسیر اولیه از یک وضعیت معین را مجدداً ارزیابی کرد. اما سرکوبی متمرکز بر عملکرد فرد است که پس از یک واکنش کاملاً عاطفی توسعه می‌یابد و اجرا می‌شود، که می‌توان آن را به عنوان بیان رفتاری احساسات در نظر گرفت. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند. در پژوهش گراس و جان همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ به دست آمده است. کاربمن و وینگرهوتس همبستگی درونی را برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و برای سرکوبی ۰/۷۹ گزارش کردند (۳۲).

۳. پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی (DTS): پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS) یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی‌ها هر کدام با سه سؤال و برآورد ذهنی پریشانی با شش سؤال است (۱۵). در خصوص پایایی و روایی این آزمون سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آنها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است.

۴. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک مداخله گروهی است که هشت هفته طول می‌کشد. در طول این هشت هفته، یک دوره هفتگی دو ساعت طول می‌کشد و یک کلاس روزانه بعد از هفته پنجم. با این حال، اکثر تمرینات خارج از کلاس انجام می‌شود، جایی که شرکت‌کننده از تفکر راهنمایی و تلاش برای پرورش ذهنیت در زندگی روزمره خود استفاده می‌کند. غیر از هفته اول، هر جلسه با یک تمرین رسمی همچون (تمرکز بر بخش‌های مختلف بدن، حرکات هوشیارانه، یا تمرین مراقبه) آغاز می‌شود. در پی آن تجارب به دست آمده از تمرین‌ها و تکالیف خانگی مورد بررسی قرار می‌گیرد و در خصوص شیوه‌های خاصی از ویژگی‌های اصلی ذهن‌آگاهی به بحث و گفت‌وگو می‌پردازند. به طور کلی یک تمرین یا

1. Distress Tolerance Scale

جدول ۲) خلاصه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در هر جلسه

اجرای خودکار	هفته اول
خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه واریسی بدن	تمرینات عملی جلسه
تشکیل گروه - ارائه کدهای اخلاقی این روش و مرزهای گروهی، تجربیات شرکت کنندگان خودشان را به گروه معرفی می کنند این دوره چه هر جلسه چیزها را برایم به وجود خواهد آورد و چه کاری در این دوره انجام خواهیم داد.	تجربیات جلسه
۴۵ دقیقه درمان مراقبه واریسی بدن، ایجاد توجه روزانه جهت مراقبت فعالانه و مداوم از طریق حمام کردن خوردن یک وعده غذا از طریق ذهن آگاهی در طول هفته	تمرین منزل
رفع موانع	هفته دوم
درمان مراقبه واریسی بدن، نه دقیقه تنفس با ذهن آگاهی و مراقبه ذهن	تمرینات عملی جلسه
تفکر در مورد تمرین ها و حتی اگر در دقیق هر یک از آنها	تجربیات جلسه
۴۵ دقیقه درمان مراقبه واریسی بدن، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، معطوف کردن توجه به فعالیت های مداوم مختلف روزانه جهت ثبت تجربه یک رویداد دلپذیر و خوشایند در روز	تمرین منزل
تنفس با ذهن آگاهی (حرکات جسمی با کمک این تکنیک)	هفته سوم
حرکت هوشیارانه، (تمرین منبسط کردن و تنفس) گسترده نگه داشتن افکار و ذهن از طریق پیگیری تمرین های مراقبه ای و تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن. این تمرین می تواند با یک تفکر ذهن آگاهی کوتاه مدت «دیدن» یا «گوش دادن» آغاز شود.	تمرینات عملی جلسه
سه دقیقه تنفس، کشف تجربه های خوشایند روزانه یا می تواند به کشف تجارب ناخوشایند در هفته چهارم بپردازد.	تجربیات جلسه
تداوم و تمرین تنفس در روزهای ۱ و ۳ و ۵ در هفته، تمرین حرکات به شکل هوشیارانه در روزهای ۲، ۴ و ۶ در هفته ثبت روزانه از تجارب خوشایند و دلپذیر، سه دقیقه تنفس در سه مقطع زمان از روزه	تمرین منزل
ماندن در لحظه، کشف تجارب ناخوشایند، کشف و تعریف مسأله افسردگی با تمرکز متناوب گروهی خستگی مزمن و شدید، استرس و غیره	هفته چهارم
۵ دقیقه دیدن یا شنیدن با شیوه ذهن آگاهی (آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و انتخاب های آگاهانه)، سه دقیقه تنفس - ارائه تمرین های الگوبرداری شده جهت کاربرد در زمان هایی که دچار احساسات دشوار می شویم، پیاده روی با ذهن آگاهی	تمرینات عملی جلسه
کشف تجارب ناخوشایند، کشف و تعریف مسأله افسردگی با تمرکز متناوب گروهی؛ خستگی مزمن و شدید، استرس و غیره	تجربیات جلسه
ایجاد تن آرامی و مراقبه سه دقیقه تنفس عادی، مرور آن (سه بار در روز)، سه دقیقه تنفس تمرین شده، الگوبرداری (جهت زمانی که احساسات ناخوشایندی برای شما پیش می آید). سپس تمرین کشف انتخاب بازگشایی (درهای بدن) ورود به فضای بیرون از بدن (دریدن)	تمرین منزل
پذیرفتن و اجازه دادن	هفته پنجم
نشست های مدیتیشن که آگاهی از تنفس و اعضای بدن تأکید بر چگونگی واکنش نشان دادن به هر آنچه فکر، احساس می کنیم و آنچه از احساسات بدن ناشی می شود؛ ایجاد یک شرایط سخت تمرینی و کشف تأثیرات تمرین ها روی ذهن و بدن، سه دقیقه تنفس	تمرینات عملی جلسه
خواندن شعر خانه مهمان رومی و کشف محتوای متناسب با اهداف آنها در گروه. تمرین کشف واکنش به الگوهای عادی شده و کاربرد استعداد بالقوه مهارت های ذهن آگاهی جهت آسان سازی واکنش به تجارب زمان حال	تجربیات جلسه
جلسه تن آرامی و مراقبه سه دقیقه تنفس عادی، مرور آن (سه بار در روز)، سه دقیقه تنفس تمرین شده، الگوبرداری (جهت زمانی که تمرین منزل احساسات ناخوشایندی برای شما پیش می آید)، سپس تمرین کشف انتخاب بازگشایی «درهای بدن» ورود به فضای بیرون از بدن در بدن	تمرین منزل
تفکرات منشأ واقعی ندارند	هفته ششم
نشست های مدیتیشن - آگاهی نسبت به تنفس و بدن - به علاوه مطرح کردن مشکلات بیمار طی تمرین و کشف اثرات آن بر بدن و ذهن، سه دقیقه تنفس	تمرینات عملی جلسه
تمرین ایجاد تغییر خلق، افکار و نگرش ها، گسترش عودهای شخصی و طرح فعالیت آماده شدن برای پایان دوره	تجربیات جلسه
تمرین به مدت ۴۰ دقیقه هر روزه - کار با ترکیبات مختلفی از سه تمرین اصلی بررسی کاربرد دوره تمرین های کوتاه مدت، بازرسی کاربرد تمرین های همراه و بدون استفاده از CDS یکی از تمرین ها که قادر به حفظ آن تا دوره های آخر	تمرین منزل

اجرای خودکار	هفته اول
جلسات باشیم). سه دقیقه تنفس عادی (مرور آن سه بار در روز). سه دقیقه تنفس تمرین شده الگو برداری از آن (زمانی که احساسات ناخوشایند برایتان پیش می‌آید) همچون ایجاد یک وقفه اولیه در نگرش گسترده ما سبب بازگشایی افکار در ما می‌شود. (گشودن درهای تفکر) به علاوه انعکاس و کار بر روی طرح جلوگیری از عودهای شخصی.	
چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم	هفته هفتم
جلسات مدیتیشن - آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار تمرینات عملی و هیجانانگیز. هر جلسه سه دقیقه تنفس به علاوه طرح یک مشکل طی تمرین و کشف تأثیر آن روی بدن و ذهن	تمرینات عملی جلسه
کشف رابطه میان فعالیت و خلق، لیست کلی از فعالیت‌های روزانه و رسیدگی به تخلیه هیجانی یا مقوی که احساس مطلوبی از قدرت می‌دهد. بررسی راه‌های افزایش فعالیت‌های «مفید» و تشخیص عودها و فعالیت‌هایی که عود مجدد را سبب می‌شود.	تجربیات جلسه
انتخاب تمامی اشکال مختلف تمرین‌هایی که الگویی مشترک به فرد می‌دهد تا بعد از اتمام برنامه قادر به ادامه آن باشد. تنفس عادی و تمرین شده؛ بعد از تمرین‌های اکتشافی اقدام به انتخاب یک تمرین می‌کند نمودن «بازگشایی مهارت‌های عملی» و توسعه‌ی یک سیستم پویای هشداردهنده اولیه جهت کشف عودهای مجدد. گسترش برنامه اجرایی تا قادر در به کارگیری آن تمرین‌ها در کوچکترین حالت دشوار باشد.	تمرین منزل
چگونگی استفاده از این موارد در تصمیم‌گیری‌های آینده	هفته هشتم
مراقبه وارسی بدن، پایان درمان	تمرینات عملی جلسه
بازنگری مجدد سیستم هشداردهنده اولیه و طرح‌های عملیاتی. ارائه شده برای به کارگیری در زمان عودهای مجدد که بسیار مرور شده بود که در هر دوره چه تفکرانی در زندگی فرد دارای ارزش بیشتری است تا فرد را قادر به استفاده از آن جهت یادگیری بکا. بحث در خصوص اینکه چگونه میزان تغییرات در تمرینات رسمی و غیررسمی را حفظ کنیم. ایجاد سوالاتی در شرکت‌کنندگان جهت پاسخ‌دهی به بازتاب‌های شخصی خود طی این دوره	تجربیات جلسه
شستی با برنامه تمرین منزل که شما در ماه‌های آینده قادر به ادامه برنامه به تنهایی باشید (حالت ایده‌آل این است که تمرین اصلی و مرور آن پشت سرهم صورت گیرد)	تمرین منزل

یافته‌ها

کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش

آزمون و پس‌آزمون ارائه گردیده است.

در این قسمت شاخص‌های آمار توصیفی برای دو متغیر

تنظیم هیجان و تحمل پریشانی به تفکیک برای شرکت

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی و تنظیم هیجان برای شرکت‌کنندگان دو گروه در دو مرحله‌ی

پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیرها	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	گروه	
۱/۴۳	۱۱/۵۰	۱/۵۲	۵/۹۰	آزمایش	تحمل پریشانی هیجانی
۰/۹۴	۵/۷۰	۱/۱۵	۶/۳۰	کنترل	
۱/۴۲	۱۱/۶۰	۱/۱۳	۶/۲۰	آزمایش	جذب شدن به وسیله‌ی هیجانانگیز منفی
۰/۷۳	۶/۱۰	۱/۰۷	۶/۴۰	کنترل	
۱/۲۴	۲۳/۰۰	۱/۵۶	۱۳/۳۰	آزمایش	برآورد ذهنی پریشانی
۱/۱۵	۱۱/۳۰	۰/۹۶	۱۲/۶۰	کنترل	
۰/۸۲	۱۰/۷۰	۱/۱۷	۵/۴۰	آزمایش	تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی
۰/۷۳	۴/۹۰	۰/۹۷	۵/۵۰	کنترل	
۱/۴۳	۳۰/۵۰	۱/۹۰	۱۵/۵۰	آزمایش	ارزیابی مجدد
۱/۴۱	۱۳/۰۰	۱/۴۳	۱۴/۵۰	کنترل	
۱/۳۳	۲۰/۷۰	۱/۱۷	۹/۴۰	آزمایش	سرکوبی
۰/۸۲	۹/۳۰	۱/۱۵	۹/۷۰	کنترل	

برای شرکت کنندگان دو گروه در مرحله پس آزمون ارائه شده است. به عنوان مثال میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۱۱/۵۰ و ۱/۴۳ می باشد. میانگین و انحراف استاندارد گروه کنترل به ترتیب برابر با ۵/۷۰ و ۰/۹۴ می باشد.

به منظور پاسخ به سؤالات پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. پیش از ارائه نتایج حاصل از تحلیل فوق پیش فرض های آماری مربوطه مورد بررسی قرار گرفت. که نتایج در ادامه ارائه گردیده است.

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود با توجه به مقدار F و سطح معناداری پیش فرض همگنی واریانس ها در مورد متغیرها رعایت شده است.

چنان چه در جدول ۳ مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد نمرات تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان منفی، برآورد ذهنی پریشانی، تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی، ارزیابی مجدد و سرکوبی برای شرکت کنندگان دو گروه در مرحله پیش آزمون ارائه شده است. به عنوان مثال میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۵/۹۰ و ۱/۵۲ می باشد. میانگین و انحراف استاندارد گروه کنترل به ترتیب برابر با ۶/۳۰ و ۱/۱۵ می باشد. همچنین مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد نمرات تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان منفی، برآورد ذهنی پریشانی، تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی، ارزیابی مجدد و سرکوبی

جدول ۴) آزمون لون به منظور بررسی همگنی واریانس در متغیرهای تحمل پریشانی و تنظیم هیجان

گروه متغیر	مقدار F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری
تحمل پریشانی هیجانی	۰/۷۴۸	۱	۱۸	۰/۳۹۸
جذب شدن به وسیله ی هیجان منفی	۳/۲۷۱	۱	۱۸	۰/۰۸۷
بر آورد ذهنی پریشانی	۵/۳۲۳	۱	۱۸	۰/۰۳۳
تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی	۰/۰۶۰	۱	۱۸	۰/۸۱۰
ارزیابی مجدد	۱/۲۷۴	۱	۱۸	۰/۲۷۴
سرکوبی	۳/۶۴۶	۱	۱۸	۰/۰۷۲

جدول ۵) آزمون چندمتغیره جهت مقایسه متغیرهای تحمل پریشانی و تنظیم هیجان دو گروه در مرحله پس آزمون با کنترل اثر پیش آزمون

شاخص ها	ارزش	مقدار F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری	نسبت مجزورات	پارامتر ناسالم	توان
نام آزمون	۰/۰۰۱	۱۷۶۹/۶۸۶	۶	۱۱/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۹	۱۰۶۱۸/۱۱۷	۱

با توجه به جدول ۵ آزمون های چند متغیره نشان می دهد بین دو گروه به لحاظ تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان منفی، برآورد ذهنی پریشانی، تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی، ارزیابی مجدد و سرکوبی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در آزمون اثر پیلابی مقدار F برابر با ۱۷۶۹/۶۸۶ می باشد که در سطح $P < ۰/۰۰۰۱$ معنادار است. یافته فوق نشان می دهد که بین دو گروه در پس آزمون با کنترل پیش آزمون ترکیب خطی متغیرها تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان منفی، برآورد ذهنی پریشانی، تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی، ارزیابی مجدد و سرکوبی تفاوت معناداری دارد.

با توجه به جدول ۶ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره مشاهده می شود که مقدار F تمام متغیرها معنادار است برای مثال مقدار F تحمل پریشانی هیجانی برابر است با ۱۴۲/۶۷۸ و سطح معناداری آن $۰/۰۰۰۱$ می باشد.

جدول ۶) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره جهت مقایسه متغیرها تحمل پریشانی و تنظیم هیجان در دو گروه در

مرحله پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	نسبت مجزورات	پارامتر ناسالم	توان
تحمل پریشانی هیجانی	۱۶۵/۲۰۰	۱	۱۶۵/۲۰۰	۱۴۲/۶۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹۹	۱۴۲/۶۷۸	۱
جذب شدن به وسیله‌ی هیجانات منفی	۱۳۶/۸۸۶	۱	۱۳۶/۸۸۶	۱۲۷/۲۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۸	۱۲۷/۲۶۷	۱
برآورد ذهنی پریشانی	۶۷۳/۷۶۸	۱	۶۷۳/۷۶۸	۵۸۳/۹۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷۳	۵۸۳/۹۱۸	۱
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	۱۷۱/۹۹۵	۱	۱۷۱/۹۹۵	۴۴۵/۷۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶۵	۴۴۵/۷۶۰	۱
ارزیابی مجدد	۱۴۱۰/۲۸۱	۱	۱۴۱۰/۲۸۱	۱۷۶۲/۱۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۱	۱۷۶۲/۱۷۰	۱
سرکوبی	۶۱۱/۲۴۸	۱	۶۱۱/۲۴۸	۴۹۲/۵۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶۹	۴۹۲/۵۶۶	۱

بحث

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داده است که بین شرکت کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات تنظیم هیجان در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در بیماران غیر بالینی وسواس فکری - عملی می‌شود. این نتایج با نتایج تحقیقات داخل و خارج از کشور همچون گلدین و گراس (۳۴)، جونز (۲۲)، شاپیرو، کارلسون، استین و فریدمن (۳۵) کارلسون، اسپکا، پاتل، گودی (۳۶)، اسفندزاد و همکاران (۳۷)، عالم دیانتی و محب (۳۸)، تیموری، رضانی و محبوب (۳۹)، طالع بکتاش، یعقوبی و یوسفی (۴۰)، کابویانی، جواهری، بحیرایی (۴۱)، همسو است. برای مثال در تحقیق که گلدین و گراس (۳۴) به بررسی ۱۶ بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی پرداختند شد که تحت درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. نتایج این تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تنظیم هیجان بیماران مؤثر بوده است. توانایی تنظیم هیجان به فرد این امکان را می‌دهد تا برانگیختگی‌ها و تجربه‌های هیجانی را در دو سطح تشخیصی و بین شخصی مدیریت و تعدیل کنند (۳۳-۴۲). و نقص و نارسایی در فرآیند تنظیم هیجان‌ها وجود داشته باشد، مدیریت و تعدیل هیجان‌ها مختل می‌شود و قدرت سازگاری فرد تضعیف می‌گردد (۴۲-۴۳). بر این اساس، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی اگر در زمینه‌ی

تنظیم هیجان‌ها نیز نقص و ناتوانی داشته باشند، قدرت سازگاری هیجانی آنها تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۴۴-۴۵). استفاده از راهبردهای سازش‌نا یافته‌ی تنظیم هیجان، مثل آیین‌ها و رفتارهای تکراری اجتناب‌ناپذیر، نمونه‌های از این سازش‌نا یافته‌گی‌ها محسوب می‌شوند.

همچنین باید گفت تنظیم هیجان به تعامل بهینه‌ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز دارد زیرا انسان با هرچه مواجهه می‌شود آن را تفسیر شناختی می‌کند که تعیین‌کننده‌ی واکنش‌های افراد است (۴۶). افرادی که از ذهن‌آگاهی بالایی برخوردارند از دانش و بینش مناسبی در مورد فرآیندهای شناختی و توانمندی‌های خود برخوردارند و به خاطر رابطه‌ی عمیق ذهن‌آگاهی با هیجانات و همچنین راهبردهای مؤثر برخورد با تکالیف، ذهن‌آگاهی موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود و دیگران، هیجانات و موقعیت در زمان کنونی می‌شود (۴۷-۴۸) و این افزایش آگاهی بر هر دو بعد هیجان و شناخت تأثیر مثبتی دارد. یعنی می‌توان استنباط کرد که از طریق آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی می‌توان، مهارت در توانایی تنظیم هیجان را بهبود داد و این خود نیز تأثیر متقابل در افزایش سطح ذهن‌آگاهی می‌تواند داشته باشد.

همچنین نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داده است که بین شرکت کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات تحمل پریشانی در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش تحمل پریشانی در بیماران غیر بالینی وسواس فکری - عملی می‌شود. این یافته با یافته‌های هول

واقع هدف آموزش ذهن آگاهی، مانند شناخت درمانی سنتی، تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می باشد که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش به دور از قضاوت است. این روش درمانی با ایجاد تراوش های فکری و عاطفی از آسیب پذیری و حساسیت های غیر منطقی در موقعیت های استرس زا می کاهد. در مجموع به نظر می رسد مکانیسم اصلی ذهن آگاهی کنترل توجه باشد چرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجه مناسبی به وجود می آورد. همسو با این یافته کبات زین (۲۰۰۵) معتقد است فنون ذهن آگاهی با فراهم آوردن فرصتی برای مراقبه در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر می باشد. به علاوه یکی از مؤلفه های مهم آموزش ذهن آگاهی که در جلسات مداخله ای این پژوهش نیز بر آن تأکید شد، شکیبایی بود. شکیبایی عبارت است از توانایی تحمل مشکلات به همراه داشتن حس آرامش و خودکنترلی. این امر نه تنها مستلزم درک این مسئله است که چیزها باید در زمان خود آشکار بشوند، بلکه شامل توسعه ای این نگرش در خود به عنوان فردی است که ناامیدی های ادراک شده از موفقیت کنونی اش را تحمل کند.

همچنین ذهن آگاهی خود نظارتگری جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می دهد که احتمالاً منجر به بهبود مکانیسم های بدنی و بهبود مراقبت از خود می شود. مشابه با آموزش آرمیدگی سنتی، مراقبه ذهن آگاهی با افزایش فعال سازی پاراسمپاتیک همراه است که می تواند به آرامش عمیق ماهیچه ها و کاهش تنش و برانگیختگی و در نهایت کاهش درد و افزایش تحمل منجر شود. ذهن آگاهی ممکن است فرد را در برابر بد عملکردی خلق مرتبط با استرس و افزایش فرآیندهای مقابله کردن شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت های تنظیم مجدد هیجان مانند تحمل پریشانی محافظت کند (۵۱). با توجه به محتوای جلسات ذهن آگاهی، تأکید این برنامه بر به کارگیری تکنیک هایی برای کاهش استرس و مقابله با درد و هوشیار بودن نسبت به وضعیت خویش می باشد. رها کردن مبارزه و پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت، مفهوم اصلی و اساسی در برنامه ذهن آگاهی است. در واقع، تأیید در پذیرش بدون قضاوت کردن، با بهبود

و همکارانش (۴۹)، لوبرتو و همکاران (۲۸)، فلدمن و همکاران (۳۰)، کارپنتر و همکاران (۱۷) و نیلا و همکاران (۵۰) در خارج از کشور و و اسفندزاد و همکاران (۳۷) در داخل کشور همسو است.

در تبیین این یافته باید گفت تحمل پریشانی یک عامل خطر پدیدار شده برای شکل های مختلف آسیب شناسی روانی می باشد. ساختار تحمل پریشانی به توسعه و نگهداری چندین شکل آسیب شناسی روانی کمک نموده است (به طور مثال استفاده از مواد، اضطراب، اختلالات شخصیتی). همچنین جنبه های عقلی پریشانی بیان می دارند که افرادی که تحمل پریشانی کمتری دارند می توانند، بطور سازگارانۀ رفتار یا پاسخ احساسی، غلبه جهت دار اجتنابی بر پریشانی و زمینه های بیرون آمده پریشانی در حال حاضر یا در آینده وفادار باشند. در نتیجه افرادی که تحمل پریشانی کمتری دارند ممکن است از احساسات منفی و یا حالت های منفی آزاردهنده مربوطه اجتناب نمایند و برانگیخته شوند به دنبال فرصت های تقویتی منفی در صورت وجود باشند مانند فرار یا اجتناب. به عبارت دیگر از نظر تئوریک افرادی که سطح بالاتری از تحمل پریشانی دارند ممکن بیشتر قادر باشند تا به احساسات منفی و حالت های آزار دهنده مربوط برسند و زمانی که سازگارپذیر هستند ممکن است بیشتر به دنبال فرصت های تقویتی منفی در صورت وجود باشند در نتیجه تحمل یا عدم تحمل پریشانی می تواند بر فرآیندهای مختلف دیگر در جنبه های متفاوت رفتاری و قوانین از جمله گسترش توجه، ارزیابی پریشانی و تنظیم تعدیل پاسخ ها به پریشانی تأثیر گذارد.

از سویی ذهن آگاهی شیوه متفاوتی از مواجهه با افکار ناکارآمد و هیجانات وابسته به آن نظیر اضطراب، درد، پریشانی و افسردگی را ارائه می کند. این رویکرد می تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در کاهش استرس و تنظیم رفتاری ایفا کند. در این شیوه فرد ذهنش آگاه شده و در هر لحظه مهارت های شناسایی شیوه های مفیدتر را فرا می گیرد. در همین راستا افراد یاد می گیرند که چگونه به شکلی متفاوت با افکار ناکارآمد و غیرمنطقی (نظیر لزوم داشتن فرزند برای تجربه یک زندگی شاد (و هیجانات و احساسات منفی خود (نظیر اضطراب) ارتباط برقرار کنند. در

psychiatry. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008; pp:463-80.

7. Sarah Landmann, Barbara Cludius, Brunna Tuschen-Caffier, Steffen Moritz, Anne Katrin Külz. Mindfulness predicts insight in obsessive-compulsive disorder over and above OC symptoms: An experience-sampling study. *Behaviour Research and Therapy*. 2019; S0005-7967(19)30135-4

8. Fergus TA, Bardeen JR. Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive & Related Disorders*. 2014; 3(3):243-8.

9. Caroline Park, Joshua D. Rosenblat, Yena Lee, Zihang Pan, Bing Cao, Michelle Iacobucci, Roger S. McIntyre. The Neural Systems of Emotion Regulation and Abnormalities in Major Depressive Disorder. *Behavioural Brain Research*. 2019; S0166-4328(19)30143-3

10. Loredana A. Marchica, Devin J. Mills, Matthew T. Keough, Tina C. Montreuil, Jeffrey L. Derevensky. Emotion Regulation in Emerging Adult Gamblers and its Mediating Role with Depressive Symptomatology. *Journal of Affective Disorders*. 2019; S0165 0327(19)31022-5

11. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology* 2002; 39: 191-281.

12. Gratz, K. L., & Roemer, L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26, 41-54.

13. Cogle JR, Timpano KR, Fitch KE, Hawkins KA. Distress tolerance and obsessions: an integrative analysis. *Depression and anxiety*. 2011; 28(10):906-14.

14. Macatee RJ, Capron DW, Schmidt NB, Cogle JR. An examination of low distress tolerance and life stressors as factors underlying obsessions. *Journal of psychiatric research*. 2013; 47(10):1462-8.

15. Simons, J., & Gaher, R. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005; 29, 83-102.

16. Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*. 2010; 136(4), 576.

17. Joseph K. Carpenter, Jenny Sanford, Stefan G. Hofmann. The Effect of a Brief Mindfulness Training on Distress Tolerance and Stress Reactivity. *Boston University Massachusetts General Hospital*. 2018; 50:630-645

18. Judith M. Laposa, Kelsey C. Collimore, Lance L. Hawley, Neil A. Rector. Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with

در کیفیت زندگی ارتباط دارد. این روش برنامه‌های شخصی در مقابله کردن با استرس برای فرد فراهم می‌کند. استرسورهای بیرونی بخشی از زندگی هستند و غیر قابل تغییرند، اما روش‌های مقابله با استرس و نحوه پاسخ‌دهی به آشفتگی‌ها می‌تواند تغییر کند (۵۲). نتایج پژوهش حاضر نشان داد متغیرهای ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی با نشانه‌های وسواس فکری - عملی ارتباط دارند و آموزش ذهن آگاهی می‌تواند در بهبود تنظیم هیجان و تحمل پریشانی مؤثر باشد. همچنین با در نظر گرفتن این مسأله که تعداد افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی در جهان و ایران رو به افزایش است و این مسأله باعث آزار و سخت شدن زندگی افراد مبتلا به وسواس فکری عملی می‌باشد امید است که با به کار بردن شیوه‌های درمانی کوتاه مدت‌تر و کم هزینه‌تر همچون درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای تنظیم بهتر هیجانی و بهبود در تحمل پریشانی اقدام شود. در نهایت پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد که از جمله‌ی آنها استفاده از نمونه‌های غیر بالینی وسواس فکری - عملی می‌باشد همچنین پژوهش حاضر دوره‌ی پیگیری نداشت بنابراین تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. لذا پیشنهاد می‌گردد در رابطه با اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بیماران وسواس فکری - عملی نمونه‌های بالینی نیز مورد بررسی قرار گیرند.

منابع

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, VA. 2013.
2. Hale L, Strauss C, Taylor BL. The effectiveness and acceptability of mindfulness-based therapy for obsessive compulsive disorder: a review of the literature. *Mindfulness*. 2013; 4(4): 375-82.
3. Grados MA, Walkup J, Walford S. Genetics of obsessive-compulsive disorders: new findings and challenges. *Brain Dev*. 2003; 25: S55-S61
4. Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. The epidemiology of obsessive compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*. 2010; 15, 53-63.
5. Kühn S, Kaufmann C, Simon D, Endrass T, Gallinat J, Kathmann N. Reduced thickness of anterior cingulate cortex in obsessive-compulsive disorder. *Cortex*. 2013; 49(8): 2178-85.
6. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent

- task. *Personality & Individual Differences*. 2014; 56, 154-158.
31. Hodgson, R.J., & Rachman, S. Obsessional compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*. 1977; 15, 389-395.
32. imanollah bigdeli, Mahmood najafy, Maryam rostami. The Relation of Attachment Styles, Emotion Regulation, and Resilience to Well-being among Students of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2013; 13(9): 721-729. [Persian]
33. Bargh, J. A., & Williams, L. E. On the nonconscious of emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. 2007; (pp. 429-445). New York: Guilford Press.
34. Goldin, P. R., & Gross, J. J. Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010; 10, 83-91.
35. Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. 2006; 62(3), 373-386.
36. Carlson, L. E., Speca, m., Patel, K. D., & Goodey, E. Mindfulness based stress reduction in relation to quality of life mood, symptoms of stress and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatics medicine*. 2003; 65, 571-581.
37. Hosein Esfand Zad A, Shams G, Meysami AP, Erfan A. [The Role of Mindfulness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Interpersonal Effectiveness in Predicting Obsessive Compulsive Symptoms (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2017; 22(4):270-28338. [Persian]
38. Fatemeh Alem Dianati Naeimeh Moheb, Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Reducing Negative Strategies of Cognitive Emotion Regulation in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Scientific-research journal of education and evaluation*. 2017; 10(40). 171-188. [persian]
39. S Taimory, F Ramezani, N Mahjob, The Effectiveness of Mindfulness-Based Group Cognitive Therapy in Reducing Depression and Obsessive Rumination among Women under Methadone Treatment. *Addiction research*. 2015; 9(34): 145-159. [Persian]
40. Talee-Baktash S, Yaghoubi H, Yousefi R. Comparing the early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in obsessive-compulsive disorder patients and healthy people. *Feyz*. 2013; 17 (5):471-481
41. Kaviani H, Hatami N, Shafieabadi A E. The Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on The Quality of Life in Non-Clinically Depressed People. *Advances in Cognitive Sciences*. 2009; 10 (4):39-48 [Persian]
- anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015; 33 (2015) 8-14
19. Anne N. Banducci Kevin M. Connolly Anka A. Vujanovic Jennifer Alvarez Marcel O. Bonn Miller. The impact of changes in distress tolerance on PTSD symptom severity post-treatment among veterans in residential trauma treatment. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017; 47, Pages 99-105
20. MOUSAVI MADANI N., ATASHPOUR H., MOLAVI H. *JOURNAL OF SOCIAL PSYCHOLOGY (NEW FINDINGS IN PSYCHOLOGY)*. 2010; 5(15):57-72 [Persian]
21. Hertenstein E, Rose N, Voderholzer U, Heidenreich T, Nissen C, Thiel N, et al. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive compulsive disorder – A qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry*. 2012; 12:185.
22. Thomas M. Jones. The Effects of Mindfulness Meditation on Emotion Regulation, Cognition and Social Skills. *European Scientific Journal*. 2018; edition Vol.14, No.14 ISSN: 1857 – 7881
23. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science & Practice*. 2003; 10(2):144-56
24. Adele M. Hayes, Greg Feldman. Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004; Volume 11, Issue 3 Pages 255-262
25. Lizabeth Roemer, Sarah Krill Williston, Laura Grace Rollins. Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*. 2015; Volume 3, June 2015, Pages 52-57
26. G. Murphy, K. Matvienko-Sikar. Trait mindfulness & self-reported driving behavior. *Personality and Individual Differences*. 2019; 147, 250-255
27. Sharon Hsin Hsu, Susan E. Collins, G. Alan Marlatt. Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive Behaviors*. 2013; Volume 38, Issue 3, Pages 1852-1858
28. Christina M. Luberto, MA, Alison C. McLeish, PhD, Stephanie A. Robertson, BA, Kimberly M. Avallone, MA, Kristen M. Kraemer, BS, Emily R. Jeffries, BA. The Role of Mindfulness Skills in Terms of Distress Tolerance: A Pilot Test among Adult Daily Smokers. *The American Journal on Addictions*. 2014; 23: 184-188.
29. Joanna J Arch, Michelle G Craske. Laboratory stressors in clinically anxious and non-anxious individuals: The moderating role of mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*. 2010; 48(6):495-505
30. Feldman, G., Dunn, E., Stemke, C., Bell, K., & Greeson, J. Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance

42. Tull, M. T., Weiss, N. H., Adams, C. E., & Gratz, K. L. The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. *Journal of Addictive Behaviors*. 2012; 37, 1084-1092.
43. Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, R., & Curry, J. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(8):930-59.
44. Allen, L. B., & Barlow, D. H. Relationship of exposure to clinically irrelevant emotional cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*. 2009; 33, 743-762.
45. Turkuler-aka, B. (2011). Perceived parenting styles, emotion recognition, and emotion regulation in relation to psychological well-being: Symptoms of depression, obsessive compulsive disorders, and social anxiety. Thesis submitted to the graduate school of social sciences. Middle eEast Technical University.2011
46. Rezvan S, Bahrami F, Abedi M. The Effect of Emotional Regulation on Happiness and Mental Rumination of Students. *IJPCP*. 2006; 12 (3):251-257[Persian]
47. mostaghni sara, sarvghad sirous, relationship of personality characteristics and psychological hardiness with job stress of nurses of public sector hospital in shiraz.knowledge & research in applied psychology. 2013; 4(50),124-132. [Persian]
48. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):217-37.
49. Howell, A.N., Leyro, T.M., Hogan, J., Buckner, J.D., & Zvolensky, M.J. Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and comfort motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive Behaviors*. 2010; 35(12), 1144-1147.
50. Nila K, Holt DV, Ditzen B, Aguilar-Raab C. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) enhances distress tolerance and resilience through changes in mindfulness. *Ment Health Prev*.2016;4(1):36- 41.
51. Linehan,M.M. Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford.1993.
52. Parvaneh Mohammad-Khani, Kaite Dabsoun, Fatemeh Hosseini, Freshteh Momeini, Comparison of the Effectiveness Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive-Behavior Therapy and Treatment as Usual on Depression and Additional Symptoms and Other Psychiatric Symptoms. *Journal of Clinical Psychology*.2011;19-26. [Persian]