

The Efficacy of Mindfulness Training on Obsessive-Compulsive Disorder and Marital Adjustment on Women with Obsessive-Compulsive Disorder

Karimi Alavicheh B ¹, *Gholami Heydarabadi Z²

Author Address

1. MA Student of Psychology, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran;

2. Assistant Professor of Department of Psychology, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: Zahra6100@gmail.com

Received: 2019 August 31; Accepted: 2019 October 4

Abstract

Background & Objectives: In the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, obsessive-compulsive disorder was separated from the class of anxiety disorders and put in the obsessive-compulsive disorder class and related disorders. Typical behaviors in obsessive-compulsive individuals lead to decreased social relationships and marital discord. Given the prevalence of obsessive-compulsive disorder and deficiencies in many therapeutic approaches, among the third-wave therapies, mindfulness-based cognitive therapy training seems to be one of the most effective therapies, with an emphasis on increasing attention. So, the present study aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy training on obsessive-compulsive and marital adjustment in obsessive-compulsive women.

Methods: The present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The study population consisted of all women with obsessive-compulsive disorder living in District 10 of Tehran City, Iran, during the 2018 Spring. The women were selected by convenience sampling method. The inclusion criteria were as follows: being a married woman suffering from obsessive-compulsive disorder after an interview by a psychiatrist or clinical psychologist based on the criteria of the American Psychiatric Association and obtaining a score greater than 15 based on the Maudsley Obsessive-Compulsive Questionnaire (1977), not using a medication, being 25–45 years old, and having at least a diploma (12th-grade graduate). The exclusion criteria were non-cooperation and absence in training sessions. The subjects of the experimental group participated in eight 90-minute sessions twice a week. The content of the training sessions was taken from the mindfulness training intervention based on Van Son et al. (2014). Research data were collected using Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (Hodgson & Rachman, 1977) and Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1987). Univariate analysis of covariance was used for data analysis by SPSS₂₄ software at a significance level of 0.05.

Results: By removing the effect of pretest scores, a significant difference was observed between the adjusted mean scores of obsessive-compulsive disorder ($p < 0.001$) and marital adjustment ($p < 0.001$) of the participants according to the group (experiment and control). Therefore, the effective rate in the obsessive-practical variable was 0.434, and in the marital adjustment variable was 0.638.

Conclusion: According to the results of this study, mindfulness-based therapies based on cognitive therapy can be effective in decreasing obsessive-compulsive disorder and enhancing marital adjustment in women with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Mindfulness, Obsessive-Compulsive disorder, Marital adjustment, Women.

اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر وسواس فکری- عملی و سازگاری زناشویی زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی

بیباکری علی‌چپه^۱، *زهرا غلامی حیدرآبادی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران؛
۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران.

*رابطه‌نامه نویسنده مسئول: Zahra6100@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹ شهریور ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ مهر ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواس فکری- عملی، چالشی جدی برای بیماران و نیز سیستم خانوادگی آن‌ها ایجاد می‌کند و حوزه‌های مختلفی از زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؛ از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر وسواس فکری- عملی و سازگاری زناشویی زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی منطقه ده شهر تهران در سه ماه نخست سال ۱۳۹۷ بودند. تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه علائم وسواس فکری- عملی مادزلی (هاجسون و راجمن، ۱۹۹۷) و مقیاس سازگاری زناشویی (اسپانیر، ۱۹۸۷) جمع‌آوری شد. افراد گروه آزمایش در هشت جلسه شرکت کردند که هفته‌ای دو بار به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. محتوای جلسات آموزش برگرفته از مداخله آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی ون سون و همکاران (۲۰۱۴) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی و گروه گواه در میانگین نمرات وسواس فکری- عملی ($p < 0/001$) و سازگاری زناشویی ($p < 0/001$) وجود دارد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج این پژوهش مداخلات درمانی براساس ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان شیوه درمانی مؤثر در جهت کاهش وسواس فکری- عملی و افزایش سازگاری زناشویی زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی تأثیرگذار باشد.
کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی، وسواس فکری- عملی، سازگاری زناشویی، زنان.

در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، اختلال وسواسی اجباری از طبقه اختلال‌های اضطرابی مجزا شده است و در طبقه اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال‌های مرتبط مطرح شده است (۱). علائم مشخصه این اختلال، حضور افکار وسواسی و اعمال اجباری است که ویژگی عمده آن‌ها (افکار و رفتارها)، لذت‌بخش نبودنشان برای فرد مبتلا است؛ ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌اش کاسته شود. هدف اعمال وسواسی، کاهش پریشانی مرتبط با افکار وسواسی یا جلوگیری از رویدادی ترسناک (مثل مریض شدن) است؛ باوجوداین، یا این اعمال در مسیر منطقی مربوط به حوادث ترسناک قرار ندارند (مثلاً، با قراردادن اشیاء به صورت منظم از آسیب‌رسیدن به فرد عزیزی جلوگیری می‌شود) یا آشکارا افراطی‌اند (ساعت‌ها دوش گرفتن روزانه) (۲).

محتوای خاص وسواس فکری-عملی در افراد می‌تواند متناوب باشد؛ ازجمله موضوعات شایع شامل تمیزکردن وسواس آلودگی، وسواس تقارن و اعمال تکراری، مرتب‌کردن و شمردن، افکار ممنوع و تابو مثل وسواس‌های پرخاشگرانه، جنسی و مذهبی یا اعمال مربوط به آن‌ها و آسیب مثل ترس از آسیب به خود یا دیگران و واری‌های وسواسی. برخی افراد نیز در دورریختن مشکل دارند. این مشکلات در تمامی فرهنگ‌ها وجود دارد و در بزرگسالان در طول زمان تقریباً ثابت است و ممکن است با زمینه‌های عصبی متفاوتی همراه باشد (۳).

اختلال وسواس فکری-عملی، اختلالی عصبی‌روان‌شناختی است که معمولاً در سنین کودکی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود. میانگین سن شروع این اختلال حدود ۲۰ سالگی است و غالباً با سیر مزمن خود تأثیر منفی شدیدی بر کارکرد روانی، اجتماعی و شغلی بیمار بر جای می‌گذارد (۴). پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، شیوع ۱۲ ماهه این اختلال را در ایالات متحده آمریکا برابر با ۱/۲ درصد ذکر کرده است. همچنین، شیوع این اختلال در کشورهای دیگر در دامنه ۱/۱ تا ۸/۱ درصد گزارش شده است (۱). در جامعه از هر ۴۵ نفر، یک نفر به این اختلال مبتلا است؛ درحالی‌که بیش از ۹۰ درصد از افراد جامعه، علائم وسواس‌ها و اجبارها را با همان کیفیت و شکل افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری تجربه می‌کنند (۵)؛ بنابراین، اهمیت و ضرورت شناخت علائم وسواس‌ها و اجبارها دوچندان می‌شود.

رفتارهای تشریفاتی در افراد وسواسی منجر به کاهش روابط اجتماعی و ناسازگاری زناشویی در این افراد می‌شود (۶). سازگاری زناشویی فرایندی است که در طول زندگی به وجود می‌آید و به ویژگی‌های روابط زناشویی هماهنگ و داشتن عملکرد خوب در ازدواج اشاره می‌کند (۷). سازگاری زناشویی نوعی برون‌سازی زن و شوهر با یکدیگر در مقاطع مختلف زمانی است (۸). نتایج پژوهش وولینک و همکاران نشان داد که بیماران دارای مشکل وسواسی خودشان را در متغیر رضایت‌مندی زناشویی درمقایسه با دیگر گروه‌ها در سطح ضعیف ارزیابی می‌کنند (۹). در همین راستا نتایج چندین پژوهش حاکی از این بود که ناسازگاری زناشویی، ناکامی، فشارزاهای مالی و اقتصادی

ازجمله پیامدهای متداول اختلال وسواس فکری-عملی است (۱۰، ۱۱).

باتوجه به شیوع اختلال وسواس اجبار و نقایصی که در روش‌های درمانی متعدد وجود دارد، استفاده از روشی درمانی که معطوف به شناخت باشد، می‌تواند کارآمد پیش‌بینی شود. از بین درمان‌های موج سوم، به نظر می‌رسد آموزش حضور ذهن مبتنی بر شناخت‌درمانی با تأکیدی که بر افزایش توجه و تمرکز دارد، می‌تواند یکی از درمان‌های مؤثر باشد (۱۲). ذهن‌آگاهی، آموزشی برای دست‌یافتن به نگرشی جدید، پذیرش بدون قضاوت و نزدیک‌شدن به احساسات، افکار و حس‌های بدنی برای خلاص‌شدن از حالات خلقی منفی به‌شمار می‌رود؛ همچنین فنی است که در ترکیب با مراقبه و جهت‌گیری‌های ذهنی خاص درقبال یک تجربه، آگاه‌شدن درباره زمان حال به‌نحوی غیرقضاوتی را با به حداقل‌رساندن درگیری در افکار و احساسات تشویق می‌کند (۱۳). همچنین ذهن‌آگاهی نوعی آگاهی است که در زمان توجه ما به تجربیاتمان درباره موضوعی خاص شکل می‌گیرد؛ توجهی که متمرکز بر هدف است. توجه ما به‌طور آشکار به جنبه‌های خاصی از تجربه معطوف می‌شود و در زمان حال وقتی ذهن به گذشته یا آینده معطوف می‌شود، آن را به زمان حال باز می‌گردانیم و بدون قضاوت (فرایندی که با روح پذیرش درقبال آنچه رخ می‌دهد، همراه است) صورت می‌گیرد (۱۴).

یافته‌های پژوهش بهرام مصیری و کیان ارثی نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند شیوه مناسبی برای کاهش علائم وسواس فکری-عملی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل باشد (۱۵). مطالعه آشیری و همکاران مشخص کرد که درمان ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری منجر به افزایش رضایت‌مندی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل می‌شود؛ همچنین آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش شدت علائم وسواسی جبری مؤثر است؛ ولی رابطه معنادار نیست (۱۶). نتایج مطالعه علیزاده و محمدی نشان داد که تلفیق ذهن‌آگاهی با مواجهه و جلوگیری از پاسخ می‌تواند به کاهش علائم وسواسی جبری، اضطراب، افسردگی و ناراحتی بیمار منجر شود (۱۷). در همین راستا در بررسی تک‌آزمودنی مبتلا به اختلال وسواسی اجباری مشخص شد که تکنیک‌های ذهن‌آگاهی انفرادی در درمان اختلال وسواسی اجباری مؤثر است (۱۸).

باتوجه به شیوع اختلال وسواس فکری-عملی و نقش عوامل مختلف در شکل‌گیری و تداوم آسیب‌های روان‌شناختی، اجرای پژوهش‌هایی که بتوانند به بررسی اثربخشی درمان‌های نوظهور به‌منظور کاهش آسیب‌شناختی بیماران وسواسی بپردازد، گامی مؤثر به‌سوی بهبود و درمان مبتلایان به اختلال وسواسی در کلینیک‌های روانی و بیمارستان‌ها خواهد بود. از سویی مطابق با DSM-5، زنان بزرگسال بیشتر از مردان از علائم وسواسی رنج می‌برند و یافته پژوهش‌های امنی و همکاران حاکی از شیوع ۳۷/۹ درصدی اختلال وسواسی فکری-عملی در بین زنان جوان ایرانی است (۱۹)؛ بنابراین لزوم پرداختن به موضوع بهداشت روان زنان از یک‌سو و تأثیرات وسواس فکری-عملی بر وضعیت زناشویی خانواده‌های درگیر مبتلا به وسواس فکری-عملی از

سوی دیگر، همچنین نبود پژوهش در زمینه آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی درباره تغییرهای مذکور در جامعه هدف و وجود خلأ پژوهشی در این زمینه، موجب شد که این پژوهش انجام شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر وسواس فکری- عملی و سازگاری زناشویی زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی انجام شده است.

۲ روش بررسی

در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی فکری- عملی منطقه ۱۰ شهر تهران در سه ماه اول سال ۱۳۹۷ بودند که برای درمان به مرکز مشاوره مهرآوران مراجعه کردند. تشخیص اختلال وسواس عملی- فکری براساس معیارهای DSM-5 و مصاحبه بالینی توسط روان‌پزشک و روان‌شناس و همچنین پرسشنامه مادزلی (۲۰) تأیید شد. به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین زنان متأهل مراجعه‌کننده که به‌طور داوطلبانه تمایل به شرکت داشتند تعداد ۳۰ زن دارای نمره بیشتر از ۱۵ در پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه پیشنهاد شده است (۲۱). ملاک‌های ورود شامل ابتلای زن متأهل به اختلال وسواس فکری- عملی پس از مصاحبه توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی برپایه ملاک‌های انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱ و کسب نمره بیشتر از ۱۵ براساس پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی (۲۰)، استفاده نکردن از دارو، محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال و دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم بود. معیارهای خروج همکاری نکردن و غیبت در جلسات آموزشی بود. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها در هر سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون از ابزارهای زیر استفاده شد. پرسشنامه علائم وسواس فکری- عملی مادزلی^۲: این پرسشنامه توسط هاجسون و راجمن در سال ۱۹۷۷ ساخته شد و دارای ۳۰ سؤال

به‌صورت صحیح و غلط است. علاوه بر یک نمره کلی وسواس‌گرایی، چهار نمره فرعی شامل بازبینی، شستن و تمیزکردن، کندی- تکرار و تردید و دقت است. به هر پاسخ درست نمره یک داده می‌شود و به پاسخ غلط نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد؛ لذا نمره آزمون بین ۰ تا ۳۰ است (۲۰). استرنبرگ و برنز ضریب پایایی این آزمون را به روش بازآزمایی ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ را برای نمره کل ۰/۷۸ گزارش کردند (۲۲). در ایران دادفر و همکاران ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن را با مقیاس بیل ۰/۸۷ به‌دست آوردند (۲۳).

مقیاس سازگاری زناشویی^۳: این مقیاس ۳۲ سؤالی توسط اسپانیر در سال ۱۹۸۷ به‌منظور سنجش سازگاری بین زوجین بر مقیاس لیکرت (کاملاً موافقم نمره ۵ تا کاملاً مخالفم نمره ۱) تنظیم شده است. مقیاس مزبور دارای چهار خرده‌مقیاس رضایت (۱۰ سؤال)، همبستگی (۵ سؤال)، توافق (۱۳ سؤال) و ابراز محبت (۴ سؤال) است. اسپانیر ضریب همسانی درونی ۰/۹۶ و ملاک اعتبار مطلوبی را برای این مقیاس گزارش کرد؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل خرده‌مقیاس‌ها (رضایت، همبستگی، توافق، ابراز محبت) و مقیاس کل به‌ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۱، ۰/۹۰، ۰/۷۳، ۰/۹۶ به‌دست آمد (۲۴). در پژوهش ملازاده و همکاران روایی اجرای هم‌زمان این مقیاس و پرسشنامه سازگاری زناشویی لاک-والاس^۴، با قابلیت اعتماد ۰/۷۵، برای ۷۶ نفر از زوج‌های مشابه با زوج‌های نمونه، ۰/۹۰ به‌دست آمد؛ همچنین پایایی کل به روش آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۴ بود (۲۵). روش اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس افراد گروه آزمایش در هشت جلسه شرکت کردند که هفته‌ای دو بار به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. محتوای جلسات آموزش برگرفته از مداخله آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی ون سون و همکاران (۲۶) بود. در این مدت به گروه گواه هیچ آموزشی داده نشد. پس از اتمام مداخله، از هر دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون گرفته شد. شرح مختصر جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. اهداف و محتوای جلسات مداخله ذهن آگاهی

جلسه	هدف	تکلیف
اول	معرفی شرکت‌کنندگان، ارائه توضیحاتی درباره وسواس فکری و عملی، تأثیر آن بر زندگی روزمره، خانواده و اعضای آن.	تمرین خوردن کشمش.
دوم	بحث درباره زندگی کردن بسیاری از مردم به شیوه ذهن ناآگاهانه و توجه نکردن آن‌ها اغلب به آنچه انجام می‌دهند.	تمرین تمرکز بر تنفس و واریسی بدن.
سوم	تمرین واریسی بدن، دعوت از شرکت‌کنندگان در ارتباط با صحبت درباره تجربه‌هایشان از تمرینات ذهن آگاهی، بررسی موانع، بحث درباره برخی ویژگی‌های ذهن آگاهی همچون غیرقضاوتی بودن یا رها کردن.	تمرین افکار و احساسات، تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس
چهارم	تمرین کوتاه دیدن یا شنیدن، مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس و حس‌های بدنی، فضای تنفس سه دقیقه‌ای.	تمرین حرکات آگاهانه بدن.
پنجم	مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار، به اصطلاح مراقبه نشسته با چهار مؤلفه اصلی، بحث درباره استرس و واکنش‌های معمول افراد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و واکنش‌های جایگزین.	تمرین راه‌رفتن آگاهانه.
ششم	تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار، بحث درباره اذعان و پذیرش واقعیت موقعیت حاضر همان‌طور که است.	تمرین سری دوم حرکات آگاهانه بدن.
هفتم	فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بحث درباره اینکه افکار ما اغلب محتوای واقعی ندارد.	تمرین مراقبه نشسته و آگاهی باز (به هر چیزی که لحظه‌به‌لحظه وارد هشیاری می‌شود).
هشتم	بحث درباره بهترین راه برای مراقبت از خود و یادگیری برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های خوشایند، تمرین مراقبه عشق و مهربانی، تمرین واریسی بدنی، بحث درباره استفاده‌کردن از آموخته‌ها، ارزیابی آموزش، ارائه منابع بیشتر.	تمرین بررسی فعالیت‌های روزانه خوشایند در برابر ناخوشایند.

³. Dyadic Adjustment Scale

⁴. Locke-Wallace

¹ American Psychiatric Association

². Maudsley Obsessive - Compulsive Inventory

۳ یافته‌ها

بر اساس یافته‌ها، از لحاظ سنی در گروه آزمایش ۴ نفر (۲۶/۶۶ درصد) سال بودند؛ اما در گروه گواه ۳ نفر (۲۰ درصد) بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۳ نفر (۲۰ درصد) بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) بین ۴۱ تا ۴۵ سال سن داشتند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وسواس فکری- عملی و سازگاری زناشویی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به همراه نتایج تحلیل کواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
وسواس فکری- عملی	آزمایش	۱۱۱/۸۰	۲/۷۰۶	۶۷/۱۳	۲۰/۴۵	۱۹/۹۲۴	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۳۶/۰۶	۲/۶۵۰	۱۳۰/۲۶	۱۵/۱۰۰		
سازگاری زناشویی	آزمایش	۶۲/۹۳	۲/۶۱۴	۱۲۵/۲۱	۵/۰۱۰	۴۵/۷۴۷	<۰/۰۰۱
	گواه	۷۸/۶۶	۲/۲۴۲	۶۷/۵۹	۵/۰۱۰		

سرگردان است، به سمت تغییر مطلوب کمک می‌کند. ذهن‌آگاهی می‌تواند آگاهی بیشتری را درباره شرایط جسمانی و محیطی برای فرد به وجود آورد. به همین دلیل قادر است به افراد کمک کند تا در موقعیت‌های مختلف و به خصوص زمانی که حملات وسواس به شکل اجبارآمیز در انجام اعمالی خاص فرد را تحت فشار قرار می‌دهد، ذهن خود را به پدیده‌های دیگری معطوف کند و به واسطه تمرکز بر حالات هیجانی مانعی در مقابل اعمال تکرارشونده ایجاد کند. آموزش ذهن‌آگاهی به فرد مبتلا به اختلال وسواس اجبار کمک می‌کند تا تغییرات را در ذهن خود ببیند و عملکرد خود را تغییر دهد (۲۷). تغییر در ذهن به راحتی می‌تواند تغییرات عملکردی انتظار داشته را به وجود آورد؛ برخلاف روش‌های رفتاری که برون‌داد را تحت تأثیر و کنترل قرار می‌دهند، روش ذهن‌آگاهی بر درون‌داد و برون‌داد و همچنین فرایندهای زیستی پایه‌گذار رفتار وسواسی تأثیر می‌گذارد. این تغییرات به صورت جریانی و طی گام‌هایی به بیمار آموزش داده می‌شود و از او درخواست می‌شود با خودنظارتی هرگاه که گاهی را پشت سر می‌گذارد، خود را به مرحله بعد هدایت کند. همچنین هاجسون و راجمن خاطر نشان می‌کنند، روش درمانی مناسب برای بعضی از وسواس‌ها که دارای حالات هیجانی منفی و اضطراب نیستند، ولی وقت‌گیر هستند (۲۱)، کاهش تدریجی زمان است؛ ذهن‌آگاهی نیز با کنترل آگاهی لحظه‌به‌لحظه و غیرقضاوتی به شکل مرحله‌به‌مرحله، خودکنترلی، خودتنظیمی و خودنظارتی بیمار را بر رفتارهایش می‌افزاید و او را به سمت بهبودی هدایت می‌کند.

نتایج مشخص کرد، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات سازگاری زناشویی در زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی وجود دارد؛ همچنین با توجه به بیشتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، می‌توان گفت که مداخله آموزشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی، بر افزایش سازگاری زناشویی زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی تأثیر داشته است. مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در زمینه اثربخشی ذهن‌آگاهی بر سازگاری زناشویی زنان با وسواس فکری- عملی مطالعه‌ای به صورت مستقیم انجام نشده است؛ از این رو

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، بر حسب عضویت گروهی (آزمایش و گواه)، بین میانگین تعدیل‌شده نمرات وسواس فکری- عملی ($p < 0/001$) و سازگاری زناشویی ($p < 0/001$) شرکت‌کنندگان تفاوت معناداری مشاهده می‌شود؛ لذا میزان تأثیر در متغیر وسواس فکری- عملی $0/434$ و در متغیر سازگاری زناشویی $0/638$ است؛ بنابراین مداخله آموزشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی، بر کاهش وسواس فکری- عملی و افزایش سازگاری زناشویی زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی تأثیر دارد.

۴ بحث

اختلال وسواس فکری- عملی، چالشی جدی برای بیماران و نیز سیستم خانوادگی آن‌ها ایجاد می‌کند و حوزه‌های مختلفی از زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر وسواس فکری- عملی و سازگاری زناشویی زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی انجام شد. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات وسواس فکری- عملی در زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی وجود دارد؛ همچنین با توجه به کمتر بودن معنادار میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، می‌توان گفت که مداخله آموزشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی، بر کاهش وسواس فکری- عملی زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی تأثیر داشته است. یافته مذکور با مطالعات پیشین در این زمینه از جمله پژوهش‌های علیزاده و محمدی (۱۷) و فیروزآبادی و شاره (۱۸) همسوست. نتایج مطالعه علیزاده و محمدی نشان داد که تلفیق ذهن‌آگاهی با مواجهه و جلوگیری از پاسخ می‌تواند به کاهش علائم وسواسی جبری، اضطراب، افسردگی و ناراحتی بیمار منجر شود (۱۷). در پژوهش فیروزآبادی و شاره با بررسی تک‌آزمودنی مبتلا به اختلال وسواسی اجباری مشخص شد که تکنیک‌های ذهن‌آگاهی انحصالی در درمان اختلال وسواسی اجباری مؤثر است (۱۸). در تبیین یافته مذکور می‌توان گفت، آموزش ذهن‌آگاهی به رهایی فرد از افکار خودکار و ذهن که در جای دیگر

یافته مذکور به طور غیرمستقیم با نتایج برخی مطالعات از جمله بهرام مصیری و کیان ارثی (۱۵) و آشیری و همکاران (۱۶) همسوست. یافته‌های پژوهش بهرام مصیری و کیان ارثی نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند شیوه مناسبی برای کاهش علائم و سواس فکری-عملی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل باشد (۱۵). مطالعه آشیری و همکاران مشخص کرد که درمان ذهن‌آگاهی به طور معناداری منجر به افزایش رضایت مندی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می‌شود؛ همچنین آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش شدت علائم و سواس جبری مؤثر است؛ ولی رابطه معنادار نیست (۱۶).

در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت افراد دارای ذهن‌آگاهی بیشتر به محیط پیرامونی خود آگاهی بیشتری دارند و رفتارهای نسنجیده و ناپخته کمتری دارند که به افزایش سازگاری زناشویی در آن‌ها کمک می‌کند. افراد ذهن‌آگاه در اصطلاح از حالت راننده خودکار خارج می‌شوند و با کنترل بیشتری که در خود دارند، موجبات سازش بیشتر را ایجاد می‌کنند. تمرین‌های ذهن‌آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در افراد منجر می‌شود که این خودآگاهی به شکل‌گیری روابط مطلوب‌تر بین زوجین و در نتیجه سازگاری زناشویی منتهی می‌شود (۲۸). در آموزش ذهن‌آگاهی، با درک بهتر احساسات شخصی، مهارت‌های انطباقی و هوش هیجانی در افراد ارتقا می‌یابد که عاملی در جهت سازگاری و رضایت زناشویی هستند. افراد ذهن‌آگاه هنگام روبه‌رو شدن با استرس‌های محیطی، خودمهارگری بیشتر، سازگاری زیاده‌تر، نگاه مثبت به همسر و ارتباط مؤثر را تجربه می‌کنند. ذهن‌آگاهی یعنی درجه‌ای که زوج به صورت مشتاقانه ادراک خود را از همسرش در موقعیتی خاص ارزیابی مجدد می‌کند؛ این امر می‌تواند انعطاف‌پذیری را در موقعیت‌های گوناگون افزایش دهد و موجب افزایش سازگاری زناشویی زوجین شود (۲۹). در تبیین دیگر می‌توان گفت افراد دارای حضور ذهن به علت اشراف داشتن بر زمان و نرسیدن از تغییرات می‌توانند محیطی دائماً پویا و انعطاف‌پذیر در زندگی خود ایجاد کنند. این محیط پویا و انعطاف‌پذیر مانع رشد تعارضات مزمن و فاصله‌های روانی و عاطفی طولانی‌مدت می‌شود؛ تعارضات و فاصله‌های روانی که خود ایجادکننده زنجیره‌ای از مشکلات بعدی خواهند بود. نکته مهم اینکه افراد با حضور ذهن قوی به نظرات خود و همسر خود توجه زیادی دارند و این نکته به عنوان وسیله‌ای برای پویا نگه داشتن و جلوگیری از سردی روابط است و در نهایت موجب افزایش کیفیت روابط زناشویی خواهد شد.

پژوهش حاضر در میان زنان متأهل مبتلا به سواس فکری و عملی صورت گرفت؛ از این رو به دلیل نقش احتمالی عوامل زمینه‌ای،

درخصوص تعمیم نتایج باید با احتیاط عمل شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه بود و از سایر شیوه‌ها مانند مصاحبه و مشاهده استفاده نشد. همچنین یکی از محدودیت‌های پژوهش نبود دوره پیگیری بود. پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با تعداد نمونه بیشتر انجام شود. همچنین این پژوهش تنها در بین زنان انجام شد؛ لذا انتخاب آزمودنی‌ها از بین مردان می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش دهد. بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که آموزش ذهن‌آگاهی به طور معناداری موجب کاهش علائم و سواس فکری و عملی و افزایش سازگاری زناشویی زنان متأهل در مرحله پس‌آزمون شده است؛ لذا با توجه به مؤثر واقع شدن این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندی‌های این روش در زمینه درمان و سواس، استفاده گسترده از آن برای مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی پیشنهاد می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش، مداخله آموزشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی، بر کاهش و سواس فکری-عملی و افزایش سازگاری زناشویی زنان مبتلا به سواس فکری-عملی مؤثر است؛ از این رو پیشنهاد می‌شود در کنار دیگر مداخلات روان‌شناختی به عنوان درمان مکمل به کار رود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تقدیر و تشکر می‌شود.

۷ بیانیه

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب با شماره ۶۸۴۸/ص/۹۸/۱۰ است. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه شده از مرکز خدمات مشاوره و روان‌شناسی راه مهرآوران با شماره نامه ۱۲۰۵ صادر شده است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجراست.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
2. Shameli L, Mehrabzadeh Honarmand M, Naa'mi A, Davodi I. The effectiveness of emotion-focused therapy on emotion regulation styles and severity of obsessive-compulsive symptoms in women with obsessive-compulsive disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019;24(4):356-69. [Persian] doi: [10.32598/ijpcp.24.4.456](https://doi.org/10.32598/ijpcp.24.4.456)
3. Khosravi S, Naseri A. Obsessive- Compulsive prevalence investigation in Jahrom city. J Jahrom Uni Med Sci. 2017;15(3):1-8. [Persian] <http://jmj.jums.ac.ir/article-1-951-en.pdf>
4. Cath DC, Nizar K, Boomsma D, Mathews CA. Age-specific prevalence of hoarding and obsessive compulsive disorder: a population-based study. Am J Geriatr Psychiatry. 2017;25(3):245-55. doi: [10.1016/j.jagp.2016.11.006](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.11.006)

5. Jaspers-Fayer F, Han SHJ, Chan E, McKenney K, Simpson A, Boyle A, et al. Prevalence of acute-onset subtypes in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017;27(4):332–41. doi: [10.1089/cap.2016.0031](https://doi.org/10.1089/cap.2016.0031)
6. Rosa AC, Diniz JB, Fossaluzza V, Torres AR, Fontenelle LF, De Mathis AS, et al. Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. 2012;46(10):1286–92. doi: [10.1016/j.jpsychores.2012.05.019](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.05.019)
7. Güven N. Analysis of the thesis about marital adjustment (2006-2016). *International Journal of Psychology and Educational Studies*. 2017;4(2):54–63.
8. Brandão T, Pedro J, Nunes N, Martins MV, Costa ME, Matos PM. Marital adjustment in the context of female breast cancer: A systematic review. *Psychooncology*. 2017;26(12):2019–29. doi: [10.1002/pon.4432](https://doi.org/10.1002/pon.4432)
9. Vulink NCC, Denys D, Bus L, Westenberg HGM. Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder? *J Affect Disord*. 2006;91(1):19–25. doi: [10.1016/j.jad.2005.12.006](https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.006)
10. Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *Am J Orthopsychiatry*. 1996;66(2):296–304. doi: [10.1037/h0080180](https://doi.org/10.1037/h0080180)
11. Emmelkamp PM, de Haan E, Hoogduin CA. Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 1990;156:55–60. doi: [10.1192/bjp.156.1.55](https://doi.org/10.1192/bjp.156.1.55)
12. Ahmadi Bejagh S, Bakhshpour B, Faramarzi M, boube. The effectiveness of group mindfulness –Based cognitive Therapy on obsessive-compulsive disorder, metacognition beliefs and rumination. *Clinical Psychology Studies*. 2015;5(20):79–109. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_1862_0794bb9d7a6a99a6ef0b2367bba239c8.pdf
13. Potek R. *Mindfulness as a School-Based Prevention Program and Its Effect on Adolescent Stress, Anxiety and Emotion Regulation*. Ann Arbor, USA: ProQuest LLC; 2012.
14. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2013.
15. Bahrammasir A, Kiyani-Ersi F. The effectiveness of mindfulness training on reduction of obsessive compulsive disorder symptoms and increase marital satisfaction of married women. *J Arak Uni Med Sci*. 2019;21(7):18–27. [Persian] <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5599-en.pdf>
16. Ashiri S, Nasirian M, Zareimahmoudabadi H. Determine the effect of a mindfulness training on marital satisfaction and obsessive - compulsive womenin Yazd. *Tolooebehdasht*. 2016;14(6):221–31. [Persian] <http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-1988-en.pdf>
17. Alizadeh A, Mohammadi A. The effectiveness of mindfulness based exposure therapy in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2014;12(3):342–50. [Persian]
18. Firouzabadi A, Shareh H. Effectiveness of detached mindfulness techniques in treating a case of obsessive compulsive disorder. *Advances in Cognitive Science*. 2009;11(2):1–7. [Persian] <http://icssjournal.ir/article-1-32-en.pdf>
19. Amani M, Abolghasemi A, Ahadi B, Narimani M. The prevalence of obsessive-compulsive disorder among the women 20 to 40 years old of Ardabil city, Western part of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2013;15(59):233–42. [Persian] doi: [10.22038/jfmh.2013.1897](https://doi.org/10.22038/jfmh.2013.1897)
20. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther*. 1977;15(5):389–95. doi: [10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
21. Delavar A. *Educational and Psychological Research*. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]
22. Sternberger LG, Burns GL. Obsessions and compulsions: psychometric properties of the Padua Inventory with an American college population. *Behav Res Ther*. 1990;28(4):341–5. doi: [10.1016/0005-7967\(90\)90087-y](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90087-y)
23. Dadfar M, Bolhari J, Dadfar K, Bayanzadeh SA. Prevalence of the obsessive-compulsive disorder symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2001;7(1):27–33. [Persian] <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1963-en.pdf>
24. Spanier GB. Dyadic Adjustment Scale. In: Sherman R, Fredman N. *Handbook Of Measurements for Marriage and Family Therapy*. Routledge; 1978. pp:52–8.
25. Molazadeh J, Mansour M, Ezhehei J, Kiamanesh A. Coping styles and marital adjustment among martyrs' children. *Journal of Psychology*. 2002;6(3):255–75. [Persian]
26. van Son J, Nyklíček I, Pop VJ, Blonk MC, Erdtsieck RJ, Pouwer F. Mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes and emotional problems: long-term follow-up findings from the DiaMind randomized controlled trial. *J Psychosom Res*. 2014;77(1):81–4. doi: [10.1016/j.jpsychores.2014.03.013](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.013)
27. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol*. 2006;62(3):373–86. doi: [10.1002/jclp.20237](https://doi.org/10.1002/jclp.20237)
28. Bagheri S, Sajjadian I. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction treatment on the severity of symptoms and pain catastrophizing in students with premenstrual dysphoric disorder. *Anesthesiology and Pain*. 2018;9(3):52–65. [Persian] <http://jap.iuums.ac.ir/article-1-5394-en.pdf>
29. Hoseyni O, Khajooyi Zadeh Z. The relationship between mindfulness and marital satisfaction among married women and men working in the kurdistan welfare organisation. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*. 2015;1(2):14–24. [Persian] <http://fpcej.ir/article-1-94-en.pdf>