

# Determining the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Avoidance and Marital Intimacy in Women with Obsessive-Compulsive Disorder

Gharibdoust M<sup>1</sup>, \*Nasri K<sup>2</sup>, Behfar M<sup>3</sup>, Tayebi A<sup>4</sup>

## Author Address

1. MA, Positive Islamic Psychology, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran;  
2. MA, Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science Research Branch, Tehran, Iran;  
3. Students of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ferdows Branch, Ferdows, Iran;  
4. MA, Positive Psychology, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran.

\*Corresponding Author's Email: [majidgharibdoust@gmail.com](mailto:majidgharibdoust@gmail.com)

Received: 2020 April 20; Accepted: 2020 May 13

## Abstract

**Background & Objective:** Obsessive–Compulsive Disorder (OCD) is a chronic and debilitating neurotic disorder classified under the sixth class of disorders in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Over the past few decades, many studies have aimed to identify the psychological factors contributing to the onset and persistence of OCD, with each study examining one of the components involved in the disorder. One such component is cognitive avoidance, which involves using mental strategies to change thoughts and ideas during social interactions, ultimately creating conditions conducive to worry. In addition to reducing symptoms, OCD patients must seek treatments that improve marital intimacy. Mindfulness–based cognitive therapy (MBCT) is one such therapy that can be employed. MBCT encompasses a variety of meditations, yoga stretching, basic training on depression, bodybuilding exercises, and several cognitive therapy exercises that highlight the relationship between mood, thoughts, and emotions. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of MBCT on cognitive avoidance and marital intimacy in women with OCD.

**Methods:** The quasi–experimental study used a pretest–posttest design with a control group. The study population comprised married women with OCD seeking treatment at clinics in the eighth district of Tehran City, Iran, the spring and summer of 2019. Through the available sampling method, 30 eligible female candidates were selected and randomly assigned to either an experimental or control group. The experimental group underwent 8 sixty–minute sessions of MBCT based on Sigal et al. (2018) protocol, while the control group did not receive any intervention. Data collection tools included Maudesley Obsessive–Compulsive Disorder Scale (Goodman et al., 1989), Cognitive Avoidance Scale (Sexton and Douglas, 2009), and Marital Intimacy Scale (Walker and Thomson, 1983). To analyze the data, a multivariate analysis of covariance test was used at a significance level of  $\alpha = 0.05$  in SPSS software version 22.

**Results:** After the intervention, the experimental group exhibited a significant decrease ( $p < 0.001$ ) in cognitive avoidance scores and an increase in marital intimacy scores ( $p < 0.001$ ) compared to the control group.

**Conclusion:** According to this study's findings, MBCT effectively reduced cognitive avoidance and increased marital intimacy in women with OCD. Therefore, this treatment is recommended for counseling centers and psychological services to improve the gynecological problems of patients with OCD.

**Keywords:** Mindfulness, Cognitive Avoidance, Marital Intimacy, Obsessive–Compulsive Disorder.

# تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اجتناب شناختی و صمیمیت زناشویی در زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی

مجید غریب دوست<sup>۱</sup>، \* کوثر نصری<sup>۲</sup>، مریم بهفر<sup>۳</sup>، اکرم طیبی<sup>۴</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روانشناسی مثبت‌گرای اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران؛

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران؛

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فردوس، فردوس، ایران؛

۴. کارشناس ارشد روانشناسی مثبت‌گرا، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

\* رابانامه نویسنده مسئول: [majidgharibdoust@gmail.com](mailto:majidgharibdoust@gmail.com)

تاریخ دریافت: ۱ اردیبهشت ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۲۴ اردیبهشت ۱۳۹۹

## چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال وسواس فکری-عملی، چالشی جدی برای بیماران و نیز سیستم خانوادگی ایجاد می‌کند و حوزه‌های مختلفی از زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ لذا هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اجتناب شناختی و صمیمیت زناشویی در زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی بود.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر کاربردی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی زنان متأهل مبتلا به وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های منطقه هشت شهر تهران در شش ماه نخست سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. تعداد سی زن داوطلب واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سیگال و همکاران (۲۰۱۸) به مدت هشت جلسه شصت دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد؛ درحالی‌که افراد گروه گواه، مداخله درمانی مذکور را دریافت نکردند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل مقیاس وسواس فکری-عملی مادزلی (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹)، مقیاس اجتناب شناختی (سکستون و دوگاس، ۲۰۰۹) و مقیاس صمیمیت زناشویی (واکر و تامسون، ۱۹۸۳) بود. به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در سطح معناداری  $\alpha=0/05$  استفاده شد.

**یافته‌ها:** پس از مداخله، نمرات اجتناب شناختی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری کاهش یافت ( $p<0/001$ ). همچنین نمرات صمیمیت زناشویی افزایش پیدا کرد ( $p<0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اجتناب شناختی و افزایش صمیمیت زناشویی زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی مؤثر است.

**کلیدواژه‌ها:** ذهن آگاهی، اجتناب شناختی، صمیمیت زناشویی، وسواس فکری-عملی.

وسواس فکری-عملی<sup>۱</sup>، اختلالی مزمن و ناتوان‌کننده نوروتیک است که اختلالات مربوط به ششمین طبقه اختلالات را در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در بر می‌گیرد (۱). علائم مشخصه این اختلال، حضور افکار وسواسی و اعمال اجباری بوده که ویژگی عمده آن‌ها (افکار و رفتارها)، لذت‌بخش نبودن برای فرد مبتلا است؛ ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌اش کاسته شود (۲). محققان تخمین می‌زنند، ۱۰ درصد از بیماران سرپایی در کلینیک‌ها و مطب‌ها دارای اختلال وسواس فکری هستند و چهارمین بیماری روانی شایع است (۳). نرخ شیوع دوازده‌ماهه برای وسواس فکری-عملی در سطح جهانی ۱/۸ تا ۱ درصد است و شیوع مادام‌العمر اختلال وسواس فکری-عملی در ایران برای جمعیت عمومی ۱/۸ درصد و در درمانگاه‌های روان‌پزشکی تا ۶ درصد تخمین زده می‌شود (۴). وسواس‌های شایع‌تر فکری شامل ترس از آلودگی، تکانه‌های جنسی با پرخاشگرانه، مشکلات بدنی، مذهب، تقارن و نظم است. به عبارت دیگر علائم اختلال وسواس فکری چهار بُعد اصلی دارد: وسواس‌های فکری در زمینه وسواس‌های عملی واری‌کردن؛ نیاز به تقارن و نظم؛ پاکیزگی و شستن؛ رفتارهای مربوط به احتکار (۵).

در چند دهه قبل، مطالعات زیادی برای شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در شروع و تداوم اختلالات وسواس فکری-عملی انجام شده و هریک به نوعی، یکی از مؤلفه‌های دخیل در این اختلال را بررسی کرده است. یکی از این مؤلفه‌ها، اجتناب شناختی<sup>۲</sup> است. اجتناب شناختی انواع استراتژی‌های ذهنی است که توسط آن‌ها افراد در طی ارتباطات اجتماعی نظر خود را تغییر می‌دهند. به عبارت دیگر، افراد سعی می‌کنند افکار و ایده‌های ذهنی خود را تغییر دهند تا شرایطی را به وجود آورند که در آن بتوانند از نگرانی‌های محیطی خلاص شوند (۶). اجتناب شناختی مستلزم سرکوب افکارهای ناخوشایند و به یادماندنی است و با دور کردن آن‌ها از ذهن، حواس‌پرتی، جلوگیری از تهدید محرک‌ها و تبدیل خیال به فکر انجام می‌شود و ذهن را از افکار مزاحم منحرف می‌کند (۷). مطالعه رومن و همکاران مشخص کرد، افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی، اجتناب شناختی را به صورت اعمالی مانند حواس‌پرتی، سرکوب افکار مزاحم و جایگزینی افکار مزاحم با افکار خنثی نشان می‌دهند (۸). در همین راستا سلیمانی و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند، اجتناب شناختی به عنوان راهکار کنترل ذهن رابطه مثبتی با افزایش علائم وسواس فکری-عملی دارد (۹).

اختلال وسواس فکری، چالشی بلندمدت جدی برای بیماران و سیستم خانوادگی آنان است که بخش‌های مختلف زندگی شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از این حوزه‌ها صمیمیت زناشویی<sup>۳</sup> و تأثیرات آن بر شخص و خانواده وی است (۱۰). صمیمیت را می‌توان به صورت ترکیبی از دوست داشتن و عاطفه، آشکارسازی و ابراز کردن، سازگاری، یکپارچگی، ارتباط جنسی، حل کردن تعارضات، خودپیروی و همانندی

تعریف کرد (۱۱). همچنین صمیمیت را توانایی برقرارکردن ارتباط با دیگران و بیان عواطف با حفظ فردیت توصیف می‌کنند (۱۲)؛ در نتیجه می‌توان گفت، صمیمیت، نیازی اساسی انسانی بوده و فرایندی مهم در توسعه روابط دوستانه شناخته شده است؛ به علاوه روندی تعاملی، پویا و ترکیبی شامل ابعاد عاطفی، روانی، عقلانی، جنسی، جسمی، معنوی، اجتماعی، تفریحی و زیبایی شناختی است (۱۳). آبی و همکاران گزارش کردند، بیماران وسواسی، به علت فقدان صمیمیت جنسی مستعد مشکلات زناشویی هستند (۱۴). بیماری وسواس، توانایی فرد را برای برقراری رابطه‌ای صمیمانه و نزدیک تحت تأثیر قرار می‌دهد. درواقع بیماران وسواسی به علت نگرانی از آشکارکردن افکار و احساساتشان، صمیمیت عاطفی کمتری از خود نشان می‌دهند (۱۵). از چالش‌هایی که امروزه درمانگران با آن روبه‌رو هستند، ارائه راهبردهای درمانی مؤثر برای مراجعان است تا بتوانند در سایه آن، انواع مشکلات خود را در زمینه‌های مختلف زندگی فردی و خانوادگی حل کنند. رویکردهای سنتی عمدتاً بر علائم و نشانه‌های بیماری تمرکز دارد و کمتر به صمیمیت زناشویی و مفاهیم مرتبط با آن توجه کرده است؛ با این حال، تغییر علائم لزوماً نشان‌دهنده تغییر در بهبودی فرد نیست؛ اما بیماران وسواسی باید به دنبال درمانی باشند که علاوه بر کاهش علائم، صمیمیت زناشویی آن‌ها را بهبود بخشد (۱۶). یکی از این درمان‌ها شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۴</sup> است (۱۷). ذهن‌آگاهی نوعی آگاهی است که وقتی به تجربیات خود با موضوعی خاص نگاه می‌کنیم شکل می‌گیرد؛ همچنین با تمرکز بر هدف (تمرکز واضح بر جنبه‌های مشخصی از تجربه) و در زمان حال (وقتی ذهن دنبال گذشته یا آینده می‌رود ما آن را به زمان حال بر می‌گردانیم) و بدون قضاوت (فرایندی که با روحیه پذیرش پذیرفته می‌شود) همراه است (۱۸). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شامل مراقبه‌های مختلف، کشش یوگا، آموزش‌های اساسی درباره افسردگی، تمرینات بررسی بدن و چندین تمرین شناخت درمانی نشان‌دهنده رابطه خلق و خوی، افکار و احساسات، می‌شود (۱۹). مطالعات متعددی شواهد درخور توجهی را درباره مزایای تمرین‌های ذهن‌آگاهی برای افراد مواجه با انواع مشکلات سلامتی، نشان داده است (۲۰، ۲۱)؛ به عنوان مثال اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر نشخوار ذهنی زنان دارای وسواس (۲۲)، کاهش علائم وسواس فکری-عملی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل (۲۳)، همجوشی شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (۲۴)، نشخوار فکری و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به وسواسی-جبری (۲۵)، وسواس فکری-عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری (۲۶)، کاهش علائم اختلال وسواس-اجبار (۲۷)، افزایش رضایتمندی زناشویی (۲۸) و کاهش اجتناب شناختی افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی (۲۹) تأیید شد. اختلال وسواس فکری توجه بسیاری از روان‌شناسان، روان‌پزشکان و محققان را به خود جلب کرده است و از مشکلات بسیار جدی سلامت روان به شمار می‌رود (۳۰). همچنین شدت و استمرار این اختلال گاه به حدی می‌رسد که نیرو و کارایی فرد را کاملاً کاهش می‌دهد و اثری

<sup>3</sup>. Marital Intimacy

<sup>4</sup>. Mindfulness-based Cognitive Therapy

<sup>1</sup>. Obsessive-Compulsive Disorder

<sup>2</sup>. Cognitive Avoidance

فلج‌کننده در زندگی شخصی و اجتماعی و زندگی زناشویی به جا می‌گذارد (۳۱). باید اشاره کرد که درمان نشدن اختلال وسواس فکری- عملی می‌تواند به بروز آسیب‌های بیشتر و نیز پدیدآیی آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی دیگر همچون افسردگی در نزد این افراد منجر شود (۳۲)؛ لذا لزوم به‌کارگیری مداخلات غیردارویی و روان‌شناختی ضرورت پیدا می‌کند. در همین راستا امروزه ذهن‌آگاهی یکی از درمان‌های مطرح در جهان است که در شرایط مختلف و برای افراد سالم و بیمار کاربرد دارد. از سویی همان‌طور که مرور پیشینه پژوهش نشان داد در زمینه مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر وضعیت شناختی و زندگی زناشویی بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی پژوهش‌هایی انجام شده است؛ اما درباره درمان مذکور بر اجتناب شناختی و صمیمیت زناشویی مطالعه‌ای صورت نگرفته است و در این زمینه خلأ پژوهشی وجود دارد؛ از این رو مطالعه حاضر در راستای حل این خلأ و با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی و صمیمیت زناشویی در زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی انجام شد.

## ۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی زنان متأهل مبتلا به وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های منطقه هشت شهر تهران در شش ماه نخست سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره همیار (زیر نظر سازمان نظام روان‌شناسی) که به‌طور داوطلبانه تمایل به شرکت داشتند، تعداد سی زن با نمره بیشتر از ۱۵ در پرسش‌نامه وسواس اجباری گودمن و همکاران و نیز دارای دیگر ملاک‌های ورود و خروج، به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. از آنجاکه در تحقیقات مشابه و مداخله‌ای حجم هر گروه پانزده نفر انتخاب شده است، در این پژوهش نیز برای هر گروه پانزده نفر انتخاب شدند (۳۳). ملاک‌های ورود شامل ابتلای زنان متأهل به اختلال وسواس فکری و عملی پس از مصاحبه توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی برپایه ملاک‌های انجمن روان‌پزشکی آمریکا، استفاده نکردن از دارو، فاقد سابقه بستری در بیمارستان، کسب نمره بیشتر از ۱۵ براساس پرسش‌نامه وسواس اجباری گودمن و همکاران، قراردادن در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، سپری شدن حداقل یک سال از ازدواج آن‌ها به‌طور رسمی، دارای سطح تحصیلات حداقل دیپلم، رضایت آگاهانه و تمایل به همکاری در پژوهش بود. ملاک‌های خروج، همکاری نکردن و غیبت در بیش از دو جلسه آموزشی در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های زیر بود.

– مقیاس وسواس فکری- عملی مادزلی<sup>۱</sup> (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹): این مقیاس توسط گودمن و همکاران در سال ۱۹۸۹ ساخته شد. از ده سؤال و دو خرده‌مقیاس افکار وسواسی (سؤالات ۱ تا ۵) و رفتارهای وسواسی (سؤالات ۶ تا ۱۰) تشکیل شده است. در هر دو

مقیاس، شدت علائم در هفت روز قبل از مصاحبه ارزیابی می‌شود. نمره صفر در صورت نبود مشکل و نمره ۴ به مشکل خیلی زیاد تعلق می‌گیرد. نمره برش به‌صورت نمره کمتر از ۱۰ (علائم و نشانه‌های بسیار خفیف)، نمره بین ۱۰ تا ۱۵ (علائم و نشانه‌های نسبتاً خفیف)، نمره بین ۱۶ تا ۲۵ (علائم و نشانه‌های متوسط) و نمره بیشتر از ۲۵ (علائم و نشانه‌های شدید) است (۳۴). گودمن و همکاران به‌منظور سنجش پایایی این مقیاس، آلفای کرونباخ را به‌کار بردند و ضریب همبستگی آن برای خرده‌مقیاس‌های وسواس فکری ۰/۹۷ و عملی ۰/۹۶ و برای کل مقیاس ۰/۹۸ به‌دست آمد؛ همچنین، برای محاسبه روایی مقیاس، از همبستگی هر آیتام با نمره کل استفاده کردند که در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۷۷ حاصل شد (۳۴). در ایران در پژوهش دادفر و همکاران، پایایی بین مصاحبه‌کنندگان، ۰/۹۸، ضریب همسانی درونی آن، ۰/۸۹ و ضریب پایایی آن به‌روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ۰/۸۴ به‌دست آمد (۳۵).

– مقیاس اجتناب شناختی<sup>۲</sup> (سکستون و دوگاس، ۲۰۰۹): این پرسش‌نامه ۲۵ سؤالی توسط سکستون و دوگاس در سال ۲۰۰۹ ساخته و اعتباریابی شد. پرسش‌نامه پنج خرده‌مقیاس شامل بُعد فرونشانی (سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۱۴)، جانشینی فکر (۴، ۱۱، ۱۷، ۲۰، ۲۵)، حواس‌پرتی (سؤالات ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۲۱)، اجتناب از محرک تهدیدکننده (سؤالات ۷، ۹، ۱۶، ۱۸، ۲۲) و تصورات مربوط به افکار (سؤالات ۳، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۴) را در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از هرگز = ۱ تا همیشه = ۵ می‌سنجد (۶). سکستون و دوگاس پایایی پرسش‌نامه را به‌روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ و به‌روش بازآزمایی پس از چهار هفته برابر ۰/۸۱ گزارش کردند. پایایی پنج خرده‌مقیاس آن به‌روش آلفای کرونباخ به‌ترتیب برای فرونشانی فکر ۰/۹۰، جانشینی فکر ۰/۷۱، حواس‌پرتی ۰/۸۹، اجتناب از محرک تهدیدکننده ۰/۹۰ و تبدیل تصور به فکر ۰/۸۴ به‌دست آمد. همچنین پرسش‌نامه اجتناب شناختی در مقایسه با مقیاس‌های نگرانی، سرکوبی، افکار و سبک‌های مقابله‌ای اعتبار همگرا و واگرای بهتری دارد (۶). در پژوهش فوارق و همکاران ضریب پایایی مقیاس به‌روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تصورات مربوط به افکار به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۷۱، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ بود و ضریب روایی پرسش‌نامه از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر برابر ۰/۴۸ به‌دست آمد (۳۶).

– مقیاس صمیمیت زناشویی<sup>۳</sup> (واکر و تامسون، ۱۹۸۳): این پرسش‌نامه ۱۷ سؤالی توسط واکر و تامسون در سال ۱۹۸۳ ساخته شد و با استفاده از مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت (۱=هرگز تا ۷=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود؛ لذا دامنه نمرات بین ۱۷ تا ۱۱۹ است. نمره بیشتر به‌معنای صمیمیت زناشویی بیشتر است (۳۷). واکر و تامسون روایی ابزار را با روش تحلیل عاملی تأیید کردند و پایایی آن را در پژوهش‌های متفاوت با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ به‌دست آوردند (۳۷). در تحقیق حیدری و اقبال، ضرایب پایایی پرسش‌نامه صمیمیت با استفاده

<sup>۳</sup>. Marital Intimacy Scale

<sup>۱</sup>. Maudsley Obsessive – Compulsive Inventory

<sup>۲</sup>. Cognitive avoidance Scale

از روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه شد و به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۵ بود که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسش‌نامه مذکور است (۳۸).

در مرحله اجرا ابتدا پس از توضیحات کامل و روشن درباره اهداف و روش انجام پژوهش و رعایت ملاحظات اخلاقی از قبیل محرمانه ماندن نام و اطلاعات، پژوهشگر از بیماران درخواست کرد به پرسش‌نامه‌ها با دقت پاسخ دهند (پیش‌آزمون). سپس جلسات درمان براساس پروتکل جلسات آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برپایه راهنمای

جدول ۱. برنامه مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

| جلسه | عناوین جلسات                                                                                            | فعالیت                           |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| ۱    | بیان اهداف جلسات درمانی و انجام پیش‌آزمون، هدایت خودکار، آموزش آگاهی (استفاده از بدن به عنوان یک کانون) | تمرین خوردن کشمش                 |
| ۲    | رویاری با موانع، آگاهی از وقایع خوشایند                                                                 | تمرین واری بدن                   |
| ۳    | حضور ذهن از تنفس، مراقبه نشسته (به عنوان تمرین حضور ذهن)، سرگردانی ذهن                                  | تمرین دیدن یا شنیدن              |
| ۴    | ماندن در زمان حال، کشف تجربه (دل‌بستگی و بیزاری)                                                        | تمرین مراقبه/یوگا                |
| ۵    | ایجاد رابطه‌ای متفاوت با تجربه، به ذهن آوردن عمدی دشواری و مشکلات                                       | فضای تنفس سه دقیقه‌ای            |
| ۶    | رویاری با افکار در رویکرد حضور ذهن، دیدن نوار در ذهن برای آگاهی از آنچه در ذهن می‌گذرد                  | تمرین ایستادن پشت آبشار          |
| ۷    | زمان طاق‌فرسای بودن استرس، برنامه‌هایی برای پیشگیری از استرس                                            | تمرین مشاهده ارتباط فعالیت و خلق |
| ۸    | بازنگری مطالب گذشته، نگاه رو به جلو، حضور ذهن روزانه، آینده، اختتامیه و جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون        | تمرین واری بدن و بازنگری تکالیف  |

آزمون لوین، بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین متغیرها از طریق آزمون خی‌دو بارتلت)، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در سطح معناداری  $\alpha=0/05$  استفاده شد.

### ۳ یافته‌ها

باتوجه به نتایج ارائه شده در جدول ۲، تعداد آزمودنی در گروه آزمایش و گروه گواه هر کدام برابر با پانزده نفر بود. طبق نتایج آزمون خی‌دو، از لحاظ توزیع متغیر سن در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ( $p=0/306$ ).

جدول ۲. توزیع متغیر سن به تفکیک گروه‌های بررسی شده

| شاخص    | گروه         | آزمایش |       |       |       |
|---------|--------------|--------|-------|-------|-------|
|         |              | تعداد  | درصد  | تعداد | درصد  |
| گروه سن | ۲۰ تا ۳۰ سال | ۴      | ۲۶/۳۳ | ۲     | ۱۳/۳۳ |
|         | ۳۱ تا ۴۰ سال | ۶      | ۴۰    | ۸     | ۵۳/۳۴ |
|         | ۴۱ تا ۵۰ سال | ۵      | ۳۳/۳۳ | ۵     | ۳۳/۳۳ |
|         | مجموع        | ۱۵     | ۱۰۰   | ۱۵    | ۱۰۰   |

زناشویی در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد، فرض همسانی شیب رگرسیونی رد نمی‌شود. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها مشخص کرد، واریانس متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های فرونشانی، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده، تصورات مربوط به افکار و صمیمیت زناشویی) یکسان است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گروه گواه نیز نشان داد،

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل حضور داوطلبانه اعضا در جلسات درمان، تکمیل شدن پرسش‌نامه‌ها با میل و رغبت توسط اعضا، برنامه‌ریزی مناسب برای اجرای جلسات و محرمانه ماندن اطلاعات و نام افراد در پژوهش بود. همچنین به منظور تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و در بخش توصیفی، میانگین و انحراف معیار به کار رفت. از آزمون خی‌دو و بعد از تأیید پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس (نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگوروف اسمیرنف، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ام‌باکس، یکسان بودن شیب خط رگرسیونی و همگنی واریانس‌ها با استفاده از

به منظور بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مؤلفه‌های اجتناب شناختی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. در آزمون کولموگوروف اسمیرنف باتوجه به مقدار احتمال محاسبه شده برای مؤلفه‌های اجتناب شناختی و متغیر صمیمیت زناشویی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه گواه و آزمایش فرض نرمالیتی رد نشد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجتناب شناختی و صمیمیت

ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است. نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین متغیرها مشخص کرد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنادار است. پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های اجتناب شناختی و متغیر صمیمیت زناشویی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به همراه نتایج آنالیز کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

| متغیر                 | گروه   | پیش‌آزمون |              | پس‌آزمون |              | مقایسه پس‌آزمون |         |
|-----------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|-----------------|---------|
|                       |        | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار | مقدار F         | مقدار p |
| فرونشانی              | آزمایش | ۱۴/۴۸     | ۲/۷۶۴        | ۱۱/۵۳    | ۳/۵۸۱        | ۲۲/۴۶۷          | <۰/۰۰۱  |
|                       | گواه   | ۱۴/۰۱     | ۳/۲۷۸        | ۱۳/۱۲    | ۳/۱۱۶        |                 |         |
| جانشینی فکر           | آزمایش | ۱۳/۴۷     | ۲/۴۷۵        | ۹/۹۳     | ۱/۷۹۲        | ۲۰/۱۲۱          | <۰/۰۰۱  |
|                       | گواه   | ۱۲/۸۰     | ۲/۶۷۸        | ۱۲/۲۷    | ۳/۰۳۵        |                 |         |
| حواس‌پرتی             | آزمایش | ۱۴/۴۰     | ۳/۴۲۳        | ۱۱/۷۹    | ۲/۹۶۲        | ۷/۷۳۰           | <۰/۰۰۱  |
|                       | گواه   | ۱۳/۲۷     | ۴/۲۷۴        | ۱۲/۵۳    | ۳/۵۴۳        |                 |         |
| اجتناب از محرک        | آزمایش | ۱۷/۴۰     | ۳/۵۸۲        | ۱۵       | ۳/۱۱۷        | ۱۸/۶۹۸          | <۰/۰۰۱  |
|                       | گواه   | ۱۶/۸۷     | ۳/۴۲۰        | ۱۶/۱۳    | ۳/۰۴۴        |                 |         |
| تصورات مربوط به افکار | آزمایش | ۱۸/۸۰     | ۶/۶۸۹        | ۱۶/۱۰    | ۶/۳۱۴        | ۱۴/۷۹۴          | <۰/۰۰۱  |
|                       | گواه   | ۱۸/۸۷     | ۵/۵۲۷        | ۱۷/۶۷    | ۵/۳۹۴        |                 |         |
| صمیمیت زناشویی        | آزمایش | ۶۷/۴۷     | ۷/۵۶۸        | ۷۰/۶۰    | ۸/۲۴۴        | ۲۱/۱۴۴          | ۰/۰۰۱   |
|                       | گواه   | ۶۷/۴۸     | ۶/۹۱۹        | ۶۷/۷۷    | ۶/۸۸۳        |                 |         |

افزایش خودآگاهی، اجتناب شناختی افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی را کاهش دهد (۲۹). در همین راستا مطالعات فرهادی و همکاران از اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر نشخوار ذهنی زنان دارای وسواس (۲۱)، سلطانی و محمدی‌فرد از آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوارهای ذهنی و اضطراب اجتماعی زنان دارای وسواس (۲۲) و احمدی بیجا و همکاران از تأثیر گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش وسواس فکری-عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری دانشجویان دختر با اختلال وسواس فکری-عملی حکایت داشت (۲۶).

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد، ذهن‌آگاهی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی به زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی باری می‌رساند تا درباره الگوهای افکار، عواطف، هیجانات و رفتارهای اتوماتیک خود به بینش و بصیرت دست یابند. سپس بتوانند به صورت ماهرانه پاسخ‌های هدفمند مفید را انتخاب کنند؛ به جای آنکه به طور خودکار با روش‌های خوگرفته و ناهشیار در برابر وقایع محیطی واکنش نشان دهند (۲۹). از طرفی باید اشاره کرد که زنان دارای اختلال وسواس فکری-عملی به علت تحمل ابهام کم و استفاده از پاسخ‌های شناختی، روان‌شناختی و هیجانی خوگرفته، توانایی روان‌شناختی برای تولید پاسخ‌های شناختی نوآورانه را در خود ادراک نمی‌کنند؛ بنابراین، درمان ذهن‌آگاهی با ایجاد تغییر در ساختار عواطف، احساسات، هیجانات و افکار زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی آن‌ها را قادر می‌سازد که با آگاهی از فرایندهای شناختی و فراشناختی خود بتوانند بدون رنج از ابهام، پاسخ‌های جدیدی را در فرایند شناختی خود ایجاد کنند و بروز دهند و از هم‌تنیدگی و همجوشی با پردازش‌های شناختی خود

براساس جدول ۳، می‌توان نتیجه گرفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی و صمیمیت زناشویی در زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی مؤثر است ( $p < 0.001$ ). مقدار ضریب اتا برای مؤلفه‌های فرونشانی (۰/۴۹۴)، جانشینی فکر (۰/۴۶۷)، حواس‌پرتی (۰/۲۵۲)، اجتناب از محرک (۰/۴۴۸)، تصورات مربوط به افکار (۰/۳۹۱) و صمیمیت زناشویی (۰/۴۳۹) به دست آمد که نشان‌دهنده میزان تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش مؤلفه‌های اجتناب شناختی و افزایش صمیمیت زناشویی در زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی بود.

#### ۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی و صمیمیت زناشویی در زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی انجام شد. نتایج نشان داد، نمرات اجتناب شناختی و مؤلفه‌های آن پس از مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری کاهش یافته است؛ لذا براساس یافته‌های این پژوهش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند شیوه مناسبی برای کاهش اجتناب شناختی در زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی باشد. نتیجه به دست آمده در راستای نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسوست. نتایج پژوهش پاشا و سراج خرمی حاکی از آن بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش نشخوار فکری و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری می‌شود (۲۵). همچنین در مطالعه‌ای کروسکا و همکاران دریافتند، درمان ذهن‌آگاهی می‌تواند با

اجتناب ورزند (۲۴)؛ لذا زمینه کاهش اجتناب شناختی را فراهم می‌کند. درواقع این شیوه درمانی با استفاده از فن‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ازجمله آموزش انعطاف‌پذیری شناختی، بهبود توجه، تمرکززدایی، غنی‌سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی درباره نشخوار فکری و نیز تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، افراد وسواسی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدید و نگرانی رها می‌کند؛ ازاین‌رو کاهش نگرانی و تقلیل راهبردهای اجتناب شناختی را در پی خواهد داشت.

دیگر یافته پژوهش نشان داد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش صمیمیت زناشویی زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی تأثیر معناداری دارد. در زمینه اثربخشی یافته مذکور در مطالعات پیشین، پژوهشی به‌صورت مستقیم انجام نشده است؛ اما یافته به‌دست‌آمده به‌طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های مشابه پیشین همخوانی دارد. به‌طور مثال همسو با یافته بیان‌شده بهرام مصیری و کیان ارثی در مطالعه خود دریافتند، آموزش ذهن‌آگاهی سبب افزایش معناداری در رضایت زناشویی وسواس فکری-عملی زنان متأهل می‌شود (۲۳). در همین راستا پژوهش آشیری و همکاران نشان داد، آموزش ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری، رضایتمندی زناشویی زنان متأهل دارای اختلال وسواسی-جبری شهر یزد را افزایش داده است (۲۸). در تبیین یافته مذکور می‌توان گفت، آموزش ذهن‌آگاهی باعث آگاهی فرد از چرخه‌های معیوب شناختی خود می‌شود و این امر از لحاظ شناختی، افکار منفی را کاهش می‌دهد. همچنین تنش، دل‌زدگی و تعارضات زناشویی را در این افراد کم می‌کند و در نتیجه سبب افزایش صمیمیت زناشویی می‌شود (۴۰). زمانی که انسان بتواند آزادانه از الگوهای عادی خود رهایی پیدا کند می‌تواند با آرامش پاسخ‌های خردمندانه‌تری را به مشکلات ارتباطی نشان دهد و آمادگی رویارویی با حوادث و احساسات ناخوشایند را داشته باشد. رشد شخصیتی و ارتباطی ناشی از آموزش ذهن‌آگاهی افراد را از خطر ناپایداری حفظ می‌کند؛ همچنین در روابط خود رضایت بیشتری را گزارش خواهند کرد که رضایت بیشتر با صمیمیت بین آن‌ها رابطه دارد (۴۱). افراد ذهن‌آگاه هنگام روبه‌رو شدن با استرس‌های محیطی، خودمهارگری بیشتر، سازگاری زیاده‌تر، نگاه مثبت به همسر و ارتباط مؤثرتر را تجربه می‌کنند (۴۲) و این موضوعات باعث افزایش صمیمیت زناشویی می‌شود. به عبارتی دیگر می‌توان گفت، در نتیجه آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی افراد یاد می‌گیرند پذیرنده احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود باشند و با کنترل افکار و هیجانات و پذیرش این احساسات، سطح کیفیت زندگی و هیجانات مثبت آنان بهبود می‌یابد. با افزایش ذهن‌آگاهی، قدرت تنظیم هیجان و خودمدیریتی آنان افزایش پیدا می‌کند و آن‌ها قادر می‌شوند به‌شکل کاملاً مستقیمی هیجانات ناشی از افکار وسواسی-عملی را کنترل کنند؛ در نتیجه سطح صمیمیت زندگی زناشویی آنان تغییر می‌یابد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر کنترل‌نشدن تمامی متغیرهای مزاحم بود؛ به‌طور مثال محدودیت اثر سوگیری پاسخ‌دهنده آزمون را نمی‌توان اداره کرد؛ زیرا ممکن است آزمودنی در حالت روحی‌روانی مناسبی نباشد. همچنین در این پژوهش پیگیری نتایج پژوهش بعد از اجرای پس‌آزمون مقدور نبود؛ بنابراین می‌توان به‌عنوان محدودیتی زمانی از آن نام برد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، پژوهشی با نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند کم‌بودن حجم نمونه را جبران کند. این پژوهش تنها روی زنان انجام شد؛ لذا انتخاب آزمودنی‌ها از بین مردان نیز تعمیق‌پذیری نتایج را افزایش می‌دهد. باتوجه به مؤثر واقع‌شدن آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و با در نظر گرفتن سودمندی‌های این روش در زمینه درمان وسواس اجباری، استفاده گسترده از آن برای مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی توصیه می‌شود. به مشاوران روان‌درمانگران پیشنهاد می‌شود در جهت درمان و مشکلات بیماران وسواسی تکنیک‌های درمانی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را مدنظر قرار دهند. همچنین استفاده فراگیر از روش‌های درمانی کل‌نگر، تیمی و بین‌رشته‌ای در درمان، تدوین برنامه‌های پیشگیرانه براساس رویکردهای متعدد و مقایسه رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با این رویکردهای درمانی از پیشنهادات مطالعه حاضر بود.

## ۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های این پژوهش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش اجتناب شناختی و افزایش صمیمیت زناشویی زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی مؤثر است؛ ازاین‌رو استفاده از رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کنار رویکردهای درمانی به‌منظور ارتقای وضعیت بهداشت روان بیماران وسواسی توصیه می‌شود.

## ۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران بدین وسیله از تمامی افرادی که در اجرای این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

## ۷ بیانیه

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ شد و مجوز اجرای پژوهش با شماره ۹۸۱۱۰۵ از سوی مرکز مشاوره همیار به تاریخ ۳۰ فروردین ۱۳۹۹ صادر شده است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجراست.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی بوده که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است.

## References

1. Khayeri B, Mirmahdi R, Acuchekian S, Heidari H, Aleyasin A. The effectiveness of emotion-focused therapy on obsessive-compulsive symptoms, rumination and cognitive avoidance of women patients with obsessive-compulsive disorder. Social Cognition. 2019;8(2):90-100. [Persian] [http://sc.journals.pnu.ac.ir/article\\_6220.html?lang=en](http://sc.journals.pnu.ac.ir/article_6220.html?lang=en)

2. Shameli L, Mehrabizadeh 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 & 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. Narimani M, Maleki Pirbazari M, Mikaeili N, Abolghasemi A. Appraisal of effectiveness and comparison of exposure and response prevention therapy and acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on improving of obsessive and compulsive disorder patients' components of life quality. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;8(1):25–36. [Persian] [https://www.jcp.semnan.ac.ir/article\\_2224.html?lang=en](https://www.jcp.semnan.ac.ir/article_2224.html?lang=en)
4. Hashemloo L, Safaralizadeh F, Bagheriyeh F, Motearefi H. The prevalence obsessive- compulsive disorder in students in Khoy university in 2013. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2014;2(2):13–21. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-329-en.html>
5. Davison KD, France JP, McLain-Tait CM. Systemic functioning of obsessive-compulsive and related disorders. In: Russo JA, Coker JK, King JH, editors. *DSM-5 and family systems*. New York, NY: Springer Publishing Company; 2017.
6. Sexton KA, Dugas MJ. An investigation of factors associated with cognitive avoidance in worry. *Cogn Ther Res*. 2009;33(2):150–62. doi:[10.1007/s10608-007-9177-3](https://doi.org/10.1007/s10608-007-9177-3)
7. Bögels SM, Mansell W. Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*. 2004;24(7):827–56. doi:[10.1016/j.cpr.2004.06.005](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.06.005)
8. Reuman L, Jacoby RJ, Abramowitz JS. Cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive beliefs as predictors of obsessive-compulsive symptom dimensions. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2016;9(4):313–26. doi:[10.1521/IJCT.2016.09.13](https://doi.org/10.1521/IJCT.2016.09.13)
9. Soleimani E, Azmoodeh S, Habibi M. Structural equation modeling of the relationship between cognitive avoidance and rumination with clinical symptoms of OCD: cognitive failure as a mediating variable. *J Arak Uni Med Sci*. 2017;20(9):33–44. [Persian] <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5161-en.html>
10. Alwardani Some'eh S. The comparison of marital satisfaction in OCD- pateints and normal individuals. *Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry*. 2019;5(6):13–23. [Persian] doi:[10.29252/shenakht.5.6.13](https://doi.org/10.29252/shenakht.5.6.13)
11. Stulhofer A, Ferreira LC, Landripet I. Emotional intimacy, sexual desire, and sexual satisfaction among partnered heterosexual men. *Sexual & Relationship Therapy*. 2014;29(2):229–44. doi:[10.1080/14681994.2013.870335](https://doi.org/10.1080/14681994.2013.870335)
12. Saemi H, Basharat MA, Asgharnejad Farid AA. Predicting marital adjustment based on marital intimacy and deficit emotional regulate. *Journal of Psychological Science*. 2019;18(78):635–461. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-56-en.html>
13. Bagarozzi DA. Marital intimacy: assessment and clinical considerations. In: Carlson J, Sperry L, editors. *The intimate couple*. Philadelphia: Routledge; 2013.
14. Abbey RD, Clopton JR, Humphreys JD. Obsessive–compulsive disorder and romantic functioning. *J Clin Psychol*. 2007;63(12):1181–92. doi:[10.1002/jclp.20423](https://doi.org/10.1002/jclp.20423)
15. Holbert JM. The relationship of involvement in a support group, communication patterns, and marital satisfaction in couples with a genetic mutation for breast and ovarian cancer (BRCA) [PhD dissertation]. University of Akron; 2011.
16. Baniadam I, Makvand Hoseini S, Sedaghat M. The efficacy of schema therapy on obsessive compulsive disorder and marital satisfaction on married women. *Journal of Applied Psychological Research*. 2017;8(2):131–43. [Persian] [https://japr.ut.ac.ir/article\\_68337.html?lang=en](https://japr.ut.ac.ir/article_68337.html?lang=en)
17. Sguazzin CMG, Key BL, Rowa K, Bieling PJ, McCabe RE. Mindfulness-based cognitive therapy for residual symptoms in obsessive-compulsive disorder: a qualitative analysis. *Mindfulness*. 2017;8(1):190–203. doi:[10.1007/s12671-016-0592-y](https://doi.org/10.1007/s12671-016-0592-y)
18. Shulman B, Dueck R, Ryan D, Breau G, Sadowski I, Misri S. Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*. 2018;235:61–7. doi:[10.1016/j.jad.2017.12.065](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.065)
19. Taghilo L, Makvand Hoseini Sh, Sedaghat M. The effect of mindfulness-based cognitive therapy in reducing perceived stress in patients with MS. *Nurse and Physician within War*. 2017;5(15):5–10. [Persian] <http://npwjma.ajums.ac.ir/article-1-419-en.html>
20. Zimmermann FF, Burrell B, Jordan J. The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: a systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2018;30:68–78. doi:[10.1016/j.ctcp.2017.12.014](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.014)
21. Farhadi A, Movahedi Y, Kariminajad K, Movahedi M. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression in male patients with coronary artery disease. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014;2(4):6–14. [Persian] <http://journal.icns.org.ir/article-1-92-en.html>
22. Soltani N, Mohammadi Forod H. The effectiveness of mindfulness training on rumination and social anxiety in women with obsession. *Journal of Psychological Science*. 2019;18(77):617–25. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-300-en.html>
23. 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.html>
24. Farhadi T, Asli Azad M, Shokrkhodaei NS. Effectiveness of mindfulness therapy on executive functions and cognitive fusion of adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Empowering Exceptional Children*. 2018;9(4):81–92. [Persian] [http://www.ceciranj.ir/article\\_91194.html?lang=en](http://www.ceciranj.ir/article_91194.html?lang=en)
25. Pasha R, Sarraj Khorami A. The effects of mindfulness based cognitive therapy on thinking rumination and dysfunctional attitudes in patients suffering from major depression disorder (MDD) and obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Psychological Achievements*. 2018;25(1):93–112. [Persian] doi:[10.22055/psy.2018.21336.1764](https://doi.org/10.22055/psy.2018.21336.1764)

26. Ahmadi Bejagh S, Bakhshipour B, Faramarzi M. 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.html?lang=en](https://jcps.atu.ac.ir/article_1862.html?lang=en)
27. Ghazanfari F, Sepahvand R. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) technique in obsessive-compulsive disorder symptoms. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2014;4(2):110–21. [Persian] [https://tpccp.um.ac.ir/article\\_31611.html?lang=en](https://tpccp.um.ac.ir/article_31611.html?lang=en)
28. Ashiri S, Nasirian M, Zareimahmoudabadi H. Determine the effect of a mindfulness training on marital satisfaction and obsessive-compulsive women in Yazd. *Toloo-e-Behdasht*. 2016;14(6):221–31. [Persian] <http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-1988-en.html>
29. Kroska EB, Miller ML, Roche AI, Kroska SK, O'Hara MW. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: the role of avoidance and mindfulness. *Journal of Affective Disorders*. 2018;225:326–36. doi:[10.1016/j.jad.2017.08.039](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.039)
30. Hedman E, Ljótsson B, Axelsson E, Andersson G, Rück C, Andersson E. Health anxiety in obsessive compulsive disorder and obsessive-compulsive symptoms in severe health anxiety: an investigation of symptom profiles. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017;45:80–6. doi:[10.1016/j.janxdis.2016.11.007](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.11.007)
31. Clark DA. Cognitive behavioral therapy for OCD and phenomenology of OCD. *J Psychiatric Ann*. 2004;19(2):67–73.
32. Jones PJ, Mair P, Riemann BC, Mugno BL, McNally RJ. A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2018;53:1–8. doi:[10.1016/j.janxdis.2017.09.008](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.09.008)
33. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh; 2015. [Persian]
34. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The yale-brown obsessive compulsive scale: I. development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1006–11. doi:[10.1001/archpsyc.1989.01810110048007](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007)
35. Dadfar M, Bolhari J, Dadfar K, Bayanzadeh SA. Prevalence of the obsessive-compulsive disorder symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2001;7(1):27–33. [Persian] <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1963-en.html>
36. Favaregh L, Bassak-Nejad S, Davoudi I. Relationship between internalized shame, safety behaviors and cognitive avoidance strategies with multidimensional social anxiety in students of medical science. *Journal of Clinical Psychology*. 2019;10(4):35–44. [Persian] [https://jcp.semnan.ac.ir/article\\_3764.html?lang=en](https://jcp.semnan.ac.ir/article_3764.html?lang=en)
37. Walker AJ, Thompson L. Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and the Family*. 1983;45(4):841. doi:[10.2307/351796](https://doi.org/10.2307/351796)
38. Heydari AR, Ighbal F. Rabeteeye doshvari dar tanzim hayajani, sabk haye delbastegi va samimi'at ba rezayat zanashoo'i dar zojeyn sanaye foolad shahr Ahvaz [The Relationship between Difficulty in Emotional Regulation, Attachment Styles and Intimacy with Marital Satisfaction in in couples of steel industries in Ahvaz]. *Journal of New Findings in Psychology*. 2010;5(15):115–34. [Persian]
39. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Second edition. New York, London: The Guilford Press; 2013.
40. Farshidmanesh F, Davoudi H, Heidari H, Zare Bahramabadi M. Comparison of the effectiveness of mindfulness education and emotional focused therapy on couple intimacy, commitment and happiness women with couple burnout. *J Research in Behavioral Sciences*. 2019;17(1):56–67. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-644-en.html>
41. Omidbeiki M, Khalili S, Gholamali Lavasani M, Ghorbani N. The relationship between mindfulness and integrative self -knowledge with marital satisfaction. *Journal of Psychology*. 2014;18(3):327–41. [Persian]
42. Barnes S, Brown KW, Krusemark E, Campbell WK, Rogge RD. The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *J Marital Family Therapy*. 2007;33(4):482–500. doi:[10.1111/j.1752-0606.2007.00033.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00033.x)