MEJDS. 2023; 13:171.
Published online 2024 Feb. **Original Article**

Predicting the Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder Based on the Thought-Action Fusion and Mindfulness in Nonclinical Population

Asgharnezhad R[1], *Alivandi Vafa M[2], Abdi R[3]

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** m.alivand@iaut.ac.ir

Received: 2023 August 13; **Accepted:** 2024 January 8

Abstract

Background & Objectives: Obsessive–compulsive disorder includes mental obsessions, compulsions, or both. Obsessions comprise frequent and intrusive thoughts, impulses, and mental images; compulsions are repetitive objective behaviors (washing hands, keeping order, checking) or repetitive mental activities (counting, chanting, repeating words slowly in silence). The patients feel obliged to do these behaviors in response to an obsession or according to rules that must be strictly obeyed. In the fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, this disorder has a separate class, and its accompanying problems and debilitating symptoms disrupt the individual's interpersonal, occupational, and social functioning and bring significant economic and social costs to the individual and society. Pathological studies have investigated the factors and correlates with obsessive–compulsive disorder to identify the symptoms of the disorder better in the form of cognitive models. A positive and significant relationship between obsessive–compulsive symptoms and mixed thoughts has been reported in many studies, and it has been mentioned as a powerful predictor for the symptoms of the disorder. Obsessions or compulsions are time–consuming, and their problems cause confusion in interpersonal, social, work, and other critical functional situations and bring financial costs to the individual, family, and society. Also, this disorder has a relatively high prevalence. The present study was conducted to predict the symptoms of obsessive–compulsive disorder based on the thought–action fusion and mindfulness in a nonclinical population.

Methods: The research design was correlational analytics. The statistical population of the research comprised all students (boys and girls) of the universities of Tabriz City, Iran (Tabriz Azad University, Tabriz University, and Shahid Madani University). This research recruited a sample of 500 students (accounting for 10% possible dropout) by the available sampling method. Questionnaires were administered individually. Also, to comply with the ethical principles, the code of ethics under the number IR.IAU.TABRIZ.REC.1400.50 was obtained from the Ethics Committee. To collect data, we used the revised obsessive–compulsive questionnaire (Foa et al., 2002) with an internal consistency of 0.85 for its Persian version, thought–action fusion scale (Shafran, Tordarson, and Rachman, 1996) with an internal consistency of 0.81, and the mindfulness assessment scale (Brown and Ryan, 2003) with an internal consistency of 0.85. The Pearson correlation coefficient and multiple regression were used to analyze the obtained data in SPSS version 25. The significance level of statistical tests was considered 0.05

Results: According to the results, the average age of the subjects studied was 24.63, with a standard deviation of 7.2 years. Based on the results, there was a significant relationship between the thought–action fusion and mindfulness with the symptoms of obsessive–compulsive disorder ($p<0.001$). Also, the results showed that mindfulness and thought–action fusion can predict obsessive–compulsive symptoms ($p<0.001$). The prediction coefficient of obsessive–compulsive symptoms based on mindfulness was higher than thought–action fusion.

Conclusion: According to the results, the symptoms of obsessive–compulsive disorder can be predicted based on thought–action fusion and mindfulness. It is suggested that in future studies, researchers conduct research using a combination of quantitative and qualitative methods and in a comparative manner. Also, thought–action fusion can be used as a screening and diagnostic tool. Therefore, the results of the present research should be utilized in the design of follow–up and therapeutic interventions.

Keywords: Thought–Action fusion, Mindfulness, Symptoms of obsessive–compulsive disorder.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

Copyright © 2023, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۲؛ (۱۳):۱۷۱.

انتشار برخط بهمن ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

پیش‌بینی علائم اختلال وسواسی‌ـ اجباری براساس آمیختگی فکر/عمل و ذهن‌آگاهی در جمعیت غیربالینی

روزنا اصغرنژاد[۱]، *مرضیه علیوندی وفا[۲]، رضا عبدی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران؛

۲. استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران؛

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** m.alivand@iaut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۲ مرداد۱۴۰۲؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۸ دی۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواسی‌ـ اجباری از اختلال‌های بسیار رایج، پرحاشیه، سخت و مطرح در میان انواع اختلال‌های روانی است. پژوهش حاضر باهدف پیش‌بینی علائم اختلال وسواسی‌ـ اجباری براساس آمیختگی فکر/عمل و ذهن‌آگاهی در جمعیت غیربالینی انجام شد.

روش‌بررسی: طرح پژوهش، تحلیلی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دانشجویان دانشگاه‌های شهر تبریز تشکیل دادند. برای نمونهٔ آماری، پانصد نفر به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامهٔ وسواسی اجباری تجدیدنظرشده (فوآ و همکاران، ۲۰۰۲) و مقیاس آمیختگی فکر و عمل (شافران و همکاران، ۱۹۹۶) و مقیاس ارزیابی ذهن‌آگاهی (براون و ریان، ۲۰۰۳) بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش، از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ انجام گرفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد، مجموع متغیرهای آمیختگی فکر/عمل و ذهن‌وآگاهی می‌توانند علائم شست‌وشو، وسواس، احتکار، نظم و ترتیب، وارسی و خنثی‌سازی اختلال وسواسی‌ـ اجباری را پیش‌بینی کنند ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج می‌توان گفت، علائم اختلال وسواسی‌ـ اجباری براساس آمیختگی فکر/عمل و ذهن‌آگاهی پیش‌بینی‌شدنی است؛ بنابراین در طراحی مداخلات پیگیرانه و درمانی می‌توان از نتایج پژوهش حاضر بهره گرفت.

کلیدواژه‌ها: آمیختگی فکر/عمل، ذهن‌آگاهی، علائم اختلال وسواسی‌ـ اجباری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

۱ مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری[1] دربرگیرندهٔ وسواس‌های فکری یا اجبارها یا هر دو است. وسواس‌های فکری شامل افکار، تکانه‌ها[2] و تصاویر ذهنی مکرر و مزاحم می‌شود و اجبارها، رفتارهای عینی تکراری (دست شستن، انجام امور طبق قاعدهٔ خاص، وارسی) یا فعالیت‌های غیرعینی تکراری (شمارش، گفتن ذکر، بازگویی آرام کلمات) است که فرد احساس می‌کند باید آن‌ها را طبق قوانینی که باید به‌دقت اجرا شوند، در پاسخ به وسواس فکری انجام دهد (۱). در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[3]، این اختلال در طبقه‌ای مجزا قرار دارد و مشکلات همراه و علائم ناتوان‌کنندهٔ آن عملکردهای بین‌فردی و شغلی و اجتماعی فرد را مختل می‌کند و هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی زیادی برای فرد و جامعه به‌بار می‌آورد (۲). میزان شیوع همیشگی اختلال وسواسی-اجباری حدود ۱ تا۳درصد در جمعیت عمومی گزارش شده است. این اختلال مانع از کیفیت زندگی[4] و عملکرد اجتماعی[5] مطلوب افراد می‌شود (۳). در مطالعات حوزهٔ آسیب‌شناسی، عوامل و همبسته‌های اثرگذار بر اختلال وسواسی-جبری، برای شناسایی بهتر نشانه‌های اختلال در قالب مدل‌های شناختی[6] بررسی شده است (۴). چندین مطالعه ازجمله مطالعهٔ گروه متخصصان بر روی ساختارهای وسواس فکری‌عملی باور، بر اهمیت افکار و کنترل افکار در بیماران وسواسی-اجباری تأکید دارند (۵،۶). سالکوسکی معتقد است، عامل شناختی محوری در اختلال وسواسی-اجباری، احساس مسئولیت افراطی[7] است که شخص درقبال افکار نافذ خود دارد و سبب ایجاد فعالیت‌های خنثی‌ساز (اعمال اجباری) می‌شود و به‌طور مستقیم با علائم وسواس ارتباط دارد (۷). براساس نظریهٔ راچمن، آمیختگی فکر/عمل[8] دارای نقش مهم‌تری در علائم وسواس بود. او اعتقاد داشت، آمیختگی فکر/عمل سبب افزایش احساس مسئولیت ادراک‌شده و اعمال اجباری موجب کاهش آن‌ها می‌شود (۸). راچمن در مدل شناختی خود معتقد بود، احساس مسئولیت مفرط از آمیختگی فکر/عمل نشئت می‌گیرد (۸). بیش‌ارزیابی اهمیت و مسئولیت مرتبط با افکار نافذ موجب استفاده از راهبردهای کنترل فکر می‌شود که خود تشدید افکار وسواسی را در پی دارد. احساس مسئولیت مفرط باعث افزایش نیاز به انجام امور به‌شکل کامل و نیاز به کنترل افکار ناخواسته خواهد شد. براساس مدل‌های رفتاری‌شناختی، تلاش‌های ناموفق در کنترل تفکرات مزاحم در پدیدآیی و ادامه‌دارشدن اختلال، نقشی مهم دارند (۹،۱۰).

ارتباط مثبت و معنادار بین علائم وسواسی-جبری و درآمیختگی افکار در مطالعات زیادی گزارش شده است و آن را پیش‌بین قدرتمندی برای علائم اختلال ذکر کرده‌اند. راسین و همکاران نشان دادند، افزایش آمیختگی فکر و عمل، منجربه افزایش افکار مزاحم و احساس ناراحتی می‌شود (۱۱). همچنین در مطالعات قبلی مشخص شد، برخی از علائم اختصاصی وسواس مثل ترس از تکانه و آلودگی و تعهد بیش‌ازحد، ریشه درآمیختگی‌های فکر و عمل دارند (۸).

مطالعات انجام‌شدهٔ قبلی، ذهن‌آگاهی[9] را با علائم وسواسی-اجباری مرتبط دانستند (۱۱). ذهن‌آگاهی به‌عنوان توجه به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حاضر و بدون قضاوت تعریف می‌شود. ذهن‌آگاهی می‌تواند با به‌کارگیری هدفمند عملکردهای عالی بر پاسخ‌های هیجانی کنترل داشته باشد؛ بنابراین تفکرات خودآیند[10] منفی در افراد با ذهن‌آگاهی بیشتر، کمتر است و طبق ارزیابی خودشان قادر به منفک‌شدن از این افکار هستند. افراد با ذهن‌آگاهی زیاد، میزان انعطاف‌پذیری در پاسخ به تهدید بیشتری را ازطریق به‌کارگیری شیوهٔ فراشناختی پردازش دارند (۱۲). در پژوهشی مانگال بین ذهن‌آگاهی و علائم وسواسی در جمعیتی غیربالینی رابطهٔ معناداری گزارش کرد (۱۳). کیم و همکاران طی پژوهشی در نمونه‌های بالینی با شدت متفاوت نشانه‌های وسواسی دریافتند، احساس مسئولیت با نشانه‌های سطح متوسط وسواس ارتباط معنادار دارد؛ همچنین اهمیت و کنترل افکار با همهٔ سطوح شدت نشانه‌های وسواس، دارای ارتباط معنادار است و باور قطعیت و کمال‌گرایی با نشانه‌های وسواس ارتباطی ندارد (۱۴). لی و همکاران آمیختگی فکر/عمل در بیماران وسواسی را زیاد عنوان کردند (۱۵). لئووریک و همکاران نشان دادند، در نمونهٔ بالینی، بین ذهن‌آگاهی و خودشفقت[11] با علائم اختلال وسواس فکری‌عملی رابطهٔ معناداری وجود دارد. ذهن‌آگاهی و خودشفقت می‌تواند علائم اختلال وسواس فکری‌عملی را پیش‌بینی کند (۱۶).

باباپور خیرالدین و همکاران، رابطهٔ تمام ابعاد فراشناخت با باورهای وسواسی را معنادار و رابطهٔ بین مؤلفه‌های توصیف تجارب درونی، واکنش‌نداشتن به تجارب درونی و قضاوت‌نکردن در تجربهٔ درونی با باورهای وسواسی را منفی و معنادار گزارش کردند. آن‌ها نشان دادند، ۱۸/۸ درصد از واریانس تغییرات باورهای وسواسی توسط کنترل‌ناپذیری افکار و خودآگاهی شناختی[12] و توصیف تجارب درونی تبیین می‌شود (۱۷). در مطالعهٔ امینی و همکاران از بین زیرمقیاس‌های باور آمیختگی فکر/عمل، دو زیرمقیاس آمیختگی فکر/عمل احتمالی برای خود و دیگران و آمیختگی فکر/عمل اخلاقی، قادر به پیش‌بینی علائم وسواسی-اجباری بود (۱۸). راسین و همکاران دریافتند، آمیختگی فکر/عمل باعث سرکوب فکر می‌شود؛ درحالی‌که سرکوب فکر به‌نوبهٔ خود، علائم وسواسی را افزایش می‌دهد (۱۱).

وسواس‌های فکری یا اجبارها وقت‌گیر هستند و مشکلات همراه با آن‌ها موجب آشفتگی در حیطه‌های بین‌فردی، اجتماعی، شغلی و سایر موقعیت‌های مهم عملکردی می‌شود و هزینه‌های مالی زیادی برای فرد و خانواده و جامعه به‌بار می‌آورد. این اختلال شیوع نسبتاً فراوانی دارد (۱). یکی از روش‌های مواجهه با آسیب‌های روان‌شناختی، اجرای برنامه‌های پیشگیرانه‌ای است که باهدف قراردادن عوامل خطرساز

1. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)
2. Impulse
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
4. Quality of Life
5. Social Performance
6. Cognitive models
7. Extreme responsibility
8. Thought/action fusion
9. Mindfulness
10. Automatic thoughts
11. Self-compassion
12. Cognitive self-awareness

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

مشترک بین اختلال‌های روان‌شناختی به بهبود اختلالات روان‌شناختی و پیشگیری یکپارچه از مشکلات می‌پردازد؛ ازاین‌رو، شناخت عوامل همبسته‌های این اختلال می‌تواند به متخصصان حوزهٔ سلامت روانی کمک شایانی کند و مسیر مداخلاتی بالینی‌گران را شفاف‌تر سازد (۱۹)؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف پیش‌بینی علائم اختلال وسواسی‌ـ اجباری براساس آمیختگی فکر/عمل و ذهن‌آگاهی در جمعیت غیربالینی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دانشجویان (دختر و پسر) دانشگاه‌های شهر تبریز (دانشگاه آزاد اسلامی تبریز و دانشگاه تبریز و دانشگاه شهید مدنی) تشکیل دادند. براساس نظر شوماخر و لومکس، تعداد ۲۰۰ الی ۴۵۰ نفر برای پژوهش‌های همبستگی پیشنهاد شده است (۲۰). در این پژوهش پانصد نفر نمونه (با درنظرگرفتن ۱۰درصد ریزش احتمالی) به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. اجرای پرسش‌نامه‌ها به‌صورت فردی بود. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی کد اخلاق به‌شمارهٔ IR.IAU.TABRIZ.REC.1400.50 از کمیتهٔ اخلاق اخذ شد. رضایت‌نامهٔ کتبی از مشارکت‌کنندگان گرفته شد. پژوهشگر آزمودنی‌ها را در تحقیق دربارهٔ مسئولیت‌هایشان آگاه ساخت و سؤالات آن‌ها را به‌روشنی پاسخ داد. آزمودنی‌ها برای مشارکت یا کناره‌گیری از پژوهش در هر مرحله مختار بودند. اطلاعات جمع‌آوری‌شده درضمن اجرای تحقیق از شرکت‌کنندگان، محرمانه نگه داشته شد. به‌منظور گردآوری داده‌ها سه پرسش‌نامه به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ وسواسی‌ـ اجباری تجدیدنظرشده[1] (فوآ و همکاران، ۲۰۰۲): این پرسش‌نامه توسط فوآ و همکاران طراحی شد و مقیاسی خودسنجی برای ارزیابی شدت علائم وسواسی‌ـ اجباری در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی است. پرسش‌نامه هیجده سؤال دارد که در مقیاسی پنج‌درجه‌ای از اصلاً درمورد من صدق نمی‌کند=صفر تا درمورد من صدق می‌کند=۴، نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه دارای شش زیرمقیاس شست‌وشو[2] (سؤالات ۵ و ۱۱ و ۱۷)، وسواس فکری[3] (سؤالات ۶ و ۱۲ و ۱۸)، احتکار[4] (سؤالات ۱ و ۷ و ۱۳)، نظم و ترتیب[5] (سؤالات ۳ و ۹ و ۱۵)، وارسی[6] (سؤالات ۲ و ۸ و ۱۴) و خنثی‌سازی[7] (سؤالات ۴ و ۱۰ و ۱۶) است. برای هریک از زیرمقیاس‌ها، سه سؤال در نظر گرفته شده است. همسانی درونی برای کل مقیاس در گروه OCD و اختلال اضطراب فراگیر به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۹۳ به‌دست آمد (۲۱). همسانی درونی زیرمقیاس‌ها زیاد و برای گروه‌های گوناگون بین ۰/۳۴ تا۰/۹۳ بود. همبستگی بین زیرمقیاس‌ها بین ۰/۳۱ تا۰/۵۷ محاسبه شد. همسانی درونی نسخهٔ فارسی محمدی و همکاران برای کل مقیاس ۰/۸۵ به‌دست آمد (۲۲).

ـ مقیاس آمیختگی فکر/عمل[8] (شافران و همکاران، ۱۹۹۶): این مقیاس توسط شافران و همکاران طراحی شد و شامل نوزده گویه است که مؤلفه‌های آمیختگی فکر/عمل (آمیختگی فکر/عمل اخلاقی، آمیختگی فکر/عمل احتمال برای دیگران، آمیختگی فکر/عمل احتمال برای خود) را می‌سنجد. نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم=صفر تا کاملاً موافقم=۴ است. نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ آمیختگی فکر/عمل بیشتر است (۲۳). در مطالعهٔ پورفرجی و همکاران همسانی درونی ضرایب آلفای به‌دست‌آمده برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۹ تا۰/۹۵ بود. ضرایب پایایی حاصل از بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا۰/۶۳ به‌دست آمد (۲۴).

ـ مقیاس ارزیابی ذهن‌آگاهی[9] (براون و ریان، ۲۰۰۳): این پرسش‌نامه توسط براون و ریان طراحی شد و دارای پانزده ماده است که براساس مقیاس لیکرتی شش‌رتبه‌ای (تقریباً همیشه=۱، خیلی زیاد=۲، نسبتاً زیاد=۳، نسبتاً کم=۴، خیلی کم=۵، تقریباً هرگز=۶) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره ۱۵ و حداکثر آن ۹۰ است. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ ذهن‌آگاهی بیشتر است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تا۰/۸۷ گزارش شد (۲۵). معنوی‌پور و همکاران در پژوهشی با بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامهٔ ذهن‌آگاهی در ۳۵۰ نفر از دانشجویان شهر تهران در سال ۹۲-۱۳۹۱ به این نتیجه رسیدند که ضریب اعتبار پرسش‌نامه ازطریق فرمول کلی آلفای کرونباخ ۰/۸۵ است (۲۶).

به‌منظور توصیف داده‌ها، از میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل پس از بررسی مفروضه‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ انجام گرفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در ادامه توصیف آماری افراد مطالعه‌شده صورت گرفته است. میانگین سن آزمودنی‌ها ۲۴/۶۳ سال با انحراف معیار ۷/۲ بود.

در جدول ۱ توصیف آماری متغیرهای پژوهش آورده شده است. به‌منظور بررسی و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

براساس نتایج جدول ۲، مقادیر ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای آمیختگی فکر/عمل و ذهن‌آگاهی با علائم اختلال وسواسی‌ـ اجباری معنادار بود ($p<۰/۰۱$). نتایج نشان داد، رابطهٔ بین مؤلفه‌های وسواسی‌ـ اجباری با متغیر آمیختگی فکر/عمل مثبت و معنادار است؛ اما رابطهٔ بین مؤلفه‌های وسواسی‌ـ اجباری با متغیر ذهن‌آگاهی منفی و معنادار است. برای بررسی پیش‌بینی علائم اختلال وسواسی‌ـ اجباری توسط متغیرهای آمیختگی فکر/عمل و ذهن‌آگاهی از آنالیز رگرسیون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

[1]. Obsessive-Compulsive Inventory-Revised
[2]. Washing
[3]. Obsessing
[4]. Hoarding
[5]. Ordering
[6]. Checking
[7]. Mental Neutralizing
[8]. Thought–action fusion Scale
[9]. Mindful Attention Awareness Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف معیار
علائم وسواسی	علائم شست‌وشو	۴/۴۸	۳/۴۳
	علائم وسواس فکری	۴/۵۱	۲/۸۱
	علائم احتکار	۲/۴۹	۲/۴۵
	علائم نظم و ترتیب	۳/۱۶	۲/۴۹
	علائم وارسی	۳/۷۴	۲/۳۸
	علائم خنثی‌سازی	۲/۵۱	۲/۶۳
	آمیختگی فکر/عمل	۳۴/۹۴	۱۴/۹۵
	ذهن‌آگاهی	۶۵/۹۹	۱۲/۱۸

جدول ۲. همبستگی آمیختگی فکر/عمل، باورهای شناختی و ذهن‌آگاهی با علائم اختلال وسواسی_اجباری

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. علائم شست‌وشو	۱							
۲. وسواس فکری	۰/۵۲**	۱						
۳. علائم احتکار	۰/۴۷**	۰/۶۱**	۱					
۴. نظم و ترتیب	۰/۶۴**	۰/۵۰**	۰/۵۴**	۱				
۵. علائم وارسی	۰/۵۷**	۰/۴۹**	۰/۶۷**	۰/۵۲**	۱			
۶. خنثی‌سازی	۰/۵۳**	۰/۵۲**	۰/۶۰**	۰/۴۷**	۰/۴۱**	۱		
۷. آمیختگی فکر/عمل	۰/۳۲**	۰/۴۲**	۰/۴۰**	۰/۴۸**	۰/۳۸**	۰/۳۴**	۱	
۸. ذهن‌آگاهی	ـ۰/۴۹**	ـ۰/۴۴**	ـ۰/۴۱**	ـ۰/۴۹**	ـ۰/۴۵**	ـ۰/۳۷**	ـ۰/۵۸**	۱

**$p<۰/۰۱$

جدول ۳. نتایج آنالیز رگرسیون علائم اختلال وسواسی_اجباری براساس متغیرهای آمیختگی فکر/عمل و ذهن‌آگاهی

خرده‌مقیاس‌های وسواس	مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	مقدار تی	مقدار p	آماره‌های هم‌خطی چندگانه	
		B	خطای معیار	Beta			مقادیر تحمل	VIF
وسواس شست‌وشو	مقدار ثابت	۱۱/۱۹	۰/۹۴		۱۱/۸۶	<۰/۰۰۱		
	آمیختگی فکر/عمل	۰/۰۳	۰/۰۰۹	۰/۱۷	۴/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۳۴
	ذهن‌آگاهی	ـ۰/۱۲	۰/۰۱۲	ـ۰/۴۳	ـ۱۰/۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۳۴
وسواس فکری	مقدار ثابت	۸/۲۵	۰/۷۷		۱۰/۶۰	<۰/۰۰۱		
	آمیختگی فکر/عمل	۰/۰۴	۰/۰۰۸	۰/۲۶	۶/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۳۸
	ذهن‌آگاهی	ـ۰/۰۸	۰/۱۰	ـ۰/۳۵	ـ۸/۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۵۳
علائم احتکار	مقدار ثابت	۵/۳۳	۰/۶۳		۸/۳۳	<۰/۰۰۱		
	آمیختگی فکر/عمل	۰/۰۵۸	۰/۰۰۶	۰/۳۵	۸/۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۲۴
	ذهن‌آگاهی	ـ۰/۰۷	۰/۰۰۸	ـ۰/۳۶	ـ۹/۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۱۴
نظم و ترتیب	مقدار ثابت	۵/۸۹	۰/۶۸		۸/۶۶	<۰/۰۰۱		
	آمیختگی فکر/عمل	۰/۰۵۲	۰/۰۰۷	۰/۳۰	۷/۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۳۷
	ذهن‌آگاهی	ـ۰/۰۶	۰/۰۰۸	ـ۰/۳۳	ـ۸/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۴۱
علائم وارسی	مقدار ثابت	۶/۱۷	۰/۶۶		۹/۲۶	<۰/۰۰۱		
	آمیختگی فکر/عمل	۰/۰۴۶	۰/۰۰۷	۰/۲۸	۶/۸۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱/۰۴
	ذهن‌آگاهی	ـ۰/۰۶	۰/۰۰۸	ـ۰/۳۱	ـ۷/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۳۴
خنثی‌سازی	مقدار ثابت	۵/۱۰	۰/۷۶		۶/۶۹	<۰/۰۰۱		
	آمیختگی فکر/عمل	۰/۰۴۳	۰/۰۰۸	۰/۲۴۵	۵/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۳۴
	ذهن‌آگاهی	ـ۰/۰۶	۰/۰۰۹	ـ۰/۲۸	ـ۶/۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۲۴

مقادیر تحمل برای یک متغیر خاص اگر ۰/۰۱ یا کمتر باشد یا مقدار VIF بزرگ‌تر از ۱۰ باشد، حاکی‌از هم‌خطی چندگانه است. باتوجه به جدول ۳، مقادیر تحمل و VIF در دامنهٔ مطلوب قرار داشت که نشان می‌دهد بین متغیرهای پیش‌بین (مستقل) هم‌خطی چندگانه وجود ندارد. بررسی استقلال باقیمانده‌ها براساس دوربین_واتسون مشخص کرد، پیش‌فرض استقلال باقیمانده‌ها رعایت شده است و مقدار آن در

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

فاصلهٔ ۱/۵ تا۲/۵ قرار دارد. براساس نتایج می‌توان گفت، متغیرهای ذهن‌آگاهی و آمیختگی فکر/عمل، توان پیش‌بینی علائم وسواسی‌ـ اجباری و همهٔ خرده‌مقیاس‌های آن را دارند ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف پیش‌بینی علائم اختلال وسواسی‌ـ اجباری براساس آمیختگی فکر/عمل و ذهن‌آگاهی در جمعیت غیربالینی انجام شد. نتیجه نشان داد، مجموع متغیرهای آمیختگی فکر/عمل و ذهن‌آگاهی می‌توانند علائم اختلال وسواسی‌ـ اجباری را پیش‌بینی کنند. یافتهٔ به‌دست‌آمده با پژوهش‌های لئوریک و همکاران (۱۶)، باباپور خیرالدین و همکاران (۱۷)، امینی و همکاران (۱۸)، مانوس و همکاران (۱۹)، ریمن و همکاران (۲۷)، کروسکا و همکاران (۲۸)، ویتن و همکاران (۲۹) و ولز و پاپاجورجیویس (۳۰)، همسوست.

ولز و پاپاجورجیو دریافتند، باورهای منفی دربارهٔ کنترل‌ناپذیری و خطر با آسیب‌شناختی و افکار وسواسی رابطه دارد (۳۰)؛ دراین‌راستا اسپادا و همکاران اعتقاد داشتند، فعال‌شدن باور فراشناختی کنترل‌ناپذیری و خطر، تنش عاطفی در افراد ایجاد می‌کند (۳۱). استفاده از این راهبردها موجب دردسترس‌تربودن مفاهیم تهدید در پردازش و هیجانات منفی می‌شود. درحقیقت، این فرایندها باعث می‌شوند افراد تهدیدهای محیطی را بیشتر برآورد کنند و توانایی مقابلهٔ خود را ناچیز بپندارند که نتیجهٔ آن تداوم اختلال روانی است. همچنین، در تبیین یافتهٔ به‌دست‌آمده همسو با نجات و همکاران می‌توان بیان کرد، بین ذهن‌آگاهی و مقابلهٔ مسئله‌مدار با علائم اختلال وسواسی‌ـ جبری رابطهٔ منفی و معنادار وجود دارد (۵). کوچی و همکاران نشان دادند، باورهای فراشناختی در اختلال وسواس فکری‌عملی و اختلال وحشت‌زدگی، دارای نقش عمده‌ای هستند. بی‌اعتمادی افراد وسواسی به فرایندهای شناختی خود، نقش مهمی در رفتارهای وارسی و بررسی‌های تکراری آن‌ها دارد (به نقل از ۳۲). در تبیین یافتهٔ به‌دست‌آمده همسو با باباپور خیرالدین و همکاران (۱۷) می‌توان گفت که توصیف حالت‌های درونی، در پذیرش یک فکر مزاحم کمک‌کننده است؛ این امر به‌نوبهٔ خود گوش‌به‌زنگی و سرکوبی را حذف می‌کند و به افراد اجازه می‌دهد باورهایی را که به‌دلیل حالت‌های اضطراب درونی حفظ کرده‌اند، آزمایش کنند. به‌طور مشابه، پذیرش می‌تواند نیاز به نگرانی برای یافتن راه‌حل‌های کامل و کمال‌گرایانه را کاهش دهد.

در تبیین رابطهٔ آمیختگی فکر/عمل با علائم اختلال وسواسی‌ـ اجباری همسو با امینی و همکاران (۱۸)، می‌توان بیان داشت که در مدل فراشناختی، یک راه‌انداز که اغلب فکری مزاحم، تردید یا هیجان و احساسی مزاحم است، باورهای فراشناختی مرتبط را فعال می‌کند. براساس نظریهٔ ولز، وقوع افکار وسواسی زمانی تهدیدکننده تلقی می‌شود که منجربه برانگیختن باورهای فراشناختی دربارهٔ معنای آن افکار شود. این باورها شامل آمیختگی فکرـ رویداد و آمیختگی فکر/عمل و آمیختگی فکرـ شیء است. همچنین در تبیین این یافته می‌توان به نظریهٔ راچمن اشاره کرد که یکی از عوامل مهم آسیب‌شناختی شکل‌گیری وسواس بالینی را وجود سوگیری‌های شناختی همانند آمیختگی فکر/عمل دانست (۸). لوپاتکا و راچمن دریافتند، افراد دارای مشکلات وسواسی تصور می‌کنند تفکر ایشان دربارهٔ رویدادهای ناگوار، احتمال وقوع این رویدادها را افزایش می‌دهد و آنان به‌دلیل داشتن چنین افکاری مسئول وقوع آن‌ها هستند و باید وقوع این رویدادها را کنترل کنند. این سوگیری شناختی، مسئولیت ادراک‌شدهٔ فرد را برای وقوع مشکلات افزایش می‌دهد (به نقل از منبع ۹). راچمن اعتقاد داشت، احساس مسئولیت مفرط از آمیختگی فکر/عمل نشئت می‌گیرد. بیش‌ارزیابی اهمیت و مسئولیت مرتبط با افکار نافذ موجب استفاده از راهبردهای کنترل فکر می‌شود که خود نشانه‌های وسواسی را تشدید می‌کند (۸).

توضیح دیگر این است که افراد با نشانه‌های وسواس، برای داشتن افکار منفی دربارهٔ رویدادها، درمقایسه با افراد غیراضطرابی احساس مسئولیت بیشتری می‌کنند. به‌علت نقش برجستهٔ مسئولیت در مدل‌های اخیر وسواس احتمال دارد بیماران وسواسی مسئولیت داشتن افکار منفی را بپذیرند و ازاین‌رو اهمیت زیادی به داشتن آن‌ها می‌دهند. این اهمیت افزایشی ممکن است گرایش اغراق‌شده با آمیختگی فکر/عمل را توصیف کند (۳۳). در تبیین دیگر و با تکیه بر نظریهٔ راچمن می‌توان گفت، یکی از عوامل آسیب‌شناختی شکل‌گیری وسواس، وجود سوگیری‌های شناختی مانند آمیختگی فکر/عمل است؛ همان‌طورکه نظریه‌های شناختی اختلال وسواس فکری‌عملی مطرح کرده‌اند، به‌نظر می‌رسد مشکل اصلی بیماران وسواسی تمایل به سوءتعبیر افکار ناخوانده به‌روش فاجعه‌آمیز است؛ به‌گونه‌ای که فرد، افکار و تصورات و تکانه‌های خود را به‌صورتی فاجعه‌بار سوءتعبیر کرده و تصور می‌کند درمعرض دیوانه‌شدن یا خطر قرار دارد. در این میان، اغتشاش فکر نیز باید به‌عنوان باوری نگریسته شود که احتمال چنین تعبیر فاجعه‌باری را افزایش می‌دهد (۲۳).

در تبیین رابطهٔ بین ذهن‌آگاهی با علائم احتکار می‌توان گفت، افراد با ذهن‌آگاهی بیشتر، با کم‌رنگ‌کردن عقاید و قضاوت‌ها و افکار دربارهٔ تجربیات و تمایل به تجربهٔ مستقیم پدیده‌ها، همان‌گونه که در همین لحظه اتفاق می‌افتند، باعث گسلش از افکار ناخوشایند و تفکرات وهم‌آمیز می‌شوند و فرد با واقعیت‌ها همان‌طورکه رخ‌می‌دهد، برخورد می‌کند؛ لذا با افزایش نمرات ذهن‌آگاهی، نمرات علائم احتکار در فرد کاهش می‌یابد که این امر انتظار می‌رود. سوءتعبیر افکار مزاحم، به اضطراب وسواسی و نیز به تلاش‌هایی برای کاهش چنین پریشانی ازطریق اجتناب و خنثی‌سازی و تشریفات رفتار وسواسی منجر می‌شود. درنهایت این پاسخ‌ها به ضرر خود فرد است؛ چون آن‌ها افکار مزاحم اضافی را به‌وجود می‌آورند و فرضیه‌های دربارهٔ اهمیت و خطرناک‌بودن افکار مزاحم را تقویت می‌کنند و درنتیجه به چرخه‌ای معیوب تداوم می‌بخشند. به‌علاوه توصیف حالت‌های درونی (یکی از مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی)، در پذیرش یک فکر مزاحم کمک‌کننده است؛ این امر به‌نوبهٔ خود گوش‌به‌زنگی و سرکوبی را حذف می‌کند و می‌تواند به افراد اجازه دهد باورهایی را که به‌دلیل حالت‌های اضطراب درونی حفظ کرده‌اند، آزمایش کنند. به‌طور مشابه، پذیرش قادر است نیاز به نگرانی برای یافتن راه‌حل‌های کامل و کمال‌گرایانه را کاهش دهد (۱۰) و به انعطاف‌پذیری پاسخ‌ها کمک و از نشان‌دادن پاسخ‌های خودکار جلوگیری کند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

ذهن‌آگاهی، فرد را به ایجاد رابطه‌ای اساساً متفاوت با تجربهٔ احساس‌های درونی و حوادث بیرونی، ازطریق ایجاد آگاهی لحظه‌به‌لحظه و جهت‌گیری رفتاری مبتنی‌بر مسئولیت عاقلانه به‌جای واکنش‌پذیری خودکار، قادر می‌سازد. با به‌کارگیری هدفمند کارکردهای عالی ذهن ازجمله توجه، آگاهی، نگرش مهربانانه، کنجکاوی و دلسوزی، ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌طور مؤثر بر واکنش‌های هیجانی ازطریق بازداری قشری سیستم لیمبیک، کنترل اعمال کند؛ بنابراین افراد دارای سطوح بالاتر ذهن‌آگاهی، تفکرات خودآیند منفی کمتری نشان می‌دهند و اعتقاد دارند که قادر هستند خود را از چنین تفکراتی رها کنند (۲).

در تبیین یافته به‌دست‌آمده می‌توان به نظر ولز استناد کرد (۳۰). ولز اعتقاد داشت، افکار وسواسی سبب فعال‌شدن باورهای فراشناختی (آمیختگی فکر) دربارهٔ معنای فکر می‌شود. باورهای مطرح در این سطح، دربرگیرندهٔ باورهایی دربارهٔ خطرات و معنای فکر است که در این حالت، مرزهای بین فکر و عمل، فکر و رویداد، فکر و شیء از بین می‌رود. فعال‌شدن این باورهای فراشناختی ناکارآمد موجب ارزیابی منفی فکر ناخواسته و مزاحم می‌شود که این ارزیابی و تفسیر منفی، علائم وسواسی را تشدید می‌کند. در تبیین دیگر می‌توان گفت، اگر فرد مبتلا به OCD باور داشته باشد فکرکردن دربارهٔ حادثه‌ای نپذیرفتنی یا ناراحت‌کننده احتمال رخداد آن حادثه را افزایش می‌دهد، با احتمال بیشتری با اعمال آیینی دچار درگیری می‌شود تا از پیامدهای منفی جلوگیری کند. این فرد باور دارد افکار وسواسی و اعمال منفی به‌لحاظ اخلاقی معادل هم هستند؛ بنابراین داشتن این افکار در وی استرس و اضطراب ایجاد می‌کند (۸).

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. در این پژوهش ابزارهای خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها به‌کار رفت که احتمال سوگیری در استفاده از پرسش‌نامه را به‌شکل بالقوه مطرح می‌سازد. روش نمونه‌گیری دردسترس دیگر محدودیت پژوهش حاضر بود. همچنین، استفاده از جامعهٔ غیربالینی می‌تواند نتایج را تحت‌تأثیر قرار دهد؛ لذا در تعمیم نتایج به جامعهٔ بالینی باید احتیاط کرد. مقطعی‌بودن فرایند پژوهش از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. به‌منظور ازبین‌بردن محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، محققان به‌صورت ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی و به‌طور مقایسه‌ای، تحقیق مشابهی انجام دهند. به‌علاوه در پژوهش‌های آتی، از روش نمونه‌گیری تصادفی برای انتخاب نمونه استفاده کنند. پیشنهاد می‌شود در تحقیق‌های آتی، پژوهش مشابهی با نمونه‌ای بالینی صورت گیرد و نتیجه با یافته‌های حاضر مقایسه شود. توصیه می‌شود پژوهش مشابهی باتوجه به جنسیت انجام پذیرد تا امکان بررسی جنسیتی فراهم آید. پیشنهاد می‌شود به‌منظور کاهش علائم شست‌وشوی وسواسی، از متغیرهای پژوهش حاضر بهره گرفته شود. همچنین براساس یافته‌ها می‌توان توصیه کرد، برای کاهش وسواس وارسی از مداخلات مرتبط با ذهن‌آگاهی استفاده شود و آمیختگی فکر و عمل به‌عنوان ابزارهای غربالگری و تشخیص به‌کار رود. پیشنهاد می‌شود، به‌منظور تشخیص، غربالگری و درمان علائم وسواس از مداخلات و متغیرهای پژوهش حاضر بهره گرفته شود.

۵ نتیجه‌گیری

از نتایج پژوهش حاضر استنباط می‌شود، متغیرهای آمیختگی فکر/عمل و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی علائم اختلال وسواسی‌ـ اجباری نقش دارند؛ بنابراین برای کاهش علائم وسواسی‌ـ اجباری میزان آمیختگی فکر/عمل و ذهن‌آگاهی غربال شود و اقداماتی برای تعدیل آن‌ها انجام گیرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای تخصصی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است که با کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1400.50 در کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز به‌ثبت رسید. در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی مانند اطلاع از اهداف پژوهش، رضایت آگاهانهٔ مشارکت در پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان و حفظ رازداری رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

تمامی داده‌ها و اطلاعات پژوهش ازطریق ارتباط با رایانامهٔ نویسنده دردسترس است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر بدون هرگونه حمایت مالی سازمان خاصی، تأمین اعتبار شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان در پیش‌نویسی و بازبینی و اصلاح پژوهش حاضر مشارکت داشتند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. American Psychiatric Association; 2013.
2. Chakraborty A, Karmakar S. Impact of covid-19 on obsessive compulsive disorder (OCD). Iran J Psychiatry. 2020;15(3):256–9. https://doi.org/10.18502/ijps.v15i3.3820
3. Storch EA, McGuire JF, Schneider SC, Small BJ, Murphy TK, Wilhelm S, et al. Sudden gains in cognitive behavioral therapy among children and adolescents with obsessive compulsive disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2019;64:92–8. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.03.003

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

4. O'Neill J, Feusner J. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: access to treatment, prediction of long-term outcome with neuroimaging. Psychol Res Behav Manag. 2015;8:211. https://doi.org/10.2147/PRBM.S75106
5. NeJat A, Rafezi Z, Hossseinsabet F. Predicting obsessive-compulsive disorder based on mindfulness, cognitive emotion regulation strategies, and coping strategies. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2020;18(2):249–59. [Persian] http://dx.doi.org/10.52547/rbs.18.2.249
6. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 1997;35(7):667–81. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00017-X
7. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. Behav Res Ther. 1989;27:677–82.
8. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. Behav Res Ther. 1997;35(9):793–802. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00040-5
9. Fava L, Bellantuono S, Bizzi A, Cesario ML, Costa B, De Simoni E, et al. Review of obsessive compulsive disorders theories. Global Journal of Epidemiology and Public Health. 2014;1:1–13.
10. Leahy RL. A model of emotional schemas. Cogn Behav Pract. 2002;9(3):177–90. http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7
11. Rassin E, Muris P, Schmidt H, Merckelbach H. Relationships between thought–action fusion, thought suppression and obsessive–compulsive symptoms: a structural equation modeling approach. Behav Res Ther. 2000;38(9):889–97. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00104-7
12. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. Behav Ther. 2006;37(1):3–13. https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.02.001
13. Mangal A. The relationship between mindfulness and obsessive compulsive characteristics in a nonclinical population [PhD dissertation]. [Surrey, England]: University of Surrey; 2013.
14. Kim SK, McKay D, Taylor S, Tolin D, Olatunji B, Timpano K, Abramowitz J. The structure of obsessive compulsive symptoms and beliefs: A correspondence and biplot analysis. Journal of anxiety disorders. 2016 Mar 1;38:79-87.
15. Lee SW, Jang TY, Kim S, Lee SJ. Heightened but inefficient thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder: new insight from a multiple trial version of the classic thought-action fusion experiment. Psychiatry Investig. 2023;20(2):120–9. https://doi.org/10.30773/pi.2022.0262
16. Leeuwerik T, Cavanagh K, Strauss C. The association of trait mindfulness and self-compassion with obsessive-compulsive disorder symptoms: results from a large survey with treatment-seeking adults. Cogn Ther Res. 2020;44(1):120–35. https://doi.org/10.1007/s10608-019-10049-4
17. Babapour Kheiroddin J, Poursharifi H, Hashemi T, Ahmadi E. The relationship of meta-cognition and mindfulness components with obsessive beliefs in students. Journal of School Psychology and Institutions. 2013;1(4):23–38. [Persian] https://jsp.uma.ac.ir/article_47.html?lang=en
18. Amini R, Dolatshahi B, Pourshahbaz A. Role of thought-action fusion in explaining obsession symptoms. Advances in Cognitive Science. 2011;13(1):25–34. [Persian]
19. Manos RC, Cahill SP, Wetterneck CT, Conelea CA, Ross AR, Riemann BC. The impact of experiential avoidance and obsessive beliefs on obsessive-compulsive symptoms in a severe clinical sample. J Anxiety Disord. 2010;24(7):700–8. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.05.001
20. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. Psychology Press; 2004. https://doi.org/10.4324/9781410610904
21. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The obsessive-compulsive inventory: development and validation of a short version. Psychol Assess. 2002;14(4):485–96.
22. Mohamadi M, Zamani R, Fata L. Validation of the Persian version of the obsessive-compulsive inventory-revised in a student sample. Psychological Research. 2008;21:66–77. http://dx.doi.org/10.32598/jpcp.9.3.690.2
23. Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. J Anxiety Disord. 1996;10(5):379–91. https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7
24. Pourfaraj M, Mohammadi N, Taghavi M. Psychometric properties of revised thought–action fusion questionnaire (TAF-R) in an Iranian population. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2008;39(4):600–9. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.02.001
25. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in Psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 2003;84(4):822–48.
26. Manavipour D, Baghdasarianc A, Khodaee Sakhlo S. Psychometric properties of the mindfulness inventory. Industrial/Organization Psychology. 2014;4(17):49-56. [Persian]
27. Reuman L, Buchholz J, Abramowitz JS. Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. J Contextual Behav Sci. 2018;9:15–20. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.001

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]

28. 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. J Affect Disord. 2018;225:326–36. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.039
29. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Riemann BC, Hale LR. The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 2010;48(10):949–54. https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.027
30. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive–compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. Behav Res Ther. 1998;36(9):899–913. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00070-9
31. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. Pers Individ Dif. 2008;44(5):1172–81. https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.11.010
32. Salehi S, Mousavi AM, Sarichloo ME, Ghafelebashi H. Examined demographic characteristics and signs of obsessive-compulsive disorder. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2014; 21 (2): 343-51. [Persian]
33. Rachman S. The treatment of obsessions. Oxford: Oxford University Press; 2003.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18]