

# اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خود پنداره و خودتنظیمی افراد دارای ویژگی های شخصیت وسواسی-جبری

صدیقه دانائی فر<sup>۱</sup> و خدیجه پناهانده وانسلی<sup>۲</sup>

## چکیده

تظاهر اصلی اختلال شخصیت وسواسی جبری، اشتغال ذهنی با نظم و ترتیب، خودپنداره و کنترل و تنظیم ذهنی بین فردی است که به بهای از دست دادن انعطاف پذیری، سعی صدر و کارایی بین فردی تمام می شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره و خودتنظیمی افراد دارای ویژگی های شخصیتی وسواسی-جبری بود. روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه افراد دارای ویژگی های بالینی شخصیت وسواسی-جبری شهرستان بابل در سال ۱۳۹۶ بود. حجم نمونه با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۲۴ نفر تعیین گردید که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (آزمایش ۱۲ نفر/ کنترل ۱۲ نفر). ابزار گرد آوری داده ها، پرسشنامه خودپنداره راجرز (۱۹۵۱) و خودتنظیمی مارس (۱۹۹۰) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از بسته نرم افزاری SPSS نسخه ۲۰ و از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره؛ مانکوا (MANCOVA) استفاده شد. نتایج حاکی از تأثیر معنادار درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره و خودتنظیمی افراد با ویژگی های شخصیتی وسواسی-جبری بود.

**کلید واژه:** درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، خودپنداره، خودتنظیمی، شخصیتی وسواسی-جبری.

---

<sup>۱</sup>کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران، Khadigpanahande@gmail.com  
<sup>۲</sup>دکترای روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران نویسنده مسئول، Mehri.danaei@yahoo.co.uk

# **The effectiveness of cognitive therapy based on self-awareness and self-regulation of people with obsessive-compulsive personality traits**

Sedigheh Danaeifar<sup>3</sup> and Khadijeh Panahande<sup>4</sup>

## **Abstract**

The main manifestation of obsessive-compulsive personality disorder is mental employment with order, self-concept, and interpersonal self-control, which ends at the cost of loss of flexibility, supremacy, and interpersonal efficiency. The aim of this study was to investigate the effect of cognitive therapy based on mindfulness on self-concept and self-regulation of people with obsessive-compulsive personality traits. The present research method is semi-experimental with pre-test-post-test design with control group. The present study population included all individuals with clinical features of obsessive-compulsive personality in Babol city in 2017. The sample size was determined using the available sampling method of 24 people who were randomly assigned to two experimental and control groups (12 experiments / 12 controls). Data instrumentation tools were the Rogers self-concept questionnaire (1951) and the March self-regulation questionnaire (1990). For data analysis, descriptive and inferential statistics using SPSS software package version 20 and multivariate analysis of covariance test; MANCOVA was used. The results showed a significant effect of cognitive therapy based on mindfulness on self-concept and self-regulation of individuals with obsessive-compulsive personality traits.

**Keywords:** Cognitive therapy based on mindfulness, self-concept, self-regulation, obsessive-compulsive personality.

---

<sup>3</sup> Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch. Sari, Iran, Khadigpanahande@gmail.com

<sup>4</sup> PhD in Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Sari Branch, Iran Mehri.danaei@yahoo.co.uk

اختلال وسواس جبری (OCD) اختلالی است که با افکار پریشان‌زا (افکار وسواسی) و رفتارهای تکراری تا ناخواسته (اعمال وسواسی) مشخص می‌شود. نرخ شیوع وسواس در سطح جهان ۳ درصد است؛ اما پژوهشگران تخمین می‌زنند که در بین بیماران سرپایی کلینک‌های روانپزشکی میزان شیوع این اختلال ممکن است به ۱۰ درصد هم برسد (دانای سیج، منشئی و نادى، ۱۳۹۷). این اختلال در میان زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد، و به عنوان یکی از مشکلات جدی سلامت روان است که سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی بر جامعه تحمیل می‌کند (ندلیسکی و استیل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). در این بین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مبتلایان به وسواس-جبری، نسبت به جامعه نرمال احساس کهنتری بالاتر و تصور منفی‌تر از خود وجود دارد (انصاری و جان بزرگی، ۱۳۹۵). ویل و ویلسون بیان می‌کنند که در بسیاری از افراد مبتلا به OCD پایین بودن عزت نفس، از همان دوران جوانی زندگی آنها را تحت شعاع قرار داده است. آنها احساس می‌کنند به هیچ وجه دوست داشتنی نیستند، به عبارت دیگر آنها خودپنداره منفی از خود دارند (ویل و ویلسون، ۱۳۸۵).

خودپنداره یکی از مفاهیم اصلی نظریه راجرز است و شامل مجموعه ویژگی‌هایی است که شخص به عنوان یک موجود منحصر بفرد از خود ادراک می‌کند. خودپنداره از طریق روابط اجتماعی کسب می‌شود. راجرز معتقد است که به سبب تعامل‌های شخص با اطرافیان در محیط مفهومی از خویشتن که به طور گسترده مبتنی بر ارزیابی‌های سایرین است گسترش می‌یابد و شخص خود را براساس آنچه سایرین تصور می‌کنند ارزیابی می‌نماید نه برحسب آنچه که خودش احساس می‌کند. به عقیده راجرز شخص به دلیل نیاز به توجه مثبت به ارزیابی‌های دیگران توجه می‌کند. این نیاز نیرومند در شخص موجب می‌شود تا وی در قضاوت‌هایش در مورد ارزش‌های خود به ارزیابی‌های سایرین زیاده‌تر از ارزیابی‌های خود توجه کند (اتکینسون و همکاران، ۱۳۹۲).

مفهوم خودپنداره ساخت چند بعدی است که اشاره به ادراک فرد از "خود" در رابطه با ویژگی‌هایی مانند: تحصیلات، نقش‌های جنسی و جنسیتی، هویت نژادی و بسیار موارد دیگر دارد. مفهوم خودپنداره با مفهوم عزت نفس و احساس خشنودی از زندگی ارتباط نزدیک دارد. هر فرد به خصوص هر نوجوان یک عقیده اختصاصی و تصویر ذهنی از وضع خود دارد و به طریقی در ذهن خود آن را منعکس می‌سازد. این تصویر ذهنی بر اثر تجارب شخصی و تأثیر دنیای خارج در فرد به وجود می‌آید و فرد یک نظر ثابت و پایدار از محیط، از شخص خود و از ارتباط خود با محیط به دست می‌آورد، طبق آن مسائل زندگی را ارزیابی می‌کند و برای مقابله با آن به کوشش می‌پردازد (راتر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

همچنین خودتنظیمی، سازه‌ای است که در سال ۱۹۶۷ از سوی بندورا مطرح شد. مطالعه اولیه در این زمینه، مبتنی بر خودتنظیمی به معنای عام کلمه بود که زمینه‌های گوناگون فردی-خانوادگی و اجتماعی را مورد توجه قرار می‌داد؛ ولی از دهه ۱۹۸۰ این سازه در زمینه یادگیری مطرح شد. خودتنظیمی به مجموعه تلاش‌های فرد برای تنظیم حالات عاطفی خود، یعنی افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی، خودتنظیمی می‌گویند

<sup>5</sup> Nedelisky, & Steele  
2. Rutter

(دسروز، واین، کورتیز و کلیمانسکی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴). خودتنظیمی را نیز مدیریت خود برای تغییر دادن پاسخ های خواسته یا ناخواسته در جهت رسیدن به اهداف آگاهانه یا ناآگاهانه تعریف کرده اند (هوفمان<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴).

اهمیت این سازه در یادگیری، به ویژه در موفقیت شغلی، به حدی است که مورد توجه تئوری های رفتاری، شناختی، ساخت گرایي و به ویژه شناخت اجتماعی قرار گرفته است (فتاحی، ۲۰۱۰). یادگیری خودتنظیمی، شامل راهبردهایی است که دانش آموزان به کار می برند تا شناخت هایشان را تنظیم کنند. راهبردهای یادگیری، فنون یا روش هایی هستند که یادگیرندگان برای اکتساب اطلاعات از آن ها استفاده می کنند. نظریه پردازان، طبقه بندی های مختلفی از راهبردهای یادگیری خودتنظیمی ارائه کرده اند؛ اما به طور کلی در بیشتر این طبقه بندی ها، راهبردهای یادگیری خودتنظیمی به سه دسته طبقه بندی شده اند که عبارتند از: راهبردهای فراشناختی، راهبردهای شناختی و باورهای انگیزشی (صالحی و همکاران، ۲۰۰۹).

بدین ترتیب با توجه به موارد بیان شده مبنی بر اینکه تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر خود پنداره و خودتنظیمی مورد بررسی قرار نگرفته است، و نظر به اهمیت خود پنداره و خودتنظیمی در افراد دارای ویژگیهای بالینی و سواسی-جبری، در این پژوهش به این پرسش پاسخ داده می شود که آیا آموزش ذهن آگاهی بر، خود پنداره و خودتنظیمی افراد دارای ویژگیهای بالینی و سواسی-جبری تاثیر دارد؟

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و ازجمله طرح های نیمه آزمایشی، با عنوان طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می باشد که در پی بررسی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کمال گرایي مثبت و منفی افراد دارای ویژگی های شخصیت و سواسی-جبری است.

جامعه پژوهش شامل کلیه افراد دارای ویژگی های بالینی شخصیت و سواسی-جبری شهرستان بابل در سال ۱۳۹۶ بود. برای تعیین حجم نمونه از بین افراد مراجعه کننده به درمانگاه های روان شناختی و مراکز مشاوره شهر ساری ۲۴ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (گروه آزمایش=۱۲ نفر/ گروه کنترل=۱۲ نفر).

ابزار پژوهش پرسشنامه های خودپنداره راجرز (۱۹۵۱) و خودتنظیمی مارس (۱۹۹۰) بود.

**پرسشنامه خود پنداره راجرز (۱۹۵۱):** این آزمون از دو فرم (الف) و (ب) تشکیل شده است. فرم الف نگرش فرد نسبت به "خود واقعی" و فرم ب نگرش فرد را نسبت به "خودایده آل" مورد سنجش قرار می دهد. آزمون راجرز شامل ۲۵ جفت صفت است. هر صفت به صورت متضاد و در مقابل هم قرار دارند. فاصله بین دو صفت متضاد، با یک مقیاس ۷ درجه ای نمره گذاری شده است. آقاجانی و همکاران (۱۳۷۸؛ به نقل از دیباج نیا، ۱۳۸۴) در پژوهش خود اعتبار این آزمون به روش کرونباخ ۰٫۸۱ را گزارش کرده اند. نوربخش و حسن پور (۱۳۸۳؛ به نقل از منادی، ۱۳۹۳) اعتبار پرسشنامه خودپنداره راجرز را با روش آزمون-آزمون مجدد (بعد از

4. Desrosiers, Vine, Curtiss & Klemanski

5. Hofman

۳ هفته) (حجم نمونه برابر ۱۰۰) برابر با  $r = 0,83$  آفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰,۷۴ و ۰,۶۵ گزارش کردند. برای بررسی میزان پایایی آزمون، از روش دو نیمه کردن و ضریب همبستگی حاصل از نمرات هر دو نیمه استفاده شده است. همبستگی بین نمره‌های سوال های فرد و سوال های زوج بر اساس همبستگی گشتاوری پیرسون محاسبه شد. ضریب همبستگی محاسبه شده برابر با ۰/۸۰ است که در سطح آفای ۰/۰۰۱ معنی دار است (خدیبوی و وکیلی، ۱۳۹۰).

**پرسشنامه خودتنظیمی مارس (۱۹۹۰):** سوالات این پرسشنامه به وسیله لارسن و پریز مایک طراحی و توسط گرجی ترجمه شده است. این پرسشنامه دارای ۴۴ سوال است که ابعاد شناختی، رفتاری، تغییر موقعیت، تغییر عاطفه، کاهش خلق منفی، افزایش خلق مثبت را شامل می شود. آزمون راهبردهای خودتنظیمی عاطفی مارس از نوع آزمون های بسته پاسخ ۷ گزینه ای است که از هرگز تا همیشه تشکیل و از صفر تا ۶ نمره گذاری شده است. روایی آن از نوع محتوایی و اعتبار آن با اجرای این پرسشنامه بر روی ۶۰ نفر با استفاده از روش تنصیف ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین صالحی مورکانی (۱۳۸۵) پایایی این پرسش نامه را با استفاده از روش نیمه کردن ۰/۷۵ و با استفاده از آفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است.

### روش اجرای پژوهش

پژوهشگر پس از انتخاب نمونه پژوهش آنها را به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم کرد و در مرحله پیش آزمون پرسشنامه‌های خوینداره و خودتنظیمی را در بین آزمودنی‌های دو گروه توزیع کرد. در اجرای مداخله، گروه آزمایش به مدت هشت جلسه (هر هفته یک جلسه) به شیوه گروهی، تحت آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت؛ در حالی که گروه گواه هیچگونه مداخله ای دریافت نکرد. کلیه مراقبه های لازم جهت تکالیف خانگی هفتگی به صورت سی دی به شرکت کنندگان داده شد. در صورتی که هر یک از افراد در جلسه یا جلساتی شرکت نمی کردند، در مانگر در ابتدای جلسه بعد، علاوه بر تکرار خلاصه جلسه قبل، جزوه خلاصه آن جلسه را نیز در اختیار آن افراد قرار می داد. در نهایت در مرحله پس آزمون نیز مجدداً پرسشنامه‌های خوینداره و خودتنظیمی به آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل داده شد تا به آن پاسخ دهند. محتوای جلسات آموزشی عبارتند از:

جدول ۱: شرح جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	موضوع	خلاصه جلسات
۱	هدایت خودکار	تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت کنندگان به تشکیل گروه های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به عنوان یک واحد، تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع جزوات جلسه اول.
۲	رویاری با موانع	تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه.

تمرین "دیدن" یا "شنیدن"، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه درحالت مراقبه ی بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای و بازنگری قدم زدن با ذهن آگاهی.	حضور ذهن از تنفس	۳
تمرین پنج دقیقه ای "دیدن یا شنیدن"، ۴۰ دقیقه مراقبه، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.	ماندن در زمان حال	۴
چهل دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن.	اجازه/مجوز حضور	۵
مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه ای، آگاهی از تنفس بدن، اصوات و سپس افکار بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره.	افکار حقایق نیستند	۶
۴۰ دقیقه مراقبه نشسته- آگاهی از تنفس بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین ها، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.	مراقبت از خود	۷
بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی	استفاده از آموخته ها	۸

برای تجزیه و تحلیل داده ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده، و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه شماره ۲۰ تحلیل شدند.

## یافته‌ها

در این بخش ابتدا بررسی‌های حاصل با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی انجام و سپس یافته‌های حاصل از اجرای آزمون‌های آماری جهت پاسخ به سؤالات پژوهشی ارائه شده است. جدول (۲) میانگین، انحراف استاندارد در مورد متغیرهای خودپنداره و خودتنظیمی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در بعد و قبل از درمان

گروه‌ها	متغیرها	میانگین قبل از مداخله	میانگین بعد از مداخله
خودتنظیمی	ازمایش	۶۹/۵۵	۸۶/۳۳
	کنترل	۷۱/۸۸	۶۱/۱۹
خودپنداره	ازمایش	۶۳/۳۳	۹۳/۴۴
	کنترل	۶۱/۶۶	۱۰/۲۵

پیش از آزمون فرضیه آماری و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض‌های استفاده از این آزمون پارامتریک انجام شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگراف-اسمرینف استفاده شد.

همان طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، برای متغیرهای خودپنداره و خودتنظیمی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنادار نبودند؛ در نتیجه فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار است ( $P > 0/05$ ).

جدول ۳: نتایج آزمون نرمال بودن متغیرهای تحقیق

کولموگروف-اسمیرنف			متغیرهای وابسته
سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	
۰/۶۷	۱۸	۰/۷۲	خودتنظیمی (قبل)
۰/۷۶	۱۸	۰/۶۷	خودتنظیمی (بعد)
۰/۸۹	۱۸	۰/۵۷	خودپنداره (قبل)
۰/۱۹	۱۸	۱/۰۷	خودپنداره (بعد)

همچنین برای بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن به توجه به مقدار F و مقدار معنی‌داری برای هیچ کدام از متغیرهای وابسته معنادار نبود؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌ها هم برقرار است ( $P > 0/05$ ).

جدول ۴: خلاصه اطلاعات تحلیل کواریانس خود پنداره در گروه‌های آزمایش و کنترل برای آزمون اثر متقابل

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	f	سطح معنی‌داری
خودپنداره	همپراش	۱۸۹/۴۰	۱	۱۸۹/۴۰	۱۱/۱۳	۰/۰۰۵
	گروه (a)	۲۸۳/۹۱	۱	۲۸۳/۹۱	۱۶/۶۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون (b)	۴۵/۶۵	۱	۴۵/۶۵	۲۶/۴۹	۰/۰۰
	تعامل a*b	۹۹/۷۴	۱	۹۹/۷۴	۲/۸۴	۰/۳۱
	خطا	۲۳۸/۱۴	۱۴	۱۷/۰۱		
	کل	۱۱۳۳۷۶	۱۸			
	همپراش	۱۶۸/۲۳	۱	۱۶۸/۲۳	۶/۸۳	۰/۰۲
خودتنظیمی	گروه (a)	۱۴۶/۱۶	۱	۱۴۶/۱۶	۵/۹۴	۰/۰۲
	پیش آزمون (b)	۳۸۶/۰۴	۱	۳۸۶/۰۴	۱۵/۶۹	۰/۰۰۱
	تعامل a*b	۸۱/۸۹	۱	۸۱/۸۹	۳/۳۲	۰/۰۸
	خطا	۳۴۴/۴۳	۱۴	۲۴/۶۰		
	کل	۱۱۵۱۹۲	۱۸			

با توجه به داده‌های جدول (۴)، اثر متقابل بین پیش‌آزمون خود‌پنداره ( $F=2/84, p=.31$ ) و خودتنظیمی ( $F=3/32, p=0/08$ ) در دو گروه معنی‌دار نیست معنی‌دار نبودن اثر متقابل نشان می‌دهد که داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند. بنابراین اجرای کواریانس صرفاً برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس‌آزمون در دو گروه صورت می‌گیرد. یعنی آیا میانگین‌های جامعه در دو گروه آزمایش و کنترل یکی است. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس در گروه آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل در جدول (۵) نشان داده شده است.

جدول ۵: خلاصه تحلیل کواریانس خود‌پنداره در گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
خودپنداره	پیش‌آزمون	۱	۹۶۲/۳۲	۴۲/۷۲	۰/۰۰	۰/۷۴
	بین گروه‌ها	۱	۴۲۴۵/۸۲	۱۸۸/۴۸	۰/۰۰	۰/۹۲
	درون گروه‌ها	۱۵	۲۲/۵۲			
	کل	۱۸	۱۱۳۳۷۶			
خودتنظیمی	پیش‌آزمون	۱	۳۰۵/۸۹	۱۰/۷۶	۰/۰۰۵	۰/۴۱
	بین گروه‌ها	۱	۹۹۶/۰۲	۳۵/۴	۰/۰۰	۰/۷۰
	درون گروه‌ها	۱۵	۲۸/۴۲			
	کل	۱۸	۱۱۵۱۹۲			

در متغیر خودپنداره و ( $F = 188/48, p = 0/00, Eta = 0/92$ ) در متغیر خودتنظیمی نشان می‌دهد بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. به عبارت دیگر بین پس‌آزمون خودپنداره و خودتنظیمی گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برابر ۰/۹۲ در خودپنداره و ۰/۷۰ در خودتنظیمی حاکی از این است که ۰/۹۲ در خودپنداره و ۰/۷۰ درصد از بهبود خودتنظیمی در افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی و سواسی-جبری در گروه آزمایش را می‌توان به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت داد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خود‌پنداره و خودتنظیمی افراد دارای ویژگی‌های شخصیت و سواسی-جبری بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی ذهن آگاهی بر خودپنداره افراد دارای ویژگی‌های شخصیت و سواسی-جبری مؤثر است. به عبارت دیگر ذهن آگاهی باعث افزایش خودپنداره مثبت و کاهش خودپنداره منفی افراد دارای شخصیت و سواسی-جبری در پس‌آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با پس‌آزمون گروه کنترل شده است. این یافته در راستای نتایج پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۹۵)، قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۵)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۴) نصیری و همکاران (۱۳۹۴)، قشقایی و همکاران (۱۳۹۳) ون در والدن و همکاران (۲۰۱۵) ایوانوسکی و همکاران (۲۰۱۴)، هارتمن و همکاران (۲۰۱۲) و رزنزویک و همکاران (۲۰۰۷) قرار داشت.



در تبیین این یافته می توان گفت که، که خود پنداره جزء شناختی شخصیت انسان می باشد و تغییر شناختی در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به این صورت ایجاد می شود که شرکت کنندگان ترغیب می شوند به تنش به عنوان یک چالش و نه یک تهدید بنگرند، و افکارشان را بدون قضاوت و داوری در مورد آنها بپذیرند (ماروتا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین به شرکت کنندگان آموزش داده می شود هرگاه افکار یا احساس منفی در آنها ایجاد شد اجازه دهند که افکار به همان صورت در ذهنشان باقی بماند، به علاوه الگوهای برای آموزش مهارت های تمرکز زدایی فراهم می کنند و از روش هایی برای پردازش اطلاعاتی که چرخه های فکر \_ خلق را تداوم می بخشد، استفاده می کنند (استرسل<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). که مجموع این عوامل باعث افزایش خود پنداره می شود.

ون در والدن و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی مروری به بررسی مکانیسم های تغییر در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درمان اختلال افسردگی اساسی پرداختند. در این پژوهش ابتدا تعداد ۴۷۶ مقاله و پس از بررسی دقیق ۲۳ مقاله وارد پژوهش شدند که نتایج نشان داد کار بر روی ذهن آگاهی، نشخوار فکری، نگرانی، شفقت، و فراآگاهی با نتایج درمان مرتبط بوده است. همچنین نتایج مطالعه مروری ایوانوسکی و مالهی (۲۰۱۴) روی ۱۹۹۶ مقاله منتشر شده درباره مداخلات مبتنی بر حضور ذهن و مکانیسم های اثرگذاری این شیوه ها نشان داده است که مداخلات مبتنی بر حضور ذهن در درمان افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت مرزی، روا نپریشی و رفتارهای خودکشی مؤثر می باشد.

نتایج همچنین نشان داد که درمان شناختی ذهن آگاهی بر خودتنظیمی مؤثر است، و ذهن درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش خودتنظیمی در پس آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با پس آزمون افراد گروه کنترل شده است. در تبیین این یافته می توان گفت که ذهن آگاهی و مهارت های مربوط به ذهن آگاهی موجب می شوند که افراد در برابر تجارب، حوادث و ناکامی ها، اشتغال ذهنی کمتر، تفکر منطقی بهتر و تفسیر صحیح از عملکرد خود نشان دهند و از این طریق خودتنظیمی بالاتری را تجربه کنند. داشتن ذهن آگاهی و باورهای فراشناختی سالم مرتبط با ذهن آگاهی، مهارت های مقابله ای را تقویت می کنند و این باعث می شود تعاملات شناختی موثری شکل گرفته و سلامت روانی ارتقاء و افزایش یابد (گایسینگر و آنترینر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶). توجه آگاهانه به رویدادهای بیرونی و درونی در افراد دارای ویژگی ذهن آگاهی، باعث می شود که آنها به همه رویدادها نگرشی خنثی داشته باشند و فقط رویدادها را توصیف کنند بدون این که در پی ارزیابی آنها باشند. بدین ترتیب خودتنظیمی بالاتری را تجربه می کنند و کمتر از لحاظ جسمانی و روانی و نیز در روابط بین فردی و اجتماعی مشکل دار می شوند (براون<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). گایسینگر و آنترینر<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۶) نتیجه گیری در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی خود، آگاه می شود و مهارت های شناسایی شیوه های مفیدتر را فرا می گیرد و شخص یاد می گیرد که ذهن را از یک شیوه به سوی شیوه دیگر حرکت دهد.

در همین راستا ریان و دسی (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان داده اند که افزایش حضور ذهن با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب، افسردگی، خوردن مرضی و استرس و بیماری های دیگر ارتباط دارد. حضور ذهن می تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند. همچنین بیرامی و همکاران (۱۳۹۴) به بررسی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نگرانی آسیب شناختی و علائم اضطرابی دانش آموزان پرداخت. نتایج نشان داد که بین

1. Maruta

1. Strassle

1. Gaiswinkler & Unterrainer

2. Brown

<sup>13</sup> Gaiswinkler, & Unterrainer

میانگین نمره های پس آزمون گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری وجود داشت، بدین ترتیب که آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش نگرانی آسیب شناختی در گروه مداخله شده بود. همچنین نتایج نشان داده است که آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش علائم اضطرابی نیز شده است.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های بود. از جمله این محدودیت‌ها این بود که انجام آن در بین افراد وسواسی- جبری شهرستان بابل انجام شده است و باید از تعمیم‌دهی نتایج آن به دیگر افراد با ویژگی‌های مذکور جوانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به یافته‌های این پژوهش تدوین برنامه‌های آموزشی جهت ارتقاء عوامل روانشناختی همچون خودپنداره و خودتنظیمی برای افراد دارای شخصیت وسواسی- جبری پیشنهاد می‌گردد.

## منابع

- احمدی، زهرا، میرزائیان، بهرام و مداح، محمد تقی. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرانی و اجتناب شناختی در دانشجویان اضطرابی. *مجله ایده های نوین روانشناسی*، ۱(۱): ۱۰-۱.
- انصاری، حسن؛ جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر پیش فرض های خودپنداره، خدا پنداره و آخرت پنداره بر شدت اختلال وسواس- بی اختیاری: مطالعه مورد. *روانشناسی دین*، ۹(۴): ۲۵-۴۰.
- بیرامی، منصور، موحدی، یزدان، کاظمی رضایی، سید ولی. (۱۳۹۴). تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نگرانی آسیب شناختی و علائم اضطرابی دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۲(۱): ۹-۷۹.
- دانای سیج، زهرا؛ منشی، غلامرضا؛ نادى، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی طرح وارهدرمانی گروهی بر سبک‌های دل‌بستگی (ایمن، نایمن اضطرابی و نایمن اجتنابی) و علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۲۵(۳): ۱۹۲-۱۸۱.
- فتاحی، شیدا. (۱۳۸۹). *تاثیر آموزش مهارت مدیریت و برنامه‌ریزی زمان (مهارت خودتنظیمی) بر انگیزش پیشرفت و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان در درس علوم پایه‌ی سوم راهنمایی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه بیرجند.
- قدم پور، عزت اله، یوسف وند، لایلا، رادمهر، پروانه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود حرمت خود در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۲(۳): ۶۷-۷۸.
- قشقای، سحر، نظیری، قاسم و فرنام، رابرت. (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۳(۴): ۳۳۰-۳۱۹.
- نصیری، فرزاد، علیلو، مجید و بخشی پور، عباس. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر. *پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره*. ۵(۱): ۱۳۳-۱۱۶.
- ویل، دیوید و راب ویلسون. (۱۳۸۵). *وسواس و درمان آن*. ترجمه سیاوش جمالفر. تهران: نشر ارسباران.

- Brown, K.W., Ryan, R.M., Creswell, J.D. (2007). Addressing fundamental questions about Mindfulness. *Psychology Inquiry*, 18 (4), 272-281.
- Desrosiers, A., Vine, V., Curtiss, J., & Klemanski, D. H. (2014). Observing nonreactively: A conditional process model linking mindfulness facets, cognitive emotion regulation strategies, and depression and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 165, 31-37.
- Gaiswinkler, L., & Unterrainer, H. (2016). The relationship between yoga involvement, mindfulness and psychological well-being. *Complementary Therapies in Medicine*, 26, 123-127.
- Gaiswinkler, L., & Unterrainer, H. (2016). The relationship between yoga involvement, mindfulness and psychological well-being. *Complementary Therapies in Medicine*, 26, 123-127.
- Hartmann M, Kopf, S. (2012). Sustained Effects of a Mindfulness-Based Stress-Reduction Intervention in Type 2 Diabetic Patients. *Diabetes Care*; 35:945–947.
- Hofmann, S. G. (2014). Interpersonal emotion regulation model of mood and anxiety disorders. *Cognitive*.
- Ivanovski B, Malhi GS. (2014). The Psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness form meditation. *Acta Neuropsychiatr*; 19: 76-91
- Maruta T, Colligan RC, Malinchoc M, Offord KP. (2002). Optimismpessimism assessed in the 1960s and self-reported health status 30 years later. *Mayo Clin Proc*; 77(8): 748-53.
- Nedelisky, A., & Steele, M. (2009). Attachment to people and to objects in obsessive-compulsive disorder: an exploratory comparison of hoarders and non-hoarders. *Attachment & human development*, 11(4), 365-383.
- Rosenzweig S, Reibel DK, Greeson JM, Edman JS, Jasser SA, McMearty KD, Goldstein BJ. (2007). Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilotstudy. *Altern Ther Health Med*; 13:36-38.
- Rutter JB, Hochreich DJ. (2012). *Personality, Unitet States of American*, Scott, Faresman and company.
- Strassle CG, McKee EA, Plant DD. (1999). Optimism as an indicator of psychological health: Using psychological assessment wisely. *Journal of personality assessment*, 12: 190-9.

Van der Valden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, J. K., & et al. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 37, 26–39.