

اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درآمیختگی فکر- عمل،

فرونشانی افکار و احساس گناه دانشجویان دختر

سودابه بساک‌نژاد^{۱*}، یداله زرگر^۲، معصومه حاتمی سربرزه^۳

۱- استادیار گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

Soodabeh_bassak@yahoo.com

۲- استادیار گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

Zargar_y@scu.ac.ir

۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

Hatami.chamran@gmail.com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درآمیختگی فکر- عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران بود. این پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. ابزارهای این پژوهش شامل مقیاس درآمیختگی فکر- عمل، سیاهه فرونشانی افکار و پرسشنامه خصیصه گناه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای ابتدا ۵۱۸ دانشجوی دختر مقطع کارشناسی به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. از این میان، افرادی که در هر سه مقیاس درآمیختگی فکر- عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه، نمره بالاتر از یک انحراف معیار داشتند. ۳۰ نفر به روش تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفره به عنوان گروه آزمایش و گروه کنترل گماشته شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری، نشان می‌دهد که آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در هر سه متغیر درآمیختگی فکر- عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه نسبت به گروه کنترل کاهش

معناداری را نشان دادند ($P < 0.001$) نتایج نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی- رفتاری نقش مؤثری در کاهش علائم درآمیختگی فکر- عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه در جمعیت دختران دانشجوی دارد. **واژه‌های کلیدی:** درآمیختگی فکر- عمل، فرونشانی افکار، احساس گناه، درمان شناختی- رفتاری

مقدمه

دیگران آسیب برسانند. بنابر این، سوءتعبیر افکار مزاحم، به مجموعه‌ای از علائم همچون اضطراب بالا و احساس گناه منجر می‌گردد. انواع سوءتعبیرهای شناختی به عنوان سوگیری اخلاقی (باور فکر کردن درباره یک موضوع غیر اخلاقی معادل عمل کردن به آن) و سوگیری احتمالی (باوری که فکر کردن به یک حادثه مثل مرگ یا تصادف شخص عزیزی، احتمال وقوع آن حادثه را افزایش می‌دهد) شناخته شده‌اند (شافران و راجمن، ۲۰۰۴؛ شافران و همکاران^۸ (۱۹۹۶). این دو نوع سوگیری اخلاقی و احتمالی، مؤلفه‌های اصلی سازه روان‌شناختی درآمیختگی فکر- عمل را تشکیل می‌دهند و بخش اساسی از سوءتعبیر فاجعه‌آمیز است که در آسیب‌شناسی بسیاری از بیماری‌های روان‌پزشکی، از جمله وسواس‌های فکری و عملی نقش دارند. فریستون و همکاران (۱۹۹۱) دریافتند که ۹۲ درصد از افرادی که افکار مزاحم را تجربه می‌کنند، از رفتارهای خنثی سازی، از جمله اطمینان‌یابی مجدد افکار، تلاش برای جایگزین کردن این افکار با افکار دیگر و منحرف کردن توجه استفاده می‌کنند، اما برخی راهبردهای اجتناب شناختی از جمله فرونشانی افکار در حفظ و تداوم افکار مزاحم نقش مهمی را ایفا می‌کنند. این نوع راهبردها به افراد کمک می‌کند تا اضطراب و

افکار مزاحم^۱، تفکراتی ناخواسته، ناخوشایند، غیرقابل کنترل و بی‌معنا هستند که قریب به ۸۰ درصد از افراد عادی گاهی اوقات آن را تجربه می‌کنند (فریستون و همکاران^۲، ۱۹۹۱؛ نیلر و بک^۳، ۱۹۸۹؛ راجمن و دی سیلوا^۴، ۱۹۷۸؛ سالکوسکیس و هاریسون^۵، ۱۹۸۴). محتوای این افکار مزاحم می‌تواند شامل احتمال آسیب رساندن به خود یا دیگران باشد که از نظر شدت، فراوانی و پیامد با تفکرات بیماران وسواس مرضی متمایز است (برمن و همکاران^۶، ۲۰۱۰). مدل شناختی سالکوسکیس (۱۹۸۵) بیان می‌کند که شیوه تفسیر افکار مزاحم عامل مهمی در تعیین شدت ناراحتی و اضطراب ناشی از پیامد این افکار دارد؛ به طوری که تفسیر افکار مزاحم می‌تواند متأثر از سوگیری‌های شناختی^۷ باشد. برای مثال، افرادی که دارای تکانه تمایل به آسیب رسانی به دیگران هستند، اگر این فکر مزاحم را از نظر اخلاقی معادل انجام دادن آن کار بدانند، این سوگیری شناختی به سوءتعبیر فاجعه‌آمیزی از تکانه‌های مزاحم تبدیل می‌شود و این تکانه‌ها را بدین گونه تفسیر می‌کند که می‌خواهد واقعا به

1. intrusive thoughts

2. Freeston et al

3. Niler & Beck

4. Rachman & De Silva

5. Salkovskis & Harrison

6. Berman et al

7. cognitive biases

8. Shafran et al

(۱۹۹۸)، آشکارساز (مک کراو^۵، ۱۹۸۹) یا تداوم بخش اختلال وسواسی- اجباری می‌دانند. روش‌های درمانی مختلفی در کاهش علائم درآمیختگی فکر- عمل و پیامدهای آن استفاده شده‌اند؛ از جمله مداخلات شناختی- رفتاری زاگر و همکاران^۶ (۲۰۰۶) نشان می‌دهد، علائم درآمیختگی فکر- عمل در افرادی که این مداخلات را دریافت کردند، نسبت به گروه کنترل، کاهش معنا داری پیدا می‌کند. همچنین، یافته‌های مارینو- کارپر و همکاران^۷ (۲۰۱۰) همکاران^۷ (۲۰۱۰) نشان می‌دهد که آموزش‌های روان‌شناختی بر کاهش باورآمیختگی فکر- عمل در جمعیت غیر بالینی نقش مهمی دارد. بر این اساس، تحقیق کنونی از جنبه درمانی باورآمیختگی فکر- عمل را بررسی می‌کند. بنابراین، با توجه به تحقیقات قبلی، این سؤال مطرح می‌شود که آیا گروه درمانی شناختی- رفتاری بر باورآمیختگی فکر- عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه در دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اثر دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر آزمایشی از نوع " پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل" است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر کارشناسی دانشگاه شهید چمران بودند که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹، به تحصیل اشتغال داشتند. در پژوهش حاضر برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد؛

ناراحتی ناشی از افکار مزاحم را کاهش دهند، اما استفاده مکرر از این راهبردها اثر معکوسی دارد. برای مثال، یافته‌های گروهی از محققان نشان داد که تلاش برای فرونشاندن افکار به طور قابل توجهی موجب افزایش افکار مزاحم و بروز اضطراب و ناراحتی بیشتر می‌شود. بنابراین، افرادی که در فرایند درآمیختگی فکر- عمل درگیر می‌شوند، احساس مسؤولیت افراطی و احساس گناه زیادی را نسبت به افکار مزاحم خود تجربه می‌کنند (بسیرگلو و همکاران^۱، ۲۰۱۱؛ برمن و همکاران^۲، ۲۰۱۱). برای مثال، فردی که معتقد است فکر کردن درباره بیماری یا مرگ پدر، از نظر اخلاقی معادل بیماری و مرگ اوست، احساس گناه شدیدی را به هنگام بیماری پدرش تجربه می‌کند و بروز بیماری یا مرگ احتمالی او را به خود نسبت می‌دهد (سالکوسکیس و کیرک^۳، کیرک^۳، ۱۹۹۷). احساس گناه، مسؤولیت پذیری ادراک شده، افسردگی و وسواس فکری- عملی با درآمیختگی فکر- عمل مرتبط است (رینولد^۴ و سالکوسکیس، ۱۹۹۱). همچنین، درآمیختگی فکر- عمل (ارتباط بین افکار با اعمال یا حوادث ناگوار) به احساس مسؤولیت‌پذیری ادراک شده افراطی و تجربه احساس گناه از افکار مزاحم منجر می‌گردد (نوریان، رضایی و دولتشاهی، ۲۰۱۰). بنابراین، افرادی که احساس می‌کنند افکار مزاحم آنها ممکن است به دوستان و بستگان‌شان آسیب برساند و به عمل تبدیل گردد، درباره این افکار احساس گناه می‌کنند. یافته‌های پژوهشی احساس گناه را عامل زمینه‌ساز (راچمن،

1. Besiroglu etal

2. Berman etal

3. Kirk

4. Reynolds

5. Mc Craw

6. Zucker etal

7. Marino-Carper etal

نشان می‌دهد این مقیاس از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس تجدید نظر شده درآمیختگی فکر- عمل $0/83$ به دست آمد که در سطح $P \leq 0/001$ معنادار است. ضریب روایی سازه مقیاس درآمیختگی فکر- عمل برابر $0/60$ محاسبه شد ($0/01$ / فرونشانی افکار^۱ یک پرسشنامه ۱۵ ماده‌ای است که برای سنجش تمایل به فرونشانی افکار ساخته شده است. در این پژوهش، از فرم فارسی این مقیاس استفاده شد (داودی، ۱۳۸۶). دامنه پاسخ به هر کدام از پانزده عبارت از ۱ (به شدت مخالف) تا ۵ (به شدت موافق) است. داودی (۱۳۸۶) روایی سازه مقیاس مورد نظر را $0/42$ گزارش می‌کند. در پژوهش حاضر روایی سازه سیاهه فرونشانی افکار، $0/73$ به دست آمد که در سطح $P \leq 0/001$ معنادار است. همچنین، پایایی این مقیاس به دو روش همسانی درونی و باز آزمایی به ترتیب $0/90$ و $0/53$ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، به منظور بررسی پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس $0/80$ به دست آمده است که در سطح $P \leq 0/001$ معنادار است. پرسشنامه گناه یکی از ابزارهای خودسنجی است که توسط کوگلر و جونز^۳ (۱۹۹۲) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است که دامنه پاسخ به هر کدام از ۲۱ عبارت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) است. در ایران روایی محتوا و صوری آن توسط نظیری (۱۳۷۴) و به وسیله نظرخواهی از ۱۵ نفر از اساتید

به این صورت که از میان دانشکده‌های مختلف دانشگاه، پنج دانشکده (اقتصاد و علوم اجتماعی، الهیات، تربیت بدنی، علوم ریاضی و علوم پایه) به طور تصادفی انتخاب شدند. آن‌گاه از میان تعدادی از کلاس‌های مقطع کارشناسی، نیمی از دانشجویان دختر انتخاب و به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. با این روش، دو گروه نمونه (تعداد ۱۰۰ نفر برای اعتباریابی ابزار و ۵۱۸ نفر برای آزمون فرضیه) انتخاب شدند. از ۵۱۸ نفر آزمودنی دختر ۷۴ نفر که در هر سه پرسشنامه درآمیختگی فکر- عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه نمره بالاتر از یک انحراف معیار داشتند، ۳۰ نفر به روش تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۵ نفر) برگزیده شدند. در این پژوهش از سه ابزار استفاده شد. مقیاس تجدید نظر شده درآمیختگی فکر- عمل یک مقیاس مداد- کاغذی خود گزارشی است که ۲۷ گویه دارد و برای سنجش تمایل به درآمیختگی افکار با اعمال ساخته شده است (امیر و همکاران^۱ ۲۰۰۱). در این پژوهش از فرم فارسی مقیاس تجدید نظر شده درآمیختگی فکر- عمل استفاده گردید (پورفرجی، محمدی و تقوی، ۲۰۰۸). دامنه پاسخ به هر کدام از ۲۷ ماده از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) است. پورفرجی و همکاران (۲۰۰۸) برای محاسبه پایایی مقیاس از روش‌های همسانی درونی، باز آزمایی با فاصله ۴ هفته استفاده کردند. ضرایب حاصل از پایایی برای کل مقیاس $0/81$ گزارش شد. همچنین، ضریب روایی همزمان این مقیاس با نگرش مسؤلیت‌پذیری استفاده شد. یافته‌های این محققان

2. White Beer Suppression of Thought Inventory (WBSI)

3. Kugler & Jones

1. Amir et al

مدت دریافت نکرد. در نهایت، پس از اتمام جلسات، پس از آزمون از هر دو گروه انجام گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

خلاصه محتوای جلسات درمانی: به طور کلی، محتوای جلسات پژوهش حاضر بر مبنای درمان شناختی رفتاری زاکر و همکاران (۲۰۰۶) بود. تعداد جلسات ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه برگزار شد. در هر جلسه، پس از مرور مباحث و تمرینات جلسه قبل، هدف از هر جلسه و سپس موضوع‌های مربوط به آن جلسه مطرح می‌گردید و اعضای گروه با تفکر، بحث و تبادل نظر، به بررسی مطالب عنوان شده می‌پرداختند. در پایان هر جلسه، مطالب جمع بندی شده و تکالیفی برای جلسه بعد به آنان داده می‌شد. جلسه اول: معارفه اعضا و آشنایی گروه، معرفی منطق درمان شناختی- رفتاری و تعیین اهداف درمانی آموزش درباره ماهیت افکار مزاحم؛ جلسه دوم: شناسایی باورهای غیرمنطقی تفکر سحرآمیز و خرافی و آموزش باورآمیختگی فکر- عمل؛ جلسه سوم: تمرین برانگیختن افکار مزاحم و تمرینات آموزش آرام سازی ذهنی و جسمانی برای کنترل آن؛ جلسه چهارم: آموزش فرونشانی افکار، خنثی سازی و جست و جوی اطمینان آفرینی؛ جلسه پنجم: مواجهه با افکار مزاحم و جلوگیری از پاسخ، تمرین آرام سازی عضلانی؛ جلسه ششم: معرفی باورهای غلط (مسئولیت پذیری افراطی، بیش برآورد خطر، بیش مهم پنداری افکار و عقاید غلط درباره اضطراب) و چگونگی به چالش کشیدن آنها؛ جلسه هفتم: آموزش و تمرین بازسازی شناختی؛ جلسه

روان‌پزشک و روان‌شناسی بررسی شد که همگی این افراد روایی محتوا و صوری آن را تأیید کردند و این محقق ضریب پایایی به روش بازآزمایی را با فاصله‌ی ۳ هفته، برای نمره کلی ۰/۸۳ گزارش می‌کند. در پژوهش حاضر روایی پرسشنامه گناه از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس افسردگی بک بررسی گردید. ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۴۷ به دست آمد که بیانگر روایی پرسشنامه احساس گناه است. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه گناه، ۰/۷۹ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

به منظور اجرای جلسات مداخله، آزمودنی‌های پژوهش قبل از گزینش نهایی، توسط روانشناس بالینی مورد مصاحبه قرار گرفتند تا از صحت تشخیص درآمیختگی فکر- عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه و هم چنین از نظر عدم وجود اختلال‌های روانشناختی هم‌چون اختلال وسواسی- اجباری، افسردگی اساسی، انواع سایکوز و اختلال شخصیت اطمینان حاصل شود. پس از مصاحبه روانشناس بالینی با اعضای گروه و در نظر گرفتن ملاک‌های حذف، در نهایت ۳۰ نفر باقی ماندند و به روش تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفره به عنوان گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها برای رعایت ملاحظات اخلاقی، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که جلسات درمانی کاملاً محرمانه برگزار می‌شود. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ درمانی در این

هشتم: آماده کردن شرکت کنندگان برای اختتام جلسات، تمرین تعمیم مهارت‌ها به وضعیت‌های مشابه، شناسایی موانع موجود در به کارگیری یافته‌ها

روش‌ها، علت یابی و رفع آنها و در نهایت نتیجه‌گیری.

جدول ۱. نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون درآمیختگی فکر-عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه گروه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	p	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۰/۰۲۹	۰/۲۰۶	۳	۲۱	۰/۸۹	۰/۰۲۹	۱
اثر هونتینگ	۱۳/۵۹۱	۹۵/۱۴۰	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱

فرضیه ۱. درمان گروهی شناختی- رفتاری موجب کاهش علائم درآمیختگی فکر-عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه در دانشجویان دختر می‌شود. جدول ۱ نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا روی نمره‌های متغیرهای درآمیختگی فکر-عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه با کنترل پیش آزمون را نشان می‌دهد. مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد که

بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). بر این اساس، می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای مورد تحقیق بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد و فرضیه ۱ تأیید می‌شود. برای پی بردن به این تفاوت، سه تحلیل کوواریانس انجام گرفت که نتایج حاصله در جدول ۲ درج شده است.

جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پس آزمون درآمیختگی فکر-عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱۱/۰۳	۱	۱۱/۰۳	۰/۰۴	۰/۸۴	۰/۰۰۲	۰/۰۵
درآمیختگی فکر-عمل	۲۲۸۲۸/۷۶۳	۱	۲۲۸۲۸/۷۶۳	۷۴/۲۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
پیش آزمون	۶۷/۱۳	۱	۶۷/۱۳	۱/۶۱	۰/۰۰۶	۰/۲۱	۰/۲۳
فرونشانی افکار	۵۴۶۷/۸۸۳	۱	۵۴۶۷/۸۸۳	۱۲۶/۵۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
پیش آزمون	۲۳۱/۱۷	۱	۲۳۱/۱۷	۱/۸۱	۰/۰۰۷	۰/۱۹	۰/۲۵
احساس گناه	۶۹۵۳/۸۳۰	۱	۶۹۵۳/۸۳۰	۵۳/۶۰۶	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱

فرضیه ۲: درمان گروهی شناختی- رفتاری موجب کاهش علائم درآمیختگی فکر-عمل در دانشجویان دختر می‌شود.

فرضیه ۳: درمان گروهی شناختی- رفتاری موجب کاهش علائم فرونشانی افکار در دانشجویان دختر می‌شود.

است و کمترین اندازه اثر مربوط به متغیر احساس گناه (۰/۷۰) است که نشان می‌دهد ۷۰ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر احساس گناه ناشی از اثر متغیر مستقل (درمان گروهی شناختی- رفتاری) است.

فرضیه دوم برای بررسی مؤلفه‌های درآمیختگی فکر- عمل است. این مؤلفه‌ها شامل درآمیختگی فکر- عمل اخلاقی و احتمالی (برای خود و دیگران) است. برای تحلیل این فرضیه تجزیه و تحلیل مانکوا روی میانگین نمره‌های پس آزمون درآمیختگی فکر- عمل اخلاقی و احتمالی (برای خود و دیگران) دو گروه با کنترل پیش‌آزمون انجام گرفت. نتایج در جدول ۳ درج شده است.

جدول ۳. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا روی میانگین پس آزمون درآمیختگی فکر- عمل اخلاقی و احتمالی (برای خود و

دیگران) دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	سطح معنی‌داری (p)	Df فرضیه	Df خطا	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۰/۵۳	۳/۲۷	۰/۲۷	۳	۲۱	۰/۱۳	۱
اثر هونتینگ	۱۱/۷۶۳	۸۲/۳۴۳	<۰/۰۰۱	۳	۲۱	۰/۹۲	۱

عمل احتمالی برای خود و درآمیختگی فکر- عمل احتمالی برای دیگران) بین دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین، با توجه به مندرجات جدول ۳، توان آماری آزمون ۱ به دست آمد که نشان می‌دهد ۹۲ درصد از واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است.

فرضیه ۶: درمان گروهی شناختی- رفتاری موجب کاهش علائم درآمیختگی فکر- عمل اخلاقی در دانشجویان دختر می‌شود.

فرضیه ۴: درمان گروهی شناختی- رفتاری موجب کاهش علائم احساس گناه در دانشجویان دختر می‌شود.

با توجه به مندرجات جدول ۲، می‌توان به این نتیجه دست یافت که درمان گروهی شناختی- رفتاری موجب کاهش علائم درآمیختگی فکر- عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه در دانشجویان دختر می‌شود ($P < 0/001$). بر این اساس، فرضیه ۲، ۳ و ۴ تأیید می‌شود. علاوه بر این، مشاهده می‌شود که بیشترین اندازه اثر، مربوط به متغیر فرونشانی افکار است که نشان می‌دهد ۸۴ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر فرونشانی افکار ناشی از اثر متغیر مستقل (درمان گروهی شناختی- رفتاری)

فرضیه ۵: درمان گروهی شناختی- رفتاری موجب کاهش علائم انواع درآمیختگی فکر- عمل در دانشجویان دختر می‌شود.

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). بنابراین، فرضیه دوم پژوهش تأیید شد. بر این اساس، می‌توان گفت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (درآمیختگی فکر- عمل اخلاقی، درآمیختگی فکر-

فرضیه ۷: درمان گروهی شناختی- رفتاری موجب کاهش علائم انواع درآمیختگی فکر- عمل احتمالی (برای خود و دیگران) در دانشجویان دختر می‌شود.

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون درآمیختگی فکر- عمل اخلاقی، احتمالی برای خود و احتمالی برای دیگران گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۱۰/۸۷	۱	۱۱۰/۸۷	۵/۹۹	۰/۰۲	۰/۲۱	۰/۶۵
درآمیختگی فکر- عمل اخلاقی	۴۳۵۹/۲۳۵	۱	۴۳۵۹/۲۳۵	۲۳۸/۵۴۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱
پیش‌آزمون	۰/۱۸	۱	۰/۱۸	۰/۰۴	۰/۸۳	۰/۰۰۲	۰/۰۵
درآمیختگی فکر- عمل احتمالی برای خود	۱۷۶/۱۷۶	۱	۱۷۶/۱۷۶	۴۳/۹۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
پیش‌آزمون	۲۲۰/۸۳	۱	۲۲۰/۸۳	۱/۲۵	۰/۲۷	۰/۰۵	۰/۱۹
درآمیختگی فکر- عمل احتمالی برای دیگران	۵۴۵۶/۷۷۵	۱	۵۴۵۶/۷۷۵	۳۰/۵۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱

نشان می‌دهد که این روش درمانی اثر متفاوتی بر مؤلفه‌های درآمیختگی فکر- عمل می‌گذارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش علائم درآمیختگی فکر- عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه دانشجویان دختر، دانشگاه اثر دارد؟ درآمیختگی فکر- عمل بخشی اساسی از سوء تعبیر فاجعه‌آمیز است که می‌تواند خطر ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی، از جمله اضطراب، افسردگی و وسواس را افزایش دهد. با افزایش درآمیختگی فکر- عمل افراد باور دارند که افکار مزاحم آنها ممکن است به عمل تبدیل شود و حتی به دیگران آسیب برسانند. این باور بتدریج سبک زندگی افرادی می‌گردد که این باور را دارند و بر اساس آن هر گونه صدمه یا آسیب یا حادثه بیرونی را به افکار مزاحم خود نسبت

با توجه به مندرجات جدول ۴، فرضیه ۶ و ۷ تأیید می‌شود و درمان گروهی شناختی- رفتاری موجب کاهش علائم درآمیختگی فکر- عمل اخلاقی و احتمالی (برای خود و دیگران) در دانشجویان دختر می‌شود ($P < 0/001$). بیشترین اندازه اثر مربوط به درآمیختگی فکر- عمل اخلاقی (۰/۹۱) است که نشان می‌دهد ۹۱ درصد از واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر درآمیختگی فکر- عمل اخلاقی ناشی از اثر متغیر مستقل (درمان گروهی شناختی- رفتاری) و کمترین اندازه اثر مربوط به درآمیختگی فکر- عمل احتمال برای دیگران (۰/۵۷) است که بیان می‌کند ۵۷ درصد از واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر درآمیختگی فکر- عمل احتمال برای دیگران، ناشی از اثر متغیر مستقل (درمان گروهی شناختی- رفتاری) است. این نتایج

روی جامعه دختران، نداشتن گروه‌های مقایسه از محدودیت‌های این تحقیق است که تعمیم آن را محدود می‌سازد. به محققان توصیه می‌شود که در تحقیقات آتی رابطه متغیرهایی، همچون: باورهای مذهبی، بخشش و سبک‌های مقابله با سازه در آمیختگی فکر- عمل را بررسی کنند و از سوی دیگر، روش‌های درمانی و آموزشی مختلف را با هم مقایسه کنند و روشی که بهترین نتیجه را در بر دارد، به عنوان یک برنامه منظم به گروه‌های دانشجویی دختر و پسر آموزش دهند.

منابع

داودی، ایران. (۱۳۸۶). *بررسی عوامل شناختی، شخصیتی، فشار روانی و سابقه خانوادگی به عنوان پیش‌بین‌های ابتلا به اختلال وسواسی- اجباری و مقایسه زیرگروه‌های علائم اختلال بر اساس برخی متغیرهای پیش‌بین در شهر اهواز*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

نظیری، قاسم. (۱۳۷۴). *نقش احساس گناه در فرایند پردازش اطلاعات بیماران وسواسی- اجباری و بررسی ریشه‌های آن در شیوه فرزند پروری کمال‌گرا*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

Amir, N, freshman, M, Ramsey, B, Neary, E, & Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 39, 765-776
Berman N,C, Abramovitz J,S, Pardue C,M. & Wheatman M,G. (2010). The relationship between religion and TAF use of an in vivo paradigm. *Behavior Research Therapy*,48 (7), 670-674.

Berman N,C, Wheaton M,G, Fabriant L,E,

می‌دهند و آنها را آشفته می‌سازد. یافته‌ها نشان می‌دهند که در دختران دانشجو میانگین درآمیختگی فکر- عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه پس از مداخله شناختی- رفتاری کاهش معناداری را نشان می‌دهد. این یافته‌ها با یافته‌های مارینو- کارپر و همکاران (۲۰۱۰)، زاگر و همکاران (۲۰۰۶) همسوست. بر طبق نتایج یافته‌های محققان کسانی که در آمیختگی فکر- عمل بالایی دارند، مسؤولیت‌پذیری افراطی نسبت به عمل خود نشان می‌دهند و اگر احساس کنند که این درآمیختگی رخ می‌دهد، نسبت به آن احساس گناه می‌کنند. به نظر می‌رسد گروه درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد زاگر و همکاران (۲۰۰۶) به چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد می‌پردازد تا افراد بتوانند به بهترین شکل با این افکار مقابله کنند. در جریان فرایند درمان آن‌ها می‌آموزند که: (۱) تنها با فکر کردن به یک رویداد، آن رویداد به وقوع نمی‌پیوندد؛ (۲) فکر نگران‌کننده و گناه آلود به معنای انجام آن عمل نیست؛ (۳) افکار مزاحم را می‌توان به صورت ارادی متوقف کرد پیش از آنکه که پیامدهای اضطرابی آن آغاز شوند. همچنین، الگوی شناختی- رفتاری به بازسازی شناختی؛ یعنی شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش بیش برآورد خطر (overestimation of danger) و بیش مهم‌پنداری افکار (over importance of thought) متمرکز می‌شود. طی درمان به افراد آموزش داده می‌شود که در صورت هجوم افکار مزاحم، با به کارگیری روش‌های درمانی مناسب با آنها مقابله کنند. استفاده از گروه نمونه دانشجویی، غیر بالینی، اجرای درمان

- population: An attempted replication. *Behavior Research and Therapy*, 29, 259-265.
- Salkovskis, P.M. (1985) Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 571- 583.
- Salkovskis, P. M. and Kirk, J. (1997). *Obsessive-compulsive disorder*. In: D. M. Clark and C. Fairburn (Eds), *The Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M, & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behavior Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Shafran, R, Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: a review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 87-107.
- Shafran, R, Thordarson, D.S, & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379- 391.
- Zucker, B, Craske, M, Blackmore, M, & Nitz, A. (2006). A cognitive behavioral workshop for subclinical obsessions and compulsions. *Behavior Research and Therapy*, 44 (2), 289- 304.
- Jacobson S,R. & Abramowitz JS.(2011). The effects of familiarity on thought action fusion. *Behavior Research & Therapy*, 27 (1), 213-220
- Besiroglu L, Cetinkaya N, Selvi Y. & Atli A. (2011). Effects of selective serotonin reuptake inhibitors on thought action fusion, meta cognitions and thought suppression in OBS. *The Comprehensive Psychiatry*, 52 (5), 556-561
- Freeston, M.H, Ladoucer, R, Thibodeau, N, & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. Associations with depressive, anxious and compulsive symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Kugler, K, & Jones, W.H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318- 327.
- Marino- Carper, T, Negy, C, Burns, G, & Lunt, R.A. (2010). The effects of psycho education on thought-action fusion, thought suppression and responsibility. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 289 - 296.
- McCraw, R.K. (1989). Obsessive compulsive disorder apparently related to abortion. *American journal of psychotherapy*, 43, 269- 276.
- Norian Z, Rezaee O, & Dolatshahi B.(2010) Toward the contextualization of the relation between TAF believes and OBS. *European Psychiatry*, 25 (1), 359.
- Niler, E.R. and Beck, S.J. (1989). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behavior Research and Therapy*, 27, 213-220.
- Purfaraji H, Mohammadi N. & Tagavi M. (2008) Psychometric properties of revised TAF questionnaire in an Iranian population. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 39 (1): 600-609.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 35, 793- 802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 36, 385- 401.
- Rachman, S. and de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 16, 233-238.
- Reynolds, M. and Salkvoskis, P.M. (1991). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal