Journal of Research in Psychological Health
September 2025, Volume 19, Issue 3

Effectiveness of Logotherapy on Loneliness and Fear of Death in Older Adults with Chronic Physical Illnesses

Mohammad Mehdi Zeidabadi Nejad[1], Ahmad Torabi[2]*, Fatemeh Mohammadi Far[3], Zahra Nouri[4], Roya Tavakoli[5]

[1] *Department of Educational Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.*

[2]* *Department of Health Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Golestan, Iran.*

[3] *Department of Clinical Psychology, Kashan Branch, Islamic Azad University, Kashan, Iran.*

[4] *Department of Clinical Psychology, Kermanshah Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.*

[5] *Department of Clinical Psychology, Kashan Branch, Islamic Azad University, Kashan, Iran.*

Citation: Zeidabadi Nejad, M. M., Torabi, A., Mohammadi Far, F., Nouri, Z., & Tavakoli, R. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Obsessive-Compulsive Symptoms and Treatment Adherence in Patients with Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. **Journal** of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (3):1-16

Article Info:

Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on obsessive-compulsive symptoms and treatment adherence in patients with non-alcoholic fatty liver disease. This study employed a quasi-experimental design with a pretest, posttest, and one-month follow-up, including a control group. The statistical population consisted of patients with non-alcoholic fatty liver disease who were referred to specialized gastroenterology and liver centers in Tehran in 2025. A total of 48 participants were selected using purposive sampling and were randomly assigned to three groups: Mindfulness-Based Stress Reduction, Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, and a control group. Ultimately, the data of 45 participants were analyzed. The experimental groups received eight 90-minute intervention sessions, whereas the control group was placed on a waiting list. Data were collected using the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI) and the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) and were analyzed using repeated-measures analysis of variance and the Bonferroni post hoc test. The findings indicated that both interventions significantly reduced obsessive-compulsive symptoms and increased treatment adherence compared with the control group. Furthermore, Mindfulness-Based Stress Reduction demonstrated greater effectiveness than Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in reducing obsessive-compulsive symptoms and improving treatment adherence, and these effects remained stable at the follow-up assessment. Overall, both therapeutic approaches were effective in improving the psychological status of patients with non-alcoholic fatty liver disease; however, Mindfulness-Based Stress Reduction showed superior effectiveness.

Key words
Non-alcoholic fatty liver disease, Mindfulness-Based Stress Reduction, Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, Obsessive-compulsive symptoms, Treatment adherence.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقایسه اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) با روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر کاهش نشانه های وسواس و بهبود پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیر الکلی

محمدمهدی زیدآبادی‌نژاد [1]، احمد ترابی *[2]، فاطمه محمدی‌فر [3] ، زهرا نوری [4]، رؤیا توکلی [3]

[1] گروه روان‌شناسی تربیتی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران .

[2] نویسنده مسئول : گروه روان‌شناسی سلامت، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گلستان، ایران .

[3] گروه روان‌شناسی بالینی، واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشان، ایران .

[4] گروه روان‌شناسی بالینی، واحد علوم پزشکی کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران .

تاریخ دریافت
1404/1/12
تاریخ پذیرش نهایی
1404/10/1

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) بر نشانه‌های وسواس فکری–عملی و پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی گوارش و کبد شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود. تعداد ۴۸ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و گروه گواه گمارش شدند که در نهایت داده‌های ۴۵ نفر تحلیل شد. گروه‌های آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله دریافت کردند و گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از سیاهه وسواس فکری–عملی مادزلی و مقیاس پایبندی به درمان موریسکی گردآوری و با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه موجب کاهش معنادار نشانه‌های وسواس فکری–عملی و افزایش پایبندی به درمان شدند . همچنین، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده اثربخشی بیشتری در کاهش نشانه‌های وسواس و بهبود پایبندی به درمان داشت و این اثرات در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماند. در مجموع، هر دو رویکرد درمانی در بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی مؤثر بودند، اما درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری نشان داد.

واژگان کلیدی
بیماری کبد چرب غیرالکلی، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، نشانه‌های وسواس فکری–عملی، پایبندی به درمان.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

بیماری کبد چرب غیرالکلی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن کبدی است که با تجمع غیرطبیعی چربی در سلول‌های کبد، بدون مصرف قابل‌توجه الکل، مشخص می‌شود و امروزه به یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی در جهان تبدیل شده است (موآتی و همکاران، ۲۰۲۶). افزایش شیوع این بیماری، هم‌زمان با رشد چاقی، دیابت و سایر اختلالات متابولیک، موجب شده است که بیماری کبد چرب غیرالکلی به یکی از علل اصلی بیماری‌های مزمن کبدی و پیشرفت به عوارضی نظیر فیبروز، سیروز و نارسایی کبد تبدیل شود (چن و همکاران،۲۰۲۵). با وجود آنکه در گذشته مدیریت این بیماری عمدتاً بر جنبه‌های جسمانی و متابولیک متمرکز بود، شواهد سال‌های اخیر نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی نیز در بروز، تداوم و پیامدهای درمانی آن نقش قابل‌توجهی ایفا می‌کنند. در واقع، سلامت روان بیماران نه‌تنها کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند بر میزان همکاری با درمان، اصلاح سبک زندگی و کنترل روند بیماری نیز اثرگذار باشد (وانگ و همکاران، ۲۰۲۳).

در میان مشکلات روان‌شناختی همراه با بیماری کبد چرب غیرالکلی، نشانه‌های وسواس فکری ـ عملی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. این نشانه‌ها که با افکار مزاحم، ناخواسته و رفتارهای تکرارشونده و اجباری مشخص می‌شوند، علاوه بر ایجاد پریشانی روان‌شناختی، عملکرد فردی، اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند (اسکویت، ۲۰۲۶). استمرار افکار وسواسی و رفتارهای اجباری می‌تواند توجه و انرژی روانی بیمار را به خود معطوف ساخته و توانایی وی را برای مدیریت مؤثر بیماری و انجام رفتارهای خودمراقبتی کاهش دهد. ازاین‌رو، وجود نشانه‌های وسواس نه‌تنها به‌عنوان یکی از پیامدهای روان‌شناختی بیماری، بلکه به‌عنوان عاملی مؤثر در فرایند درمان و کنترل بیماری نیز قابل توجه است (اسپنسر و همکاران، ۲۰۲۳).

یکی از مهم‌ترین پیامدهای نشانه‌های وسواس در بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی، کاهش پایبندی به درمان است. پایبندی به درمان به معنای رعایت مستمر و آگاهانه توصیه‌های درمانی، از جمله مصرف منظم دارو، رعایت رژیم غذایی، انجام فعالیت بدنی و پیگیری مراقبت‌های پزشکی است و نقش اساسی در کنترل بیماری و پیشگیری از پیشرفت آن دارد (باسو، ۲۰۲۶). با این حال، بسیاری از بیماران در حفظ این رفتارهای درمانی با دشواری مواجه هستند و مطالعات نشان داده‌اند که مشکلات روان‌شناختی، به‌ویژه نشانه‌های وسواس، اضطراب و استرس، از مهم‌ترین عوامل تضعیف‌کننده پایبندی به درمان محسوب می‌شوند(شارعی و همکاران ،۲۰۲۳) . کاهش پایبندی به درمان نیز به نوبه خود می‌تواند روند پیشرفت بیماری را تسریع کرده، اثربخشی درمان‌های پزشکی را کاهش دهد و احتمال بروز عوارض بیماری را افزایش دهد (لیو و همکاران، ۲۰۲۴).

با توجه به نقش تعیین‌کننده عوامل روان‌شناختی در پیامدهای بیماری کبد چرب غیرالکلی، طی سال‌های اخیر استفاده از مداخلات روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی مورد توجه روزافزون پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته است (شیا و همکاران ، ۲۰۲۴). هدف این مداخلات، کاهش پریشانی روان‌شناختی، افزایش سازگاری بیماران با بیماری، تقویت رفتارهای خودمراقبتی و در نهایت ارتقای پایبندی به درمان است. در میان رویکردهای مختلف، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، به دلیل شواهد امیدوارکننده در بهبود سلامت روان و کاهش مشکلات هیجانی بیماران، بیش از سایر مداخلات مورد توجه قرار گرفته‌اند و ظرفیت قابل‌توجهی برای بهبود پیامدهای روان‌شناختی و رفتاری بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله بیماری کبد چرب غیرالکلی نشان داده‌اند (کوون و همکاران، ۲۰۲۴؛ لیلینگرین و همکاران، ۲۰۲۶).

درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی یکی از رویکردهای نوین روان‌شناختی است که با هدف افزایش آگاهی نسبت به تجربه‌های لحظه‌به‌لحظه، پذیرش افکار، هیجان‌ها و احساس‌های بدنی بدون قضاوت و کاهش واکنش‌پذیری نسبت به رویدادهای درونی طراحی شده است (شارعی و همکاران ، ۲۰۲۴). این رویکرد با آموزش

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مهارت‌های ذهن‌آگاهی، به افراد کمک می‌کند تا به جای درگیر شدن با افکار و هیجان‌های ناخوشایند، آن‌ها را به‌عنوان تجربه‌هایی گذرا مشاهده کنند و پاسخ‌های سازگارانه‌تری به موقعیت‌های تنش‌زا ارائه دهند. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که این درمان در کاهش اضطراب، افسردگی و نشانه‌های وسواس، بهبود کیفیت زندگی و افزایش پایبندی به توصیه‌های درمانی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن اثربخش است (پورشیرازی و همکاران، ۲۰۲۱).

در مقابل، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده یکی از رویکردهای مبتنی بر نظریه‌های پویشی است که با تمرکز بر شناسایی تعارض‌های ناهشیار، تجربه و پردازش هیجان‌های واپس‌رانده و اصلاح الگوهای دفاعی ناسازگار، در پی کاهش نشانه‌های روان‌شناختی و بهبود عملکرد فردی است (لیلینگرین و همکاران، ۲۰۲۶). این درمان بر این فرض استوار است که بخش قابل‌توجهی از نشانه‌های روان‌شناختی، از جمله وسواس، حاصل تعارض‌های هیجانی حل‌نشده و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد است. یافته‌های پژوهشی نیز حاکی از آن است که این رویکرد می‌تواند در کاهش نشانه‌های وسواس، اضطراب و افسردگی، ارتقای سلامت روان و افزایش سازگاری بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مؤثر باشد (زهراکار و همکاران، ۲۰۲۵). اگرچه هر دو رویکرد با هدف کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود عملکرد بیماران به کار گرفته می‌شوند، اما از مبانی نظری متفاوتی برخوردارند. درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی عمدتاً بر فرایندهای توجه، پذیرش، آگاهی از لحظه حال و تنظیم هیجان تأکید دارد(فلاحتی و همکاران ،۲۰۲۳) ، در حالی که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر شناسایی و حل تعارض‌های ناهشیار، پردازش هیجان‌های سرکوب‌شده و تغییر الگوهای دفاعی ناسازگار متمرکز است. تفاوت در مبانی نظری این دو رویکرد، احتمال تفاوت در میزان و نحوه اثرگذاری آن‌ها بر پیامدهای روان‌شناختی و رفتاری بیماران را مطرح می‌سازد و مقایسه اثربخشی آن‌ها را از منظر پژوهشی ضروری می‌کند(زهراکار و همکاران ، ۲۰۲۵).

بر اساس شواهد موجود، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند از طریق افزایش آگاهی نسبت به افکار و هیجان‌ها، کاهش همانندسازی با افکار وسواسی، بهبود تنظیم هیجان و کاهش استرس ادراک‌شده، شدت نشانه‌های وسواس را کاهش دهد و با تقویت خودآگاهی و کاهش واکنش‌های خودکار، زمینه مشارکت فعال‌تر بیماران در رفتارهای خودمراقبتی، از جمله رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی، مصرف منظم دارو و پیگیری مراقبت‌های پزشکی را فراهم آورد (شارعی و همکاران ، ۲۰۲۴؛ محسن زاده و همکاران، ۲۰۲۶). در مقابل، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده از طریق کمک به بیماران برای شناسایی و تجربه هیجان‌های سرکوب‌شده، کاهش مقاومت‌های روان‌شناختی، اصلاح مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار و افزایش ظرفیت تنظیم هیجان، می‌تواند به کاهش نشانه‌های وسواس و افزایش پذیرش بیماری منجر شود. در نتیجه، انتظار می‌رود این تغییرات روان‌شناختی، انگیزه بیماران را برای مشارکت در درمان و تداوم رفتارهای خودمراقبتی افزایش داده و پایبندی به درمان را بهبود بخشد (عباس و تاون، ۲۰۲۱).

با وجود شواهد فزاینده درباره نقش عوامل روان‌شناختی در پیامدهای بیماری کبد چرب غیرالکلی و اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در بهبود سلامت روان بیماران، بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که مطالعات انجام‌شده عمدتاً هر یک از این مداخلات را به‌صورت جداگانه و در جمعیت‌های متفاوت بررسی کرده‌اند. از یک سو، پژوهش‌ها شیوع بالای نشانه‌های وسواس فکری ـ عملی را در بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی و نقش آن را در کاهش پایبندی به درمان و تشدید پیامدهای بیماری تأیید کرده‌اند (لیو و همکاران، ۲۰۲۴) و از سوی دیگر، اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در کاهش مشکلات هیجانی و ارتقای سلامت روان در اختلالات روان‌شناختی و برخی بیماری‌های مزمن گزارش شده است (محسن زاده و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

همکاران ،۲۰۲۶). با این حال، تاکنون پژوهشی که به‌صورت مستقیم اثربخشی این دو رویکرد را بر کاهش نشانه‌های وسواس و بهبود پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی مقایسه کرده باشد، گزارش نشده است. این خلأ پژوهشی، ضرورت انجام مطالعات مقایسه‌ای را برای شناسایی مداخله مؤثرتر در این گروه از بیماران آشکار می‌سازد .

پرداختن به این خلأ، علاوه بر غنی‌تر ساختن ادبیات پژوهش در حوزه روان‌شناسی سلامت، از جنبه بالینی نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. موفقیت درمان بیماری کبد چرب غیرالکلی تا حد زیادی به تداوم رفتارهای خودمراقبتی و پایبندی بیماران به توصیه‌های درمانی وابسته است، در حالی که مشکلات روان‌شناختی، به‌ویژه نشانه‌های وسواس، می‌توانند این فرایند را مختل کنند. ازاین‌رو، شناسایی مداخله‌ای که بتواند هم‌زمان نشانه‌های وسواس را کاهش داده و پایبندی به درمان را ارتقا دهد، می‌تواند به افزایش اثربخشی درمان‌های پزشکی، بهبود کیفیت زندگی بیماران و پیشگیری از پیشرفت بیماری کمک کند. همچنین مقایسه دو رویکرد با مبانی نظری متفاوت، شواهد علمی ارزشمندی را برای انتخاب مداخلات روان‌شناختی متناسب با نیازهای این بیماران در اختیار متخصصان حوزه سلامت قرار خواهد داد.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نشانه‌های وسواس و بهبود پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی انجام شد. انتظار می‌رود یافته‌های این پژوهش بتواند ضمن گسترش دانش موجود درباره نقش مداخلات روان‌شناختی در مدیریت بیماری‌های مزمن، شواهدی برای انتخاب رویکرد درمانی مناسب‌تر در بهبود پیامدهای روان‌شناختی و رفتاری بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی فراهم آورد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه، همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و کلینیک‌های تخصصی گوارش و کبد شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی بیماری کبد چرب غیرالکلی توسط پزشک متخصص گوارش یا فوق‌تخصص کبد بر اساس یافته‌های بالینی و پاراکلینیکی، قرار داشتن تحت درمان پزشکی (دارودرمانی یا اصلاح سبک زندگی) به مدت حداقل چهار هفته پیش از ورود به پژوهش، دامنه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال، برخورداری از حداقل سواد خواندن و نوشتن برای تکمیل ابزارهای پژوهش، نداشتن سابقه شناخته‌شده اختلالات شدید روان‌پزشکی بر اساس پرونده پزشکی یا خوداظهاری شرکت‌کنندگان، عدم دریافت هم‌زمان سایر مداخلات روان‌شناختی و ارائه رضایت‌نامه آگاهانه کتبی برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت در بیش از دو جلسه درمان، انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، بروز بیماری جسمانی یا روان‌پزشکی که ادامه حضور در جلسات درمانی را با مشکل مواجه کند، تغییر اساسی در برنامه درمان پزشکی یا شروع هم‌زمان مداخلات روان‌شناختی و همچنین تکمیل‌نکردن مراحل ارزیابی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون یا پیگیری بود.

پس از هماهنگی با مراکز درمانی و کلینیک‌های تخصصی گوارش و کبد شهر تهران، از بیماران واجد شرایط برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. در مجموع، ۷۲ بیمار برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند. پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج از طریق بررسی پرونده پزشکی و مصاحبه اولیه، ۴۸ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس شرکت‌کنندگان با استفاده از نرم‌افزار تولید اعداد تصادفی، به‌صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۶ نفره شامل گروه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

گروه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و گروه گواه گمارش شدند.

در طول اجرای پژوهش، از هر یک از گروه‌های آزمایش یک نفر به دلیل غیبت بیش از دو جلسه درمان و از گروه گواه نیز یک نفر به دلیل انصراف از ادامه همکاری از مطالعه خارج شدند؛ بنابراین، تحلیل نهایی داده‌ها بر روی ۴۵ شرکت‌کننده (۱۵ نفر در هر گروه) انجام شد.

گروه آزمایش نخست، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت فردی دریافت کرد. گروه آزمایش دوم نیز روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت فردی دریافت نمود. گروه گواه در طول دوره اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد و در فهرست انتظار قرار داشت. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان پژوهش امکان بهره‌مندی از یکی از مداخلات درمانی برای اعضای گروه گواه فراهم شد.

شرکت‌کنندگان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با استفاده از ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. توضیحات مربوط به ابزارهای اندازه‌گیری، ویژگی‌های روان‌سنجی و نحوه نمره‌گذاری آن‌ها در بخش «ابزارهای پژوهش» ارائه شده است.

این پژوهش با رعایت اصول اخلاق در پژوهش و مطابق با موازین اعلامیه هلسینکی انجام شد. پیش از آغاز مطالعه، اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از تمامی آنان اخذ گردید. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند، نتایج پژوهش به‌صورت کلی گزارش خواهد شد و در هر مرحله از مطالعه، بدون هیچ‌گونه پیامدی، حق انصراف از ادامه همکاری را خواهند داشت.

پس از گردآوری داده‌ها، ابتدا مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و کرویت داده‌ها بررسی شد. سپس برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ استفاده شد.

پروتکل های درمان :

پروتکل درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR):

پروتکل درمان مورد استفاده در پژوهش حاضر، بر اساس پروتکل استاندارد کابات-زین(۱۹۹۰) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) تدوین گردیده است(جدول ۱). این پروتکل شامل آموزش مفاهیم پایه ذهن‌آگاهی، تمرین اسکن بدن، مراقبه تنفس آگاهانه، یوگای ملایم، فضای تنفس سه دقیقه‌ای، و تعمیم مهارت‌ها به فعالیت‌های روزمره (مانند راه رفتن و خوردن آگاهانه) می‌باشد. جلسات به گونه‌ای طراحی شده‌اند که ابتدا با آشنایی با چرخه استرس و واکنش خودکار آغاز شده، سپس با تقویت آگاهی بدنی، تمرکز بر تنفس، مشاهده افکار بدون قضاوت، و در نهایت پذیرش تجارب ناخوشایند، شرکت‌کنندگان را به پاسخ‌دهی آگاهانه به جای واکنش خودکار هدایت می‌کند. در جلسه پایانی، جمع‌بندی و تدوین برنامه تمرین فردی برای پیشگیری از بازگشت استرس انجام می‌شود. مطالعات متعدد در ایران اثربخشی MBSR را بر کاهش نشانه‌های وسواس فکری-عملی، بهبود پایبندی به درمان در بیماران مزمن (از جمله بیماری‌های کبدی و متابولیک) و کاهش استرس ادراک‌شده تأیید کرده‌اند(شارعی و همکاران ۲۰۲۴،

جدول۱: خلاصه پروتکل درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR)

ردیف	هدف جلسه	محتوای جلسه	تمرین‌های خانگی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

1	آشنایی با برنامه MBSR و افزایش آگاهی از بدن و تجربه لحظه حاضر	معرفی مفهوم ذهن‌آگاهی و کاربرد آن در کاهش استرس، توضیح چرخه استرس و واکنش خودکار، انجام تمرین اسکن بدن[1] و گفت‌وگو درباره تجربه شرکت‌کنندگان	تمرین روزانه اسکن بدن (۳۰–۲۰ دقیقه)، ثبت تجربه‌های بدنی و ذهنی در دفترچه تمرین
2	افزایش آگاهی بدنی و تشخیص تنش‌های ناشی از استرس	مرور تمرین‌های هفته قبل، انجام اسکن بدن، آموزش توجه به احساسات بدنی و نشانه‌های استرس، معرفی تمرین حرکات کششی و یوگای ملایم مبتنی بر ذهن‌آگاهی	تمرین اسکن بدن یا حرکات ملایم یوگا به‌صورت روزانه، ثبت تغییرات احساسات بدنی و سطح تنش
3	تقویت تمرکز و حضور ذهن از طریق توجه به تنفس	مرور تمرین‌های خانگی، آموزش مراقبه تنفس آگاهانه[2]، تمرین توجه متمرکز بر تنفس، بحث درباره سرگردانی ذهن و بازگرداندن توجه	تمرین مراقبه تنفس آگاهانه روزانه (۱۵–۲۰ دقیقه)، ثبت افکار و احساسات تجربه‌شده در طول تمرین
4	افزایش آگاهی از واکنش‌های استرس و الگوهای خودکار ذهن	مرور تمرین‌ها، تمرین نشستن آگاهانه، بررسی ارتباط افکار، هیجان‌ها و واکنش‌های جسمانی در استرس، معرفی مفهوم پاسخ آگاهانه در مقابل واکنش خودکار	تمرین مراقبه نشسته و تنفس آگاهانه، ثبت موقعیت‌های استرس‌زا و واکنش‌های خودکار در زندگی روزمره
5	پرورش پذیرش و نگرش غیرقضاوتی نسبت به تجربه‌ها	مرور تمرین‌ها، تمرین توجه باز به افکار، هیجان‌ها و احساسات بدنی، آموزش مشاهده تجربه‌ها بدون قضاوت، بررسی نقش پذیرش در کاهش استرس	تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر مشاهده افکار و هیجان‌ها، ثبت تجربه پذیرش یا مقاومت در برابر آن‌ها
6	کاربرد ذهن‌آگاهی در مواجهه با استرس و هیجان‌های دشوار	مرور تمرین‌ها، آموزش کار با هیجان‌های دشوار و احساسات ناخوشایند، تمرین «فضای تنفس سه دقیقه‌ای» برای مواجهه با استرس، بحث درباره راهبردهای مقابله آگاهانه	تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای در موقعیت‌های استرس‌زا، ادامه مراقبه تنفس و ثبت تجربه‌ها
7	تعمیم ذهن‌آگاهی به فعالیت‌های روزمره	مرور تمرین‌ها، آموزش ذهن‌آگاهی در فعالیت‌های روزمره مانند راه رفتن آگاهانه و خوردن آگاهانه، بررسی تأثیر تمرین‌ها بر مدیریت استرس شرکت‌کنندگان	تمرین راه رفتن آگاهانه و انجام یک فعالیت روزمره به شیوه ذهن‌آگاهانه، ثبت تجربه‌ها در دفترچه تمرین
8	جمع‌بندی و تثبیت مهارت‌ها برای ادامه مسیر	مرور کلی جلسات و تجربه‌های شرکت‌کنندگان، انجام تمرین مراقبه ترکیبی (اسکن بدن، تنفس و توجه باز)، بحث درباره حفظ تمرین‌ها در زندگی روزمره و راهبردهای پیشگیری از بازگشت استرس	ادامه تمرین‌های ذهن‌آگاهی بر اساس برنامه شخصی، تدوین برنامه تمرین فردی برای آینده

پروتکل روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP): پروتکل مورد استفاده در پژوهش حاضر، بر اساس اصول و تکنیک‌های داوانلو (۱۹۹۵) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی شده است(جدول۲). چارچوب اصلی این پروتکل بر اساس پروتکل استاندارد دوانلو(۱۹۹۵) و با انجام تغییرات در جزئیاتی با هدف کاهش نشانه‌های وسواس فکری-عملی و بهبود پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به کبد چرب غیرالکلی تدوین گردید. رویکرد ISTDP از طریق شناسایی و بازسازی مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار، کاهش اضطراب و افزایش ظرفیت تحمل هیجانی، به بیماران کمک می‌کند تا ارتباط میان احساسات سرکوب‌شده و تشدید نشانه‌های بیماری را درک نمایند. جلسات این پروتکل شامل معرفی قوانین و ایجاد اتحاد کاری، شناسایی دفاع‌های بیمارانه با استفاده از مثلث تعارض، آموزش کانال‌های

[1] Body Scan
[2] Mindful Breathing

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

اضطراب و به‌کارگیری تکنیک فشار برای دسترسی به احساسات بنیادین، ورود به توالی پویشی مرکزی، پردازش احساسات مرتبط با بیماری مزمن، تعمیم مهارت‌ها به زندگی روزمره و در نهایت جمع‌بندی و پیشگیری از عود می‌باشد. مطالعات متعدد در ایران اثربخشی این رویکرد را در کاهش علائم وسواس فکری-عملی و اختلالات شخصیت خوشه C از طریق کاهش مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته و افزایش دفاع‌های رشدیافته تأیید کرده‌اند (زهراکار و همکاران، ۲۰۲۴).

جدول۲: پروتکل روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP)

ردیف	هدف جلسه	محتوای جلسه
1	ایجاد اتحاد درمانی (working alliance)، آشنایی با مفاهیم پایه ISTDP، شناسایی اولیه مشکلات بیماری و نشانه‌های وسواس، ارزیابی ظرفیت تحمل اضطراب بیمار	معرفی اعضا و قوانین گروه، توضیح اهداف و ساختار درمان، آشنایی با اصول ISTDP و نقش فعال درمانگر، ارزیابی اولیه از سابقه بیماری کبد چرب و مشکلات وسواسی، انجام مصاحبه تشخیصی برای شناسایی مقاومت‌ها و اضطراب اولیه
2	شناسایی و آگاهی‌بخشی نسبت به مکانیسم‌های دفاعی و رابطه آن با اضطراب و نشانه‌های وسواس، کاهش ناهشیاری دفاع‌ها	بررسی تمرین خانگی، شناسایی دفاع‌های بیمارانه (مثل خنثی‌سازی، واکنش‌سازی، اجتناب)، آموزش مفهوم «مثلث تعارض» (احساسات سرکوب‌شده ← اضطراب ← دفاع)، تمرین مشاهده لحظه‌ای اضطراب و دفاع در اتاق درمان
3	افزایش ظرفیت تحمل اضطراب، ایجاد ارتباط بین تجارب هیجانی و شدت یافتن نشانه‌های وسواس و تردید در پایبندی به درمان پزشکی	آموزش تعامل بین احساسات سرکوب‌شده، اضطراب و نشانه‌ها با تأکید بر مثلث تعارض، تمرین شناسایی اضطراب در کانال‌های بدنی (انقباض عضلانی، تنش در قفسه سینه و...)، متمرکز کردن توجه بیمار بر تجربه لحظه‌ای احساسات در جلسه
4	بازسازی دفاعی اولیه و دسترسی به احساسات بنیادینی که با اضطراب و نشانه‌های وسواس مرتبط است؛ آماده‌سازی برای تجربه هیجانی عمیق‌تر	بررسی پروتکل فردی دفاع‌های بیمار، معرفی مفهوم «کانال‌های اضطراب» (عضلانی، جسمانی و شناختی) و سنجش مسیر ترجیحی اضطراب، آموزش «تکنیک فشار» (Pressure Technique) برای نفوذ به دفاع‌ها و دسترسی به احساسات سرکوب‌شده
5	دستیابی به «گشودگی ناهشیار» (Unlocking the Unconscious)؛ کاهش دفاع‌های ناسازگار و افزایش نزدیکی عاطفی و پذیرش هیجانات	ورود به «توالی پویشی مرکزی» (Central Dynamic Sequence)؛ مواجهه مستقیم با احساسات سرکوب‌شده (خشم، غم، گناه) مرتبط با بیماری مزمن و علائم وسواس؛ کار بر روی مقاومت‌های پیشرفته‌تر و دفاع‌های شخصیتی
6	تعمیق تجربه احساسی، افزایش انسجام خود و تحکیم بازسازی دفاعی، کاهش مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده	بررسی فرآیندهای انتقالی و واکنش‌های بیمار نسبت به درمانگر، پردازش احساسات برانگیخته‌شده در مواجهه با بیماری (خشم نسبت به بیماری، غم از دست‌دادن سلامت، ترس از آینده)، اصلاح سبک‌های دفاعی ناکارآمد و تقویت ظرفیت خودنظارتی
7	تعمیم تغییرات به زندگی خارج از جلسات درمان، تقویت خودکارآمدی و احساس تسلط بر نشانه‌ها و رفتارهای مرتبط با سلامت	بررسی تغییرات در نشانه‌های وسواس و رفتارهای خودمراقبتی، تعمیم مهارت‌های اکتسابی (شناسایی و مدیریت دفاع‌ها و اضطراب) به موقعیت‌های

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

		واقعی زندگی روزمره، بحث درباره رابطه بهبود عاطفی با افزایش پایبندی به درمان پزشکی
8	تثبیت تغییرات ایجادشده در سطوح دفاعی و هیجانی، پیشگیری از عود علائم وسواس و افت پایبندی به درمان، توانمندسازی بیمار برای ادامه مسیر سلامت	جمع‌بندی جلسات گذشته، مرور پیشرفت بیمار در کاهش علائم وسواس و بهبود پایبندی به درمان، تثبیت بازسازی دفاعی و مهارت‌های تحمل هیجانی، آموزش راهبردهای پیشگیری از عود، برنامه‌ریزی برای پیگیری‌های آتی

ابزار پژوهش

۱- سیاهه وسواس فکری–عملی مادزلی

سیاهه وسواس فکری–عملی مادزلی توسط هاجسون و راچمن (۱۹۷۷) به‌منظور سنجش نشانه‌های وسواس فکری–عملی طراحی شد. این ابزار شامل ۳۰ گویه است که چهار مؤلفه وارسی، شست‌وشو، کندی–تکرار و شک–وظیفه‌شناسی را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها به‌صورت دوگزینه‌ای (درست/غلط) نمره‌گذاری می‌شوند؛ به‌گونه‌ای که پاسخ «درست» نمره ۱ و پاسخ «غلط» نمره صفر دریافت می‌کند. بنابراین دامنه نمره کل بین صفر تا ۳۰ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانه‌های وسواس فکری–عملی است. مطالعات مختلف، روایی و پایایی مطلوب این ابزار را تأیید کرده‌اند. لیمبرگ و همکاران (۲۰۱۷) ضریب پایایی نمره کل این پرسشنامه را ۷۸/۰ گزارش کردند. همچنین شمس و همکاران (۲۰۱۱) ضریب آلفای کرونباخ آن را ۸۹/۰ به دست آوردند که بیانگر همسانی درونی مطلوب ابزار است. در پژوهش حاضر نیز پایایی سیاهه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن ۷۸/۰ به دست آمد.

۲- مقیاس پایبندی به درمان موریسکی

مقیاس پایبندی به درمان موریسکی توسط موریسکی و همکاران (۲۰۰۸) با هدف سنجش میزان پایبندی بیماران به توصیه‌های درمانی تدوین شد. این مقیاس شامل ۸ گویه است و برای ارزیابی میزان تبعیت بیماران از برنامه درمانی، از جمله مصرف دارو، رعایت توصیه‌های پزشکی و پیگیری درمان به کار می‌رود. دامنه نمره کل مقیاس بین صفر تا ۸ قرار دارد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده پایبندی بیشتر به درمان است. موریسکی و همکاران (۲۰۰۸) روایی و پایایی مطلوب این ابزار را گزارش کردند و ضریب پایایی بازآزمایی آن را ۷۰/۰ به دست آوردند. در مطالعه مصطفوی و همکاران (۲۰۱۶) نیز روایی محتوایی و روایی سازه نسخه فارسی مقیاس تأیید شد و تحلیل عاملی اکتشافی دو عامل را شناسایی کرد که در مجموع ۶۶ درصد واریانس کل را تبیین می‌کردند. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی این نسخه ۸۷/۰ گزارش شد. در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب کودر–ریچاردسون محاسبه شد که مقدار آن ۸۱/۰ به دست آمد.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۵ تا ۶۰ سال بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در سه گروه تفاوت چشمگیری نداشت. همچنین نتایج آزمون کای‌دو نشان داد گروه‌های پژوهش از نظر سطح تحصیلات و وضعیت تأهل تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. .بنابراین، گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در وضعیت همگنی قرار داشتند.

در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی متغیرهای نشانه‌های وسواس فکری–عملی و پایبندی به درمان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و زمان

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نشانه های وسواس فکری – عملی	MBSR	۲۲/۳۱	۲/۹۸	۱۳/۴۲	۲/۵۷	۱۱/۷۴	۲/۴۹
	ISTDP	۲۲/۰۸	۲/۹۱	۱۴/۹۶	۲/۵۳	۱۳/۸۸	۲/۴۷
	گواه	۲۲/۱۷	۳/۰۶	۲۱/۸۳	۳/۱۴	۲۱/۹۵	۳/۱۲
پایبندی به درمان دارویی	MBSR	۳/۲۶	۱/۳۷	۶/۴۱	۱/۴۴	۶/۵۲	۱/۳۹
	ISTDP	۳/۱۸	۱/۴۳	۵/۸۴	۱/۴۶	۵/۹۱	۱/۴۲
	گواه	۳/۲۹	۱/۴۵	۳/۳۶	۱/۵۴	۳/۴۴	۱/۵۷

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون، وضعیت سه گروه در هر دو متغیر پژوهش تقریباً مشابه بود. پس از اجرای مداخلات، هر دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش نشانه‌های وسواس فکری–عملی و افزایش پایبندی به درمان را تجربه کردند. این روند در مرحله پیگیری نیز تداوم یافت و بیانگر پایداری نسبی اثر مداخلات بود. همچنین، الگوی تغییرات نشان می‌دهد بهبود مشاهده‌شده در گروه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به گروه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بیشتر بوده است.

پیش از آزمون فرضیه‌های پژوهش، مفروضه‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو–ویلک، آزمون ماچلی و آزمون لون نشان داد که مفروضه‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها، کرویت و همگنی واریانس‌ها برقرار است . بنابراین، استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون فرضیه‌های پژوهش مناسب تشخیص داده شد.

در جدول ۴، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه بر متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار p	مجذور اتا (η^2)
نشانه های وسواس فکری – عملی	زمان	۱۲۴۸/۳۲	۲	۶۲۴/۱۶	۱۸۲/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
	گروه	۴۵۶/۸۰	۲	۲۲۸/۴۰	۴۲/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۹
	زمان × گروه	۳۲۱/۵۷	۴	۸۰/۳۹	۲۳/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۵
	خطای درون گروهی	۵۹۷/۲۴	۱۷۴	۳/۴۳			
پایبندی به درمان دارویی	زمان	۱۲۷/۵۶	۲	۶۳/۷۸	۱۳۶/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۱
	گروه	۴۲/۱۸	۴	۱۰/۵۵	۲۲/۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۴

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

	زمان × گروه	۵۳/۹۰	۲	۲۶/۹۵	۲۸/۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۰
	خطای تعامل	۸۱/۴۲	۱۷۴	۰/۴۷			

نتایج جدول ۴ نشان داد که برای هر دو متغیر نشانه‌های وسواس فکری–عملی و پایبندی به درمان، اثر اصلی زمان، اثر اصلی گروه و همچنین اثر متقابل زمان و گروه معنادار بود .این یافته‌ها نشان می‌دهد که تغییرات مشاهده‌شده در طول زمان به نوع مداخله وابسته بوده و روند تغییرات در سه گروه یکسان نبوده است. به بیان دیگر، هر دو مداخله موجب بهبود متغیرهای پژوهش شدند، اما میزان تغییرات در گروه‌های آزمایش با گروه گواه تفاوت معناداری داشت. به‌منظور مقایسه زوجی گروه‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها

متغیر	مرحله	مقایسه گروهی	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P
نشانه‌های وسواس فکری–عملی	پس‌آزمون	MBSR – ISTDP	-۱/۵۴	۰/۳۲	۰.۰۲۸
		MBSR-گواه	-۸/۴۱	۰/۳۸	<۰/۰۰۱
		ISTDP-گواه	-۶/۸۷	۰/۳۶	<۰/۰۰۱
	پیگیری	MBSR – ISTDP	-۲/۱۴	۰/۳۵	۰/۰۰۸
		MBSR-گواه	-۱۰/۲۱	۰/۴۱	<۰/۰۰۱
		ISTDP-گواه	-۸/۰۷	۰/۳۹	<۰/۰۰۱
پایبندی به درمان دارویی	پس‌آزمون	MBSR – ISTDP	۰/۵۷	۰/۱۸	۰/۰۴۵
		MBSR-گواه	۳/۰۵	۰/۲۲	<۰/۰۰۱
		ISTDP-گواه	۲/۴۸	۰/۲۰	<۰/۰۰۱
	پیگیری	MBSR – ISTDP	۰/۶۱	۰/۱۹	<۰/۰۳۸
		MBSR-گواه	۳/۰۸	۰/۲۳	<۰/۰۰۱
		ISTDP-گواه	۲/۴۷	۰/۲۱	<۰/۰۰۱

نتایج جدول ۵ نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه موجب کاهش معنادار نشانه‌های وسواس فکری–عملی و افزایش معنادار پایبندی به درمان شدند. همچنین، مقایسه دو گروه آزمایش نشان داد درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در کاهش نشانه‌های وسواس فکری–عملی و افزایش پایبندی به درمان عملکرد بهتری نسبت به روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) بر نشانه‌های وسواس فکری–عملی و پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه موجب کاهش معنادار نشانه‌های وسواس و افزایش پایبندی به درمان شدند و این تغییرات در مرحله پیگیری یک‌ماهه نیز پایدار باقی ماند. همچنین، مقایسه دو مداخله نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

ذهن‌آگاهی در هر دو متغیر وابسته اثربخشی بیشتری نسبت به روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده داشته است.

یکی از یافته‌های مهم پژوهش حاضر، اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشانه‌های وسواس فکری–عملی بود. این یافته با نتایج پژوهش های شارعی و همکاران (۲۰۲۴)، فلاحتی و همکاران (۲۰۲۳) و پورشیرازی و همکاران (۲۰۲۳) مبنی بر اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی همسو است. همگرایی نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش ذهن‌آگاهی، صرف‌نظر از نوع بیماری زمینه‌ای، می‌تواند در کاهش فرایندهای شناختی و هیجانی مؤثر در تداوم نشانه‌های وسواس نقش داشته باشد.

این یافته را می‌توان بر اساس مبانی نظری ذهن‌آگاهی تبیین کرد. در این رویکرد، فرض بر آن است که بسیاری از مشکلات روان‌شناختی، از جمله نشانه‌های وسواس، نتیجه همانندسازی افراطی فرد با افکار و هیجان‌های ناخوشایند و تلاش مداوم برای کنترل یا حذف آن‌هاست. افراد دارای نشانه‌های وسواس معمولاً افکار مزاحم را واقعی، خطرناک و نیازمند پاسخ فوری تلقی می‌کنند؛ در نتیجه، چرخه‌ای از نگرانی، اضطراب و رفتارهای اجباری شکل می‌گیرد که به تداوم اختلال می‌انجامد. درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با آموزش مشاهده غیرقضاوتی تجربه‌های درونی، پذیرش افکار بدون تلاش برای سرکوب آن‌ها و افزایش آگاهی نسبت به لحظه حال، این چرخه را مختل می‌کند. در چنین شرایطی، افکار وسواسی به‌جای آنکه به محرکی برای انجام رفتارهای اجباری تبدیل شوند، صرفاً به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا تجربه می‌شوند و شدت واکنش هیجانی نسبت به آن‌ها کاهش می‌یابد. کاهش واکنش‌پذیری شناختی و هیجانی نیز به تدریج موجب کاهش فراوانی و شدت نشانه‌های وسواس می‌شود.

از سوی دیگر، تمرین‌های ذهن‌آگاهی با کاهش برانگیختگی فیزیولوژیک، بهبود تنظیم هیجان و افزایش تحمل پریشانی، زمینه لازم را برای مقابله مؤثرتر با استرس فراهم می‌کنند. بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی معمولاً علاوه بر مشکلات جسمانی، با نگرانی نسبت به وضعیت سلامت، محدودیت‌های ناشی از بیماری و ضرورت تغییر سبک زندگی نیز مواجه هستند؛ عواملی که می‌توانند اضطراب و اشتغال ذهنی را تشدید کنند. آموزش ذهن‌آگاهی به این بیماران کمک می‌کند تا به جای واکنش‌های هیجانی و خودکار، پاسخ‌های آگاهانه‌تر و انعطاف‌پذیرتری نسبت به تجربه‌های درونی خود نشان دهند. این تغییر در شیوه پردازش شناختی و هیجانی، می‌تواند یکی از مهم‌ترین سازوکارهای کاهش نشانه‌های وسواس در این گروه از بیماران باشد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبود معنادار پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی شد و این بهبود در مرحله پیگیری نیز حفظ گردید. این یافته با نتایج پژوهش فوربز و همکاران (۲۰۱۸) ، مارکس و همکاران (۲۰۲۳) و وینتر و همکاران (۲۰۲۲) مبنی بر اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و نیز با پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه بیماری‌های مزمن که نقش ذهن‌آگاهی را در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی و پایبندی به توصیه‌های درمانی تأیید کرده‌اند، همسو است. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی علاوه بر کاهش مشکلات روان‌شناختی، می‌تواند بر رفتارهای مرتبط با سلامت نیز تأثیرگذار باشد.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که پایبندی به درمان در بیماری کبد چرب غیرالکلی مستلزم انجام مداوم مجموعه‌ای از رفتارهای سلامت‌محور، از جمله مصرف منظم دارو، رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی، کنترل وزن و پیگیری مراقبت‌های پزشکی است. استمرار این رفتارها نیازمند خودتنظیمی، کنترل تکانه‌ها و مدیریت مناسب هیجان‌های منفی است. در رویکرد ذهن‌آگاهی، افراد می‌آموزند بدون واکنش‌های تکانشی نسبت به افکار، هیجان‌ها و احساس‌های ناخوشایند، آن‌ها را مشاهده و پذیرش کنند و بر اساس اهداف بلندمدت خود تصمیم بگیرند. این مهارت موجب می‌شود بیماران در مواجهه با دشواری‌های ناشی از درمان، مانند محدودیت‌های غذایی، خستگی، ناامیدی یا استرس، کمتر رفتارهای اجتنابی نشان دهند و در اجرای توصیه‌های درمانی ثبات بیشتری داشته باشند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

از سوی دیگر، ذهن‌آگاهی با افزایش خودآگاهی نسبت به احساس‌های بدنی و رفتارهای روزمره، توانایی بیماران را در پایش رفتارهای سلامت‌محور ارتقا می‌دهد. افزایش آگاهی نسبت به الگوهای تغذیه، فعالیت بدنی و مصرف دارو، همراه با کاهش استرس و بهبود تنظیم هیجان، زمینه را برای مشارکت فعال‌تر بیماران در فرایند درمان فراهم می‌کند. از این‌رو، به نظر می‌رسد بهبود پایبندی به درمان در گروه دریافت‌کننده MBSRنه صرفاً پیامد کاهش استرس، بلکه حاصل ارتقای مهارت‌های خودتنظیمی، افزایش مسئولیت‌پذیری نسبت به سلامت و اصلاح الگوهای رفتاری مرتبط با بیماری باشد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده نیز در کاهش نشانه‌های وسواس فکری–عملی و افزایش پایبندی به درمان اثربخش بوده و این اثرات در مرحله پیگیری تداوم یافته است. این یافته با نتایج پژوهش زهراکار و همکاران (۲۰۲۵) ، کالدیر و همکاران (۲۰۲۰) و دلا سلوا (۲۰۱۸) مبنی بر اثربخشی این رویکرد همسو است. همگرایی این نتایج نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر رویکرد پویشی نیز می‌توانند در بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نقش مؤثری ایفا کنند.

تبیین این یافته بر اساس مبانی نظری روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده نشان می‌دهد که بسیاری از نشانه‌های وسواس، حاصل تعارض‌های هیجانی حل‌نشده، اضطراب ناشی از این تعارض‌ها و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار هستند. در این رویکرد، درمانگر با شناسایی دفاع‌های ناکارآمد، افزایش آگاهی بیمار نسبت به هیجان‌های سرکوب‌شده و کمک به تجربه و پردازش مستقیم این هیجان‌ها، زمینه کاهش اضطراب و اصلاح الگوهای دفاعی را فراهم می‌کند. در نتیجه، نیاز بیمار به استفاده از رفتارهای وسواسی برای کاهش تنش‌های درونی کاهش یافته و ظرفیت او برای تنظیم هیجان افزایش می‌یابد.

همچنین، بهبود پایبندی به درمان در گروه دریافت‌کننده ISTDPرا می‌توان ناشی از کاهش مقاومت‌های روان‌شناختی نسبت به بیماری و درمان دانست. برخی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، به دلیل تعارض‌های هیجانی، احساس درماندگی، انکار بیماری یا استفاده از دفاع‌های ناسازگار، در اجرای توصیه‌های درمانی با دشواری مواجه می‌شوند. روان‌درمانی پویشی با افزایش بینش نسبت به این فرایندهای ناهشیار، کاهش اجتناب هیجانی و تقویت شیوه‌های سازگارانه مقابله، می‌تواند انگیزه بیماران را برای مشارکت فعال‌تر در درمان افزایش دهد. بنابراین، بهبود پایبندی به درمان در این گروه را می‌توان نتیجه اصلاح تدریجی فرایندهای هیجانی و شناختی مؤثر بر رفتارهای سلامت‌محور دانست.

مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر نشان داد که اگرچه هر دو مداخله در کاهش نشانه‌های وسواس فکری–عملی و بهبود پایبندی به درمان مؤثر بودند، اما درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده اثربخشی بیشتری نشان داد. با بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که به طور مستقیم این دو رویکرد را در بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی مقایسه کرده باشد، یافت نشد؛ ازاین‌رو، یافته حاضر می‌تواند شواهد جدیدی درباره اثربخشی نسبی این دو رویکرد در این گروه از بیماران فراهم آورد.برتری درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی را می‌توان با توجه به ماهیت بیماری کبد چرب غیرالکلی و نیازهای درمانی این بیماران تبیین کرد. مدیریت این بیماری بیش از آنکه به مداخلات دارویی وابسته باشد، مستلزم ایجاد تغییرات پایدار در سبک زندگی، رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی منظم و مشارکت فعال بیمار در فرایند درمان است. تحقق این رفتارها مستلزم خودتنظیمی، کنترل تکانه‌ها، تحمل ناکامی و مدیریت استرس است؛ مؤلفه‌هایی که به طور مستقیم در درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی هدف قرار می‌گیرند. تمرین‌های ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی نسبت به تجربه‌های درونی، تقویت تنظیم هیجان، کاهش واکنش‌پذیری نسبت به افکار و احساس‌های ناخوشایند و ارتقای خودنظارتی، توانایی بیماران را برای حفظ رفتارهای سلامت‌محور افزایش می‌دهند. ازاین‌رو، انتظار می‌رود این رویکرد علاوه بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی، در تغییر رفتارهای مرتبط با درمان نیز اثربخش‌تر باشد.در مقابل، اگرچه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده نیز با تمرکز بر تعارض‌های هیجانی ناهشیار، اصلاح مکانیسم‌های دفاعی و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

افزایش بینش روان‌شناختی، موجب کاهش نشانه‌های وسواس و بهبود پایبندی به درمان شد، اما ماهیت این رویکرد بیشتر بر بازسازی فرایندهای هیجانی و شخصیت متمرکز است. در حالی که چنین تغییراتی می‌توانند زمینه‌ساز بهبود عملکرد روان‌شناختی باشند، تبدیل آن‌ها به رفتارهای سلامت‌محور پایدار، به‌ویژه در بیماری‌های مزمنی که نیازمند خودمراقبتی روزانه هستند، ممکن است به زمان بیشتری نیاز داشته باشد. بنابراین، کوتاه بودن دوره درمان و محدود بودن مرحله پیگیری به یک ماه می‌تواند یکی از دلایل مشاهده اثربخشی بیشتر MBSRدر مقایسه با ISTDP باشد. ازاین‌رو، نمی‌توان نتیجه گرفت که رویکرد پویشی ذاتاً کارایی کمتری دارد، بلکه به نظر می‌رسد در بازه زمانی کوتاه‌مدت، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی تناسب بیشتری با نیازهای رفتاری و درمانی بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی داشته باشد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد درمانی می‌توانند به عنوان مداخلات مکمل در کنار درمان‌های پزشکی، نقش مؤثری در کاهش مشکلات روان‌شناختی و ارتقای پیامدهای درمانی بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی ایفا کنند. با این حال، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به دلیل اثربخشی بیشتر در کاهش نشانه‌های وسواس و افزایش پایبندی به درمان، می‌تواند به عنوان گزینه مناسب‌تری برای این گروه از بیماران مورد توجه قرار گیرد؛ به‌ویژه در شرایطی که هدف اصلی، تقویت رفتارهای خودمراقبتی، اصلاح سبک زندگی و افزایش مشارکت بیمار در فرایند درمان باشد.

با وجود یافته‌های ارزشمند این پژوهش، نتایج آن باید با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌ها تفسیر شود. نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد و حجم نمونه نسبتاً محدود بود؛ بنابراین، تعمیم نتایج به سایر بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی باید با احتیاط انجام گیرد. همچنین، جامعه پژوهش به بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران محدود بود و این موضوع ممکن است قابلیت تعمیم یافته‌ها به سایر مناطق جغرافیایی را کاهش دهد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی نیز احتمال سوگیری ناشی از تمایل پاسخ‌دهندگان به ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، دوره پیگیری یک‌ماهه امکان بررسی پایداری بلندمدت اثرات درمان را فراهم نمی‌کند.

بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بیشتر، نمونه‌گیری احتمالی و در مراکز درمانی مختلف انجام شوند تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، اجرای دوره‌های پیگیری طولانی‌تر می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره ماندگاری اثرات درمانی دو رویکرد ارائه دهد. بررسی نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر مانند تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، استرس ادراک‌شده، شدت بیماری و ویژگی‌های شخصیتی نیز می‌تواند سازوکارهای اثربخشی این مداخلات را روشن‌تر سازد. از منظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی در کنار مراقبت‌های پزشکی معمول به عنوان بخشی از برنامه‌های جامع درمان بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکلی مورد استفاده قرار گیرد و روان‌شناسان سلامت و درمانگران فعال در حوزه بیماری‌های مزمن، از ظرفیت هر دو رویکرد، متناسب با نیازهای روان‌شناختی بیماران، در طراحی مداخلات درمانی بهره بگیرند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

References

Abbass, A., & Town, J. (2021). Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy: Working with resistance. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 373–385. https://doi.org/10.1002/jclp.23115

Asquith, E., Bould, K., Catling, J. C., Day, E. J., & Holt, A. (2023). Behaviour regulation and the role of mental health in non-alcoholic fatty liver disease. BMC gastroenterology, 23(1), 306.

Basu, S., Sengupta, T., & Kundu, S. (2026). Medication Adherence and its Predictors in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in India: A Systematic Review and Meta-Analysis of Current Evidence. Health Science Reports, 9(2), e71845.

Caldiroli, A., Capuzzi, E., Riva, I., Russo, S., Clerici, M., Roustayan, C., ... & Buoli, M. (2020). Efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy in mood disorders: A critical review. Journal of affective disorders, 273, 375-379.

Chen, L., Huang, Z., Jiang, C., Wu, C., He, S., Zeng, F., ... & Zhang, F. (2025). Illness perception, coping and psychological distress among patients with metabolic dysfunction-associated fatty liver disease (MAFLD) in China. BMC Public Health, 25(1), 541.

Dadfar M, Bolhari J, Malakuti K, Malakuti K, Bayanzade A.(2002). The study of the epidemiology of symptoms of Obsessive Compulsive Disorder. Iran J Psychiatry Clin Psychol.1(2):27-32.

Della Selva, P. C. (2018). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique. Routledge.

Falahati, F., Jaberi, M., Sharei, A., & Yahyapour, F. (2023). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Emotional Inhibition in Girls with Non-Suicidal Self-injury. International Journal of Body, Mind & Culture (2345-5802), 10(4).

Forbes, L., Gutierrez, D., & Johnson, S. K. (2018). Investigating adherence to an online introductory mindfulness program. Mindfulness, 9(1), 271-282.

Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). *Obsessional-compulsive complaints*. Behaviour Research and Therapy, 15(5), 389–395.

Kwon, O. Y., Lee, M. K., Lee, H. W., Kim, H., Lee, J. S., & Jang, Y. (2024). Mobile app–based lifestyle coaching intervention for patients with nonalcoholic fatty liver disease: randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research, 26(1), e49839.

Laghousi, D., Rezaie, F., Alizadeh, M., & Jafarabadi, M. A. (2021). The eight-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of its Persian version in diabetic adults. Caspian journal of internal medicine, 12(1), 77-83.

Lilliengren, P., Ljungdahl, M., Röst, M., Falkenström, F., Town, J. M., & Maroti, D. (2026). Online intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment-resistant somatic symptom disorder: An interrupted time-series study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Advance online publication. https://doi.org/10.1159/000550629

Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. Journal of clinical psychology, 73(10), 1301-1326.

Liu, C., Zhou, R., & Shi, J. (2024). How to Enhance Adherence in Patients with Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A Thought-Provoking Issue. Journal of medical Internet research, 26, e59208.

Marks, E., Moghaddam, N., De Boos, D., & Malins, S. (2023). A systematic review of the

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

barriers and facilitators to adherence to mindfulness-based cognitive therapy for those with chronic conditions. British journal of health psychology, 28(2), 338-365.

Moaty, M. I. A., El Shebini, S. M., Mohamed, R. A., El Sherity, S. Y., & Ahmed, N. H. (2026). Prevalence and dietary factors associated with nonalcoholic fatty liver disease in a sample of obese middle-aged Egyptian women. *Scientific Reports*, *16*, Article 10413. https://doi.org/10.1038/s41598-026-42141-7

Mohsenzadeh, F., Sharei, A., & Salmani, A. (2026). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation and Psychological Resilience in Suicidal Adolescents. Journal of Psychological Studies, 22(1), 143-159

Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Retracted: predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. The journal of clinical hypertension, 10(5), 348-354.

Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Retracted: predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. The journal of clinical hypertension, 10(5), 348-354.

Mostafavi, F., Najimi, A., Sharifirad, G., & Golshiri, P. (2016). Beliefs about medicines in patients with hypertension: The instrument validity and reliability in Iran. Materia socio-medica, 28(4), 298.

odgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. Behaviour Research and Therapy, 15(5), 389–395. https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0

Poorshirazi, K., Sharei, A., Salahshouri, A., Shahhouseini, A., & Ilghami Azar, N. (2021). Comparing the effectiveness of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment in reducing anxiety and despair of women after divorce. Journal of Applied Family Therapy, 2(3), 617-635.

Shams, G., Foroughi, E., Esmaili, Y., Amini, H., & Ebrahimkhani, N. (2011). Prevalence rates of obsessive-compulsive symptoms and psychiatric comorbidity among adolescents in Iran. Acta Medica Iranica, 680-687.

Sharei, A., Ebrahimi, M., Ahmadi Ochtapeh, P., Mahdavirad, H., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2023). The Effectiveness of Strength-Based Therapy in Improving Self-Esteem and Reducing Suicidal Thoughts of Women Affected by Domestic Violence in Ardebil. Preventive Counseling, 4(1), 31-44. https://doi.org/10.22098/jpc.2023.12715.1166

Sharei, A., Kamali Dehghan, P., Ahmadi Ochtapeh, P., Dorri, M., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2024). The Effectiveness of Family Therapy Training on Depression and Mental Health of Adolescents with High-Risk Behaviors. Journal of Family Relations Studies, 4(14), 41-48. https://doi.org/10.22098/jfrs.2023.12790.1116

Sharei, A., Kasaei, E. A., & Salmani, A. (2024). The Effect of Mindfulness Therapy on Emotion Regulation, Cognitive Self-Awareness, and Tendency to High-Risk Behaviors in Orphaned and Poorly Monitored Adolescents: A Quasi-Experimental Study.

Shea, S., Lionis, C., Kite, C., Lagojda, L., Uthman, O. A., Dallaway, A., ... & Kyrou, I. (2024). Non-alcoholic fatty liver disease and coexisting depression, anxiety and/or stress in adults: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in endocrinology, 15, 1357664.

Spencer, S. D., Stiede, J. T., Wiese, A. D., Goodman, W. K., Guzick, A. G., & Storch, E. A. (2023). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. Psychiatric Clinics, 46(1), 167-180.

Wang, S., Gao, H., Lin, P., Qian, T., & Xu, L. (2024). Causal relationships between neuropsychiatric disorders and nonalcoholic fatty liver disease: A bidirectional Mendelian randomization study. *BMC*

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

Gastroenterology, *24*(1), 299 (1-15). https://doi.org/10.1186/s12876-024-03386-6

Winter, N., Russell, L., Ugalde, A., White, V., & Livingston, P. (2022). Engagement strategies to improve adherence and retention in web-based mindfulness programs: systematic review. Journal of Medical Internet Research, 24(1), e30026.

Zahrakar, K., Sharei, A., & Salmani, A. (2025). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on State-Trait Anxiety and Resilience in female Students with Self-Harming Behaviors. Journal of Applied Psychological Research

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]