

The Effectiveness of Compassion-Based Treatment on Reducing Rumination, Anxiety and Worry in Obsessive-Compulsive Patients

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Authors

Shahla Nematollahi¹,
Karim Afshari Nia^{*2},
Saeedeh Sadat Hosseini³,
Kevan Kaka Beray⁴,
Shima Parandin⁵

How to cite this article

Nematollahi S, Afshari Nia K, Hosseini S S, Kaka Beray K, Parandin S. The Effectiveness of Compassion-Based Treatment on Reducing Rumination, Anxiety and Worry in Obsessive-Compulsive Patients. *Journal of Quran and Medicine*. 2019; 4 (4):64-73

1. PhD Student, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran (Corresponding Author).
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
4. Associate Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
5. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamabad West Branch, Islamic Azad University, Islamabad West, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: k.afsharineya@iauksh.ac.ir

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to determine the effectiveness of compassion-based treatment on reducing rumination, anxiety and worry in obsessive-compulsive patients.

Materials and Methods: The method of the present study was a quasi-experimental experimental method in terms of data collection and its research design was a pretest-posttest design with a control group. The study population consisted of all patients referred to counseling and psychological clinics in District 5 of Tehran. Sampling method The present study was purposive stepwise cluster sampling. Based on previous research, 15 people were selected for each group, which was a total of 30 people. Two educational packages and three questionnaires were used to evaluate the dependent variables of the research. First, the subjects in this study underwent compassion-oriented training for 8 weeks and 16 volumes of 90 minutes. The Yousefi Ruminant Questionnaire (2005), the Connor Anxiety Questionnaire (2000) and the Pennsylvania State Anxiety Inventory (PSWQ) were used to diagnose obsessive-compulsive disorder patients. Was used.

Findings: The findings showed that when obsessive-compulsive patients become aware of skills, talents, emotions, beliefs, attitudes, and cognitive and social abilities and thus overcome their mental rumination, anxiety and worry, as a result They perform well and gain success in treatment by doing homework at the right time and with the right quality.

Conclusion: The results of analysis of covariance showed that compassion-oriented treatment reduced rumination, anxiety and worry in obsessive-compulsive patients.

Keywords: Compassionate Therapy, Ruminant, Anxiety and Worry, Obsessive

Article History

Received: 2019/10/01

Accepted: 2019/11/26

Published: 2019/12/21

اثربخشی درمان شفقت محور بر کاهش نشخوار ذهنی، اضطراب و نگرانی بیماران وسواس فکری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۰۹
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۹/۰۵

* نویسنده مسئول: k.afsharineya@iauksh.ac.ir

مقدمه

اختلال وسواس فکری یا عملی، یک اختلال مزمن است که با اشتغال ذهنی مفرط در مورد نظم و ترتیب و امور جزئی و همچنین کمال‌طلبی همراه است، تا حدی که به از دست دادن انعطاف‌پذیری، صراحت و کارایی می‌انجامد. در اختلال وسواسی-فکری عملی افکار وسواس‌گونه و نگرانی‌آور و ترس با وسواس‌های عملی همراه می‌شود. این وسواس‌های عملی کارهایی وسواس‌گونه هستند که شخص برای کوشش در راه کاهش وسواس‌های فکری خود انجام می‌دهد. این کردارها تکراری و کلیشه‌ای و تا اندازه‌ای غیرارادی هستند. طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5، اختلال وسواسی-فکری عملی و اختلالات مرتبط آن شامل نشخوار ذهنی اختلال نگرانی و نگرانی است.

اختلال وسواس بیماری جدی، ناتوان کننده ولی قابل درمان است. این اختلال نوعی بیماری است که در کودکی و اوایل بزرگسالی آغاز میشود و با سیر مزمن خود تاثیر منفی شدید بر کارکرد روانی، اجتماعی و شغلی دارد (۲). انجمن روانپزشکی آمریکا، در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان تنی، اختلال وسواس را در دسته اختلالات اضطرابی طبقه بندی کرده است (۳).

اختلال اضطرابی یک بیماری روانی شایع است، به طوری که بیشتر زنان و میانسالان و افراد سالمند با آن مواجه هستند (۴). اختلالات نگرانی، گروهی از اختلالات روانی هستند که دارای نشانه‌هایی از نگرانی و ترسند. نگرانی ناشی از نگرانی در مورد آینده است و ترس واکنشی به رویداد کنونی. احساس اختلال اضطرابی می‌تواند دارای نشانه‌های فیزیکی همچون تپش قلب و لرز باشد. نشخوار ذهنی ۱ تمرکز اجبارگونه توجه یک فرد، بر علائم و علل یک پریشانی و توجه به دلایل آن و نتایجش، به جای تمرکز بر راه‌های حل آن تعریف شده است. نشخوار ذهنی مشابه نگرانی است، با این تفاوت که نشخوار ذهنی بر احساسات بد و تجارب گذشته تمرکز دارد، در حالی که توجه نگرانی بر امکان بالقوه وقوع حوادث بد در آینده است. هم نشخوار فکری، و هم نگرانی، مرتبط با نگرانی و سایر وضعیت‌های منفی هیجانی هستند. نشخوار فکری به طور گسترده‌ای به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری شناختی و به عنوان زمینه‌ای برای نگرانی مورد پژوهش قرار گرفته است. با این حال، معنی نشخوار فکری در نظر تئوری‌های مختلف به معانی متفاوتی تعریف شده و معیارهای در نظر گرفته شده برای آن یکسان‌سازی شده نیست.

شهلا نعمت الهی^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاداسلامی، کرمانشاه، ایران
کریم افشاری نیا^{۲*}
استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول).
سعیده السادات حسینی^۳
استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاداسلامی، کرمانشاه، ایران
کیوان کاکابرایی^۴
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاداسلامی، کرمانشاه، ایران
شیمیا پرندین^۵
استادیار، گروه روانشناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شفقت محور بر کاهش نشخوار ذهنی، اضطراب و نگرانی بیماران وسواس فکری انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر از لحاظ گردآوری داده‌ها روش آزمایشی از نوع شبه آزمایشی و طرح پژوهش آن طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود و از لحاظ هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ روش در زمره پژوهش‌های کمی بود. جامعه مورد مطالعه عبارت بود از کلیه مراجعه کنندگان به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناختی منطقه ۵ شهر تهران. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای هدفمند بود. گروه حجم نمونه حاضر به استناد پژوهش‌های پیشین ۱۵ نفر برای هر گروه انتخاب شد که مجموعاً ۳۰ نفر بودند. جهت ارزیابی متغیرهای وابسته پژوهش از دو بسته آموزشی و سه پرسشنامه استفاده شد. ابتدا آزمودنی‌ها در این پژوهش به مدت ۸ هفته و ۱۶ جلدوی ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش شفقت محور قرار گرفتند. پرسشنامه نشخوار فکری یوسفی (۱۳۸۴)، پرسشنامه اضطراب کانور و پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) و جهت تشخیص بیماران وسواس فکری نمره‌ای که آزمودنی‌ها از پاسخ دادن به چک لیست وسواس فکری منطبق با آخرین ملاک‌های DSM-5 بدست آوردند مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد وقتی بیماران وسواس نسبت به مهارت‌ها، استعدادها، احساسات، باورها، نگرش‌ها و توانمندی‌های شناختی و اجتماعی آگاهی پیدا می‌کند و بر این اساس بر نشخوار ذهنی، اضطراب و نگرانی خود فایق می‌آیند در نتیجه عملکرد مناسبی دارند و با انجام دادن تکالیف در زمان مناسب و با کیفیت مناسب تجربه موفقیت در درمان را کسب می‌کنند.

نتیجه‌گیری: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان شفقت محور موجب کاهش نشخوار ذهنی، اضطراب و نگرانی بیماران وسواس فکری شد.

کلیدواژه‌ها: درمان شفقت محور، نشخوار ذهنی، اضطراب و نگرانی، وسواس فکری

1 Mind rumination

آن است «اگر من نگران باشم، دقیق‌تر عمل خواهم کرد». نگرانی مانع از دست دادن چیزهای مهم می‌شود. نگرانی به من کمک می‌کند از عهده امور برآیم.

در این ارتباط پژوهشی با هدف مقایسه نگرانی، سواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال سواس- اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار انجام شد. بدین منظور، در یک پژوهش پس رویدادی (علی- مقایسه ای)، تعداد ۲۸ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ۲۸ فرد مبتلا به اختلال سواس- اجبار، ۲۸ فرد مبتلا به اختلال افسردگی عمده و ۲۸ فرد بهنجار به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی با یکدیگر هم‌تا شدند. پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا، سواس- اجبار یل براون، پرسشنامه بازنگری شده سواس اجبار و مقیاس پاسخ نشخواری در میان افراد شرکت کننده اجرا شد. داده‌های پژوهش به کمک نرم افزار آماری SPSS ۱6 با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک متغیره (ANOVA) تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که: الف- تفاوت معناداری بین گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با گروه مبتلا به اختلال افسردگی عمده و بهنجار در شاخص کلی نگرانی آسیب شناختی وجود دارد. در حالی که، تفاوتی بین این گروه و گروه مبتلا به اختلال سواس- اجبار وجود ندارد؛ ب- تفاوت معناداری بین گروه مبتلا به اختلال سواس- اجبار با گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، گروه مبتلا به اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار در سواس فکری وجود دارد، و ج- تفاوت معناداری بین گروه مبتلا به اختلال افسردگی عمده با گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و بهنجار در نشخوار فکری وجود دارد. در حالی که، تفاوتی بین این گروه و گروه مبتلا به اختلال سواس- اجبار وجود ندارد.

در غرب شفقت به عنوان شفقت داشتن به دیگران مفهوم سازی شده است در حالی که در روانشناسی بودایی اعتقاد بر این است که شفقت ورزی به خود به اندازه شفقت به دیگران اهمیت دارد. شفقت ورزی در نگاه اول از شفقت برای دیگران کمی پیچیده تر به نظر می‌رسد، اما در واقع شفقت برای خود تفاوتی با شفقت برای دیگران ندارد. اولین گام در شناخت این مفهوم در نظر گرفتن این موضوع است که در هنگام احساس شفقت برای دیگران انسان باید به این نکته توجه کند که در آن فرد در حال رنج بردن می‌باشد. زمانی که ما به فرد آسیب دیده اجتماعی توجه می‌کنیم در واقع برای تجربه رنج ایشان احساس شفقت می‌کنیم. دومین نکته شفقت شامل درگیری احساسی با دیگران است به طوری که رنج شما به عاطفه آن‌ها پاسخ می‌دهد، زمانی که چنین درگیری احساسی رخ دهد در آدمی احساس ملایمت، غمخواری و تمایل به حمایت از فرد آسیب دیده ایجاد می‌شود. شفقت برای دیگران به این معنی است، زمانیکه دیگران اشتباه می‌کنند به جای آنکه به قضاوت درباره آن‌ها پرداخته شود و با دیدگاه سختگیرانه و

نشخوار فکری در بیماری سواس شامل افکاری هستند که به طور پایاک ناپذیر مرور میشوند و به ناامیدی درباره آینده و ارزیابی‌های منفی درباره خود منجر می‌گردند. افزایش نشخوار فکری بیشتر در بافت افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است. اما در افراد مبتلا به سواس نیز مشاهده میشود. واهل و همکاران (۵) بر اساس پژوهش‌های خود نتیجه گرفتند که نگرانی و نشخوار فکری نقش اساسی در اختلال سواسی دارند. چندین مطالعه نیز به طور خاص به بررسی نشخوار فکری در سواس پرداخته‌اند که همگی افزایش نشخوار فکری را در بیماران مبتلا به سواس نسبت به افراد عادی گزارش نمودند. از سوی دیگر در حالی که افکار سواسی و نشخوار فکری از لحاظ محتوا و شکل با هم متفاوتند، اما می‌توانند از یک آسیب‌پذیری شناختی واحد نشأت بگیرند. یک احتمال برای این آسیب‌پذیری شناختی ممکن است اضطراب اجتماعی باشد.

همچنان که سیمون و همکاران ۲ بیان کرده‌اند طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای اختلال سواسی، به دو گونه فکری و عملی تعریف می‌شود. اختلال سواس فکری و عملی (OCD) با وجود سواس‌های فکری و عملی مشخص می‌شود. سواس‌های فکری افکار امیال یا تصورات عودکننده مداوم هستند که به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند، در حالی که سواس‌های عملی رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر هستند که فرد احساس می‌کند در پاسخ به سواس فکری یا بر طبق مقرراتی خاص انجام می‌شود. شیوع ۱۲ ماهه این اختلال در ایالت متحده آمریکا ۱.۲ درصد است و زنان در بزرگسالی به میزان بیشتری نسبت به مردان مبتلا می‌شوند (۶)

اکثر افرادی که مبتلا به اختلال سواس فکری عملی می‌شوند، در مراحل اولیه برخی از علائم این بیماری را به طور خفیف تجربه می‌کنند و می‌توان از تشدید علائم در برخی از آن‌ها پیش از آن‌که به طور کامل دچار بیماری شوند جلوگیری کرد. با این حال درمان‌های سنتی که برای این اختلال انجام می‌گرفت شامل دو مرحله روان‌درمانی شناختی رفتاری، رفتاردرمانی و دارودرمانی است. اما در دهه‌های اخیر درمان جدیدی مانند شفقت درمانی و درمان شفقت محور جایگزین این درمان‌ها شده‌اند که بر اساس بسیاری از پژوهش‌ها نقش موثری در درمان بسیاری از اختلالات داشته‌اند.

یکی از متغیرهای بسیار مهم در حوزه بیماران سواس فکری نگرانی است که دائماً با آن درگیر هستند. در مورد نگرانی نظریه‌ای متفاوتی وجود دارد بعضی از افراد در اغلب موارد نگران هستند. و در بعضی موارد باورهای غلط ذهن ما باعث می‌شوند ناخودآگاه برای نگران شدن، مزایایی در نظر بگیریم. جمله باورهای غلط ذهن نگران عبارت است از: اگر من از قبل درباره هرچه که می‌تواند اشتباه از آب درآید، فکر کنم؛ می‌توانم جلوی آن را بگیرم». نگران بودن درباره آینده به معنای آماده بودن برای

1. Wahl et al
- 2 Simon D, Adler N, Kaufmann C, Kathmann N
- 3 Obsessive-Compulsive Disorder

4 Statistical package for social science
5 Analysis of variance

آسان تر بود. لذا از لحاظ همکاری مدیران و در اختیار قرار دادن امکانات و اعتماد بیشتر مراجعین شرایط بهتری برقرار خواهد بود. دلیل سوم این که به دلیل کنترل اثر انتقال این کلینیک ها به صورت مجزای از یکدیگر انتخاب شدند. در مرحله بعد از هر کلینیک حدود ۲۰ مراجع دارای وسواس فکری که در بازه زمانی ۳ ماهه به مرکز مراجعه کنند به صورت داوطلبانه انتخاب شد. سپس پرسشنامه های پژوهش در هر کلینیک بین همه افراد داوطلب شرکت کننده در پژوهش توزیع شد. سپس از بین کلیه داوطلبینی که پرسشنامه ها را درست تکمیل کرده بودند ۴۵ نفر که در مرحله پیش آزمون در پرسشنامه اضطراب نگرانی و نشخوار ذهنی عملکرد پایین تری داشتند انتخاب و در هر دو گروه همتا شد. بر این اساس دو گروه آزمایش و کنترل تشکیل شد (۱۵ نفر گروه آزمایش اول که شفقت درمانی را دریافت کردند. در مرحله بعد با هماهنگی مدیران کلینیک ها آموزش ها در ساعت ۵ تا ۷ بعد از ظهر روزهای فرد و هر هفته دو جلسه برای گروه آزمایش روزهای یکشنبه و سه شنبه برگزار شد. پس از ارائه مداخله ها پس آزمون دوم برای هر دو گروه اجرا شد.

در پژوهش حاضر جهت ارزیابی متغیرهای وابسته پژوهش از یک بسته آموزشی و دو پرسشنامه استفاده شد که به شرح ذیل است. پروتکل درمانی شفقت درمانی به این صورت بود که آزمودنی ها در این پژوهش به مدت ۸ جلسه هر جلسه ۹۰ دقیقه تحت آموزش درمان مبتنی بر آموزش شفقت درمانی قرار گرفتند. موضوعات مورد آموزش شامل در این درمان شامل ۱-سنجش و ارزیابی، تبیین شفقت درمانی و شواهد عینی شناسایی شفقت درمانی چالش با شفقت درمانی برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی، چالش با شفقت درمانی، تمرین بازسازی شناختی باورها، جمع بندی و ارزیابی و ارائه الگویی جدید. پرسشنامه نشخوار فکری که توسط یوسفی ساخته شد. این آزمون شامل ۳۹ سوال چهارگزینه ای است که هر کدام از صفر تا ۳ درجه بندی می شود و نمره هر فرد با جمع این امتیازات به دست می آید. یوسفی به منظور بررسی پایایی، اعتبار و هنجاریابی پرسشنامه نشخوار فکری (۲۱۱ نفر) از دانشجویان دانشگاه اصفهان به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه نشخوار فکری افسرده ساز را اجرا کرد. اعتبار همزمان این آزمون از طریق اجرای آن با آزمون افسردگی بک و آزمون شادمانی آکسفورد محاسبه شد. اعتبار سازه از طریق تحلیل عاملی به روش واریماکس انجام شد، اعتبار افتراقی از طریق همسانی درونی اجرای آزمون روی گروه افسرده بالینی و گروه غیر بالینی بررسی شد. همسانی دورنی آزمون با استفاده از روش الفای کرونباخ محاسبه شد و پایایی پرسشنامه از طریق ضریب بازآزمایی به دست آمد. ضریب اعتبار همزمان با آزمون بک ($r=0.51$) و با شادمانی آکسفورد ($r=0.53$) به دست آمد که هر دو از لحاظ آماری معنادار بودند. همچنین نتایج نشان داد که این پرسشنامه از ثبات دورنی بسیار خوبی با ضریب الفای کرونباخ (۰/۹۲) برخوردار است.

انتقادی مورد بازخواست قرارگیرد، با فرد آسیب دیده با ملایمت رفتار می شود. نکته سوم درباره درک مفهوم شفقت ورزی، اینکه زمانی که برای سایرین دلسوزی می کنیم در واقع فرآیند آسیب دیدن را می شناسیم، آن را درک می کنیم و می دانیم که کامل نبودن بخشی از تجربیات انسانی است و نباید بیش از حد از یک انسان انتظار کامل بودن داشت به طور کلی شفقت در تماس بودن با رنج دیگران و بازبودن آگاهی نسبت به درد آن ها است به طوری که احساس مهربانی نسبت

به دیگران و تمایل به کم کردن درد و رنج آن ها در فرد وجود داشته باشد. توانایی های شفقت در مقایسه با شایستگی های انگیزشی، عاطفی و رفتاری برای مراقبت از دیگران و افزایش شانس بقا پیوند خورده است. این شامل تمایل به مراقبت از سلامتی، تحمل پریشانی، توانایی تحمل اضطراب و احساسات دردآور است (۷).

در مجموع، نتایج پژوهش نشان داد که عود افکار منفی ویژگی مهم اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس- اجبار و اختلال افسردگی عمده است. به عبارت دیگر، نگرانی، وسواس و نشخوار فکری سازه های شناختی به هم پیوسته ای هستند که بر علائم افسردگی و اضطراب تأثیر می گذارند و سبب تشدید و تداوم اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس- اجبار و اختلال افسردگی عمده می شوند. با توجه به مباحث مطرح شده اهمیت و ضرورت درمان شفقت محور و اثرات آن بر کاهش نشخوار ذهنی، اضطراب و نگرانی بیماران وسواس فکری مشهود است. لذا هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان شفقت محور بر کاهش نشخوار ذهنی، اضطراب و نگرانی بیماران وسواس فکری بود

مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر از لحاظ گردآوری داده ها روش آزمایشی از نوع شبه آزمایشی و طرح پژوهش آن طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود و از لحاظ هدف در زمره پژوهش های کاربردی و از لحاظ روش در زمره پژوهش های کمی است. جامعه مورد مطالعه عبارت بود از کلیه مراجعه کنندگان به کلینیک های مشاوره و روان شناختی منطقه ۵ شهر تهران. روش نمونه گیری پژوهش حاضر نمونه گیری خوشه ای مرحله ای خواهد بود. گروه حجم نمونه حاضر به استناد پژوهشهای پیشین ۱۵ نفر برای هر گروه انتخاب شد که مجموعاً ۴۵ نفر خواهند. ملاک های ورود عبارت بودند از داشتن بیماری وسواس فکری، حداکثر ۴۵ سال و داشتن حداقل تحصیلات دیپلم. ملاک های خروج عبارت بودند از اعتیاد، ابتلا به بیماری های واگیر و حاد و بیماری های قلبی و سن بالای ۴۵ سال. ابتدا از بین کلیه مراجعه کنندگان به کلینیک های مشاوره و روان شناختی منطقه ۵ شهر تهران (۲۵ کلینیک) ۳ کلینیک به صورت خوشه ای مرحله ای انتخاب شد. دلایل این انتخاب به این صورت خواهد بود که این کلینیک در زمره بزرگترین کلینیک های منطقه ۵ هستند که ترکیب جمعیتی آن می تواند معرف جمعیت کل منطقه باشد. دلیل دوم این که دسترسی به آنها به دلیل اشتغال پژوهشگر در آنها

جدول (۲) توزیع فراوانی افراد نمونه را به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات مندرج در این جدول، در گروه آزمایش شفقت به خود و گروه کنترل گزارش شده است. جدول ۳ توزیع فراوانی وضعیت اقتصادی شرکت کنندگان به تفکیک گروه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۳. توزیع فراوانی وضعیت اقتصادی شرکت کنندگان به تفکیک گروه‌ها

گروه	وضعیت اقتصادی	فراوانی	درصد فراوانی	درصد جمعیتی
گروه	ضعیف	۳	۲۰	۲۰
	متوسط	۷	۴۶/۶	۶۶/۶
	خوب	۵	۳۳/۴	۱۰۰
شفقت به خود	مجموع	۱۵	۱۰۰	-
	ضعیف	۴	۲۶/۷	۲۶/۷
	متوسط	۷	۴۶/۶	۷۳/۳
گروه کنترل	خوب	۴	۲۶/۷	۱۰۰
	مجموع	۱۵	۱۰۰	-

در جدول (۳) مشاهده می‌گردد که برای هر دو گروه افرادی که بیان کرده‌اند، وضعیت اقتصادی متوسط (متوسط در آمد بین ۲ میلیون تا ۴ میلیون) دارند، بیشترین فراوانی را دارند، پس از آنها افرادی هستند که بیان کرده‌اند که سطح وضعیت اقتصادی خوبی (متوسط در آمد بین ۵ میلیون به بالا دارند و نهایتاً پس از آنها افرادی هستند که بیان کرده اند که سطح وضعیت اقتصادی ضعیفی (میزان در آمد تا سقف حداکثر ۲ میلیون) دارند.

پرسشنامه اضطراب نخستین بار توسط کانور (۱) به منظور ارزیابی اضطراب تهیه گردیده است. این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی ۱۷ ماده‌ای است. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (به هیچ وجه تا بی نهایت) درجه بندی می‌شود. این مقیاس دارای سه خرده مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) می‌باشد. کانور (۱) پایایی به روش بازآزمایی پرسشنامه را در گروه‌های دارای تشخیص اختلال اضطراب ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ گزارش کرده است. در تحقیقاتی ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه غیر بالینی ایرانی ۰/۸۴ بدست آوردند. در پژوهش دیگری خود همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۸۶ و پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ گزارش کرده است. نمره ای که آزمودنی ها از پاسخ دادن به چک لیست وسواس فکری منطبق با آخرین ملاک های dsm5 بدست آورد ملاک تشخیص بیماران وسواس فکری قرار گرفت.

یافته ها

جدول ۱. اطلاعات توصیفی شرکت کننده گان در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	میانگین سن	حداقل سن	حداکثر سن
نشخوار فکری	۱۵	۳۱	۲۶	۴۴
اضطراب	۱۵	۳۱	۲۶	۴۳
نگرانی	۱۵	۳۲	۲۵	۴۴

جدول ۲. توزیع فراوانی تحصیلات شرکت کنندگان به تفکیک گروه‌ها

گروه	تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی	درصد جمعیتی
گروه شفقت به خود	دیپلم	۳	۲۰	۲۰
	کاردانی	۴	۲۶/۷	۴۶/۷
	کارشناسی	۵	۳۳/۳	۸۰
گروه کنترل	کارشناسی ارشد	۳	۲۰	۱۰۰
	مجموع	۱۵	۱۰۰	-
	دیپلم	۱	۶/۶	۶/۶
گروه کنترل	کاردانی	۴	۲۶/۷	۳۳/۳
	کارشناسی	۶	۴۰	۷۳/۳
	کارشناسی ارشد	۴	۲۶/۷	۱۰۰
گروه کنترل	مجموع	۱۵	۱۰۰	-

1. Connor

جدول ۴. شاخص های توصیفی نشخوار فکری، اضطراب و نگرانی و خرده متغیر های آن در مرحله پس آزمون

گروه	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	تفاوت
گروه شفقت به خود	نشخوار فکری	۶۴/۲۱	۱۲/۱۰	۰/۱۸۰
		۶۶/۵۶	۱۴/۶۵	۰/۸۱۰
گروه کنترل	ترس	۱۵/۴۴	۲/۲۲	۰/۳۶۸
		۱۷/۱۱	۳/۱۹	۱/۳۰۵
گروه کنترل	اجتناب	۱۴/۱۹	۲/۳۱	۰/۱۸۰
		۱۶/۱۰	۴/۷۲	۰/۸۳۰
گروه کنترل	ناراحتی فیزیولوژیک	۱۶/۹۰	۴/۴۳	-۱/۵۷۸
		۱۸/۰۰	۵/۲۱	۰/۰۵۶
گروه کنترل	اضطراب	۸۷/۴۱	۱۳/۵۵	-۰/۵۰۹
		۹۱/۱۲	۱۵/۴۸	۰/۳۴۵
گروه کنترل	نگرانی	۶۵/۴۴	۱۲/۲۲	۰/۳۶۸
		۶۷/۱۱	۱۳/۱۹	۱/۳۰۵
گروه کنترل	نشخوار فکری	55/۱۹	۱۰/۱۳	-۱/۵۷۳
		۵۸/۵۲	۱۰/۳۲	۰/۰۴۴
گروه کنترل	ترس	۱۴/۸۸	۲/۳۲	-۱/۶۲۳
		۱۶/۰۱	۳/۸۹	۰/۱۷۴
گروه کنترل	اجتناب	۱۴/۳۲	۲/۱۱	-۱/۵۶۸
		۱۴/۲۲	۳/۶۰	۰/۲۶۳
گروه کنترل	ناراحتی فیزیولوژیک	۱۷/۴۸	۴/۸۱	-۱/۶۹۴
		۱۷/۳۳	۴/۳۶	۰/۲۴۲
گروه کنترل	اضطراب	۸۸/۳۳	۱۳/۷۹	-۱/۳۳۸
		۸۷/۸۳	۱۳/۸۳	۰/۱۲۰
گروه کنترل	نگرانی	۶۴/۲۰	۱۲/۸۹	-۱/۱۲۳
		۶۶/۳۳	۱۳/۶۶	۰/۱۵۴

و انحراف معیار اضطراب در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش اول و دوم و در گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه ای با هم ندارند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که این دو گروه در مرحله پیش آزمون در متغیر های اضطراب با هم قابل مقایسه هستند. همچنین نتایج جدول (۴) نشان می دهد میانگین و انحراف معیار نمره نگرانی در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش (۴۴/۶۵، ۱۲/۲۲) و در گروه کنترل (۶۴/۲۰، ۱۲/۸۹) بود. بر اساس این نتایج می توان گفت میانگین و انحراف معیار نگرانی در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش و در گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه ای با هم ندارند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که این دو گروه در مرحله پیش آزمون در متغیر های نگرانی با هم قابل مقایسه هستند.

نتایج جدول (۴) شاخص های توصیفی نشخوار فکری، اضطراب و نگرانی و خرده متغیر های آن در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایشی (آموزش شفقت به خود) و گروه کنترل را نشان می دهد. بر این اساس میانگین و انحراف معیار نمره نشخوار فکری در گروه آزمایش دوم (۶۴/۲۱، ۱۲/۱۰) و در گروه کنترل (۵۹/۱۹، ۱۰/۱۳) بود. بر اساس این نتایج می توان گفت میانگین و انحراف معیار نشخوار فکری و خرده متغیرهای آنها در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش و در گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه ای با هم ندارند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که این دو گروه در مرحله پیش آزمون در متغیر های نشخوار فکری با هم قابل مقایسه هستند. همچنین نتایج جدول (۴) نشان می دهد میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش (۸۷/۴۱، ۱۳/۵۰) و در گروه کنترل (۸۸/۳۳، ۱۳/۷۹) بود. بر اساس این نتایج می توان گفت میانگین

جدول ۵. نتایج آزمون کلموگراف اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع نمرات نشخوار فکری، اضطراب و نگرانی در پیش آزمون

متغیر وابسته	آزمون	Z	سطح معناداری
ناراحتی فیزیولوژیک	پیش آزمون	۰/۶۷	۰/۵۲
ترس	پیش آزمون	۰/۳۷	۰/۶۹
اجتناب	پیش آزمون	۱/۴۱	۰/۳۵
نشخوار فکری	پیش آزمون	۰/۵۹	۰/۸۳
اضطراب	پیش آزمون	۰/۷۶	۰/۹۵
نگرانی	پیش آزمون	۰/۹۲	۰/۴۲

جدول ۵ نتایج آزمون کلموگراف اسمیرنوف را نشان می دهد. بر این اساس با توجه به مقدار آزمون Z و p در نشخوار فکری و مقدار آزمون Z و p (p=۰/۸۳) و (Z=۰/۵۹) در اضطراب (p=۰/۴۷) و (Z=۰/۸۸) توزیع نمرات مولفه های نشخوار فکری و اضطراب در مرحله پیش آزمون نرمال می باشد. از این رو مفروضه نرمال بودن توزیع داده ها برقرار می باشد.

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت بین میانگین نمرات نشخوار فکری مراجع در گروه آزمایش و کنترل

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری (P)	مجذوراتا جزئی
اثر تعامل	نشخوار فکری	۱۱۲.۱۰۸	۱	۱۱۲.۱۰۸	۱.۳۴۵	۰.۲۶۷	۰/۰۳
گروه	نشخوار فکری	۴۹۹.۲۱۳	۱	۴۹۹.۲۱۳	۱۰.۳۱۱	۰.۰۱۷	۰/۴۶
خطا	نشخوار فکری	۴۴۵۶۷.۳۴۷	۲۸	۱۲۰.۲۱۶			
کل	نشخوار فکری	۵۱۳۲۶.۲۳۴	۳۰				

همچنان که نتایج جدول ۶ نشان می دهد اثر تعاملی گروه و پیش آزمون با مقدار (F= ۱/۳۴۵) و سطح معناداری (p=۰/۲۶۷) معنادار نیست به این معنی که پیش فرض شیب خط رگرسیون رعایت شده است و گروهها با هم قابل مقایسه هستند. اما بر اساس نتایج اثر متغیر مستقل (شفقت به خود) بر متغیر وابسته (نشخوار فکری) با مقدار (F= ۱۰/۳۱۱) و سطح معناداری (۱۷)

معنادار است. به این معنا که آموزش شفقت به خود منجر به کاهش نشخوار فکری در گروه آزمایش شده است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار به نفع گروه آزمایش ایجاد کرده است. همچنین مجذور اتا جزئی نشان می دهد که (۰/۳۶) در صد از تغییرات ایجاد شده در گروه آزمایش در نتیجه ارائه متغیر مستقل به گروه آزمایش بوده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت بین میانگین نمرات اضطراب مراجع ان در گروه آزمایش شفقت به خود

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذوراتا جزئی
اثر تعامل	اضطراب	۱۱۲.۱۰۸	۱	۱۱۲.۱۰۸	۱.۲	۰.۳۳۲	۰/۰۴
گروه	اضطراب	۱۶۸.۴۲۳	۱	۱۶۸.۴۲۳	۰/۳۱	۰.۲۱۹	۰/۳۴
خطا	اضطراب	۳۳۷.۲۹۱	۲۸	۱۴.۹۲۵			
کل	اضطراب	۳۳۸۵۷.۰	۳۰				

همچنان که نتایج جدول ۷ نشان می دهد اثر تعاملی گروه و پیش آزمون با مقدار (F= ۱/۲۷) و سطح معناداری (p=۰/۳۳۲) معنادار نیست به این معنی که پیش فرض شیب خط رگرسیون رعایت شده است. اما بر اساس نتایج اثر متغیر مستقل (شفقت به خود) بر متغیر وابسته (اضطراب) با مقدار (F= ۴/۳۱) و سطح معناداری (۰/۲۱۹) معنادار است. به این معنا که آموزش

شفقت به خود منجر به کاهش اضطراب در گروه آزمایش شده است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار به نفع گروه آزمایش ایجاد کرده است. همچنین مجذور اتا جزئی نشان می دهد که (۰/۳۶) در صد از تغییرات ایجاد شده در گروه آزمایش در نتیجه ارائه متغیر مستقل به گروه آزمایش بوده است.

جدول ۷ نتایج تحلیل کواریانس تفاوت بین میانگین نمرات نگرانی مراجع ان در گروه آزمایش دوم شفقت به خود

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	(P)	مجذور اتا جزئی
اثر تعامل	نگرانی	۱۱۲.۱۰۸	۱	۱۱۲.۱۰۸	۱.۲۷	۰.۳۳۲	۰/۰۴
گروه	نگرانی	۱۶۸.۴۲۳	۱	۱۶۸.۴۲۳	۵/۹۰	۰.۲۱۹	۰/۴۳
خطا	نگرانی	۳۳۷.۲۹۱	۲۸	۱۴.۹۲۵			
کل	نگرانی	۳۳۸۵۷	۳۰				

همچنان که نتایج جدول ۸ نشان می دهد اثر تعاملی گروه و پیش آزمون با مقدار $F=(۱/۲۷)$ و سطح معناداری $p(=۱/۲۱)$ معنادار نیست به این معنی که پیش فرض شیب خط رگرسیون رعایت شده است. اما بر اساس نتایج اثر متغیر مستقل (شفقت به خود) بر متغیر وابسته (نگرانی) با مقدار $F=(۵/۹۰)$ و سطح معناداری $p(=۰/۲۱۹)$ معنادار است. به این معنا که آموزش شفقت به خود منجر به کاهش نگرانی در گروه آزمایش شده است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار به نفع گروه آزمایش ایجاد کرده است. همچنین مجذور اتا جزئی نشان می دهد که (۰/۴۳) در صد از تغییرات ایجاد شده در گروه آزمایش در نتیجه ارائه متغیر مستقل به گروه آزمایش بوده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری با کنترل اثر پیش آزمون نشان داد که گروه اثر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است. بنابراین آموزش مداخله آموزش شفقت به خود باعث کاهش معنادار نگرانی بیماران شد که این یافته با یافته های بسیاری از پژوهشگران همچون پاراجس و شانک ۱ (۸) همسو بود.

یافته های همسو با نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شفقت به خود منجر به تقویت چهار دسته از تجارب اولیه زندگی فرد می شوند که اکتساب آنها باعث کاهش تمرکز در فرد و در نتیجه تقویت حافظه وی شود. این تجارب عبارتند از ۱- آموزش شفقت به خود منجر به ارضا نیازهای می شود که می تواند منجر به شکل گیری طحواره هایی همچون محرومیت هیجانی و رها شدگی شود. ۲- ارضا بیش از حد نیازها که می تواند منجر به شکل گیری طحواره هایی همچون وابستگی/ بی کفایتی و استحقاق بزرگ منشی شود. ۳- آسیب دیدن و قربانی شدن که می تواند منجر به تشکیل طحواره هایی همچون نقص/شرم، بی اعتمادی/بدرفتاری و یا آسیب پذیری نسبت به ضرر شود. ۴- درونی سازی یا همانند سازی با افراد مهم زندگی. علاوه بر آموزش شفقت به خود منجر به بهبود خلق و خو و کاهش سلامت روان و ایجاد حال خوب در فرد و شکل گیری طحواره های مناسب در او می شود. کسب این طحواره های کارآمد در کاهش ظرفیت اضطراب بسیار موثر است. زیرا خلق و خوی فرد تعیین می کند که آیا تمرکز کافی برای یادگیری و به یاد آوری موضوعات جدید و تا حدی سخت را دارد یا خیر. از سوی دیگر آموزش شفقت به خود باعث می شود باورهای مبنی بر توانایی فردی برای انجام تکالیف تحصیلی سبب می شود درونی انگیزش

درونی فرد تقویت شود. زیرا بیماران وسواس که دارای خودکارآمدی بالا، اعتماد بیشتری به موفقیت عملکرد موثر خود دارند. از سوی دیگر همسو با یافته های هایس ۲ (۹) و نتایج پژوهش حاضر آموزش شفقت به خود منجر به کاهش انگیزش تحصیلی، نگرش ها و باورهای موفقیت، در فرد می شود زیرا بیماران وسواس که طحواره های ناکارآمد دارند از انگیزش تحصیلی پایینی برخوردارند لذا انگیزه زیادی برای فعالیت های مستمر و انجام تکالیف تحصیلی ندارند لذا شکست تحصیلی را تجربه می کنند در نتیجه نگرانی پایینی را تجربه می کنند و لذا به سختی برای رسیدن به اهداف شان کار نمی کنند (۱۱).

آموزش شفقت به خود به بیماران وسواس کمک می کند تا طحواره های شناختی و کارآمدی را کسب کنند و در حوزه تحصیل انرژی خود را صرف فعالیت های مهم نمایند و در برابر موانع موجود که تقریباً همیشه بر سر راه موفقیت تحصیلی وجود دارند مقاومت نمایند (۸). از سوی دیگر آموزش شفقت به خود باعث می شود باورهای مبنی بر توانایی فردی برای انجام تکالیف تحصیلی سبب می شود درونی انگیزش درونی فرد تقویت شود. زیرا بیماران وسواس دارای خودکارآمدی بالا، اعتماد بیشتری به موفقیت عملکرد موثر خود دارند.

از سوی دیگر همسو با یافته های هاتیس (۱۰) و نتایج پژوهش حاضر آموزش شفقت به خود منجر به کاهش انگیزش تحصیلی، نگرش ها و باورهای موفقیت، در فرد می شود زیرا بیماران وسواس که طحواره های ناکارآمد دارند از انگیزش تحصیلی پایینی برخوردارند لذا انگیزه زیادی برای فعالیت های مستمر ندارند در نتیجه نگرانی پایینی را تجربه می کنند و لذا به سختی برای رسیدن به اهداف شان کار نمی کنند (۱۱).

در تبیین این نتایج می توان گفت: خودکارآمدی، سازه اصلی تئوری اجتماعی و شناختی بندورا می باشد و به برداشت افراد از توانایی های خود برای انجام کار و فعالیت اشاره دارد. بر این اساس، بیماران وسواس تمایل دارند که به فعالیت هایی بپردازند که در انجام آنها احساس اطمینان کنند و از فعالیت هایی که احساس می کنند توانایی انجام دادن آن ها را ندارند پرهیز نمایند. باورهای کاهش نگرانی تعیین می کند که بیماران وسواس تا چه اندازه برای فعالیت های خود انرژی صرف می کنند و تا چه میزان در برابر موانع مقاومت می نمایند (۸). از نظر تئوریک نیز باورهای مبنی بر توانایی فردی برای انجام کارها سبب می شود جنبه درونی انگیزش در فرد تقویت شود. زیرا بیماران وسواس دارای خودکارآمدی بالا، اعتماد بیشتری به موفقیت عملکرد موثر

1. Pajares F, Schunk

2. Hayes

موارد آموزشی، از مواردی بود که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج بود ۲- تفاوت در ویژگی های خانوادگی و اقتصادی آزمودنی ها بر اثر پذیری آزمودنی ها از مداخلات اثر گذاشته باشد. جهت پیگیری پایداری نتایج تحقیق حداقل ۶ ماه لازم است، که در این پژوهش، پژوهشگر به علت محدودیت های زمانی پیگیری سه ماهه را انجام داد در این راستا پیشنهاد می شود مطالعاتی با جلسات و آموزش شفقت درمانی به تعداد بیشتر و مدت زمان طولانی تر اجرا شود تا نتایج قابل اطمینان تری کسب شود. و با توجه به بررسی پیشینه تحقیقات انجام شده، پیشنهاد می شود که تأثیر آموزش شفقت درمانی بر کاهش صمیمیت، کاهش افسردگی، وسواس و کاهش سوء مصرف مواد مخدر نیز در بیماران وسواس مورد بررسی قرار گیرد.

References

1. Connor KM, Davidson J, Churchill LE. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN): new self-rating scale. *Br J Psychiat*; 176: 379-386.
2. Clark DA, Purdon C. (2004). *Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions*. Cambridge: Cambridge University Press, 3(3), 90-116.
3. Glass, D. J. (2012). Evolutionary clinical psychology, broadly construed: Perspectives on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*, 6(3), 287-292.
4. Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154.
5. Wahl, K., Ertle, A., Bohne, A., Zuroski, B., & Kordon, A. (2011). Relations between a ruminative thinking style and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical samples. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(2), 217-225.
6. Zahiroddin A, Agahi Z, Borjali A, Rajezi S. (2018) [Comparison of emotion regulation strategies among individuals with obsessive-compulsive disorder and substance abusers(Persian)]. *Pejouhandeh*; 19(1):18-24.

خود دارند. هاتیس ۱ (۱۰) نیز بر این باور است که انگیزش تحصیلی با هدف های ویژه، نگرش ها و باورهای خاص، روش های نائل شدن به آنها و تلاش فرد در ارتباط است. بیماران وسواسی که نسبت به موفقیت از انگیزش پایینی برخوردارند، به سختی کار نمی کنند (۱۱).

همچنین بر اساس تئوری بندورا، خوداندیشی یکی از توانایی های منحصر به فرد در انسان است که به وسیله آن انسان رفتار خود را ارزیابی و تغییر می دهد و این خود ارزیابی ها در برگیرنده دریافت های خودکارآمدی است. بر پایه تئوری ارزش انتظار، انگیزش در آغاز برآیند باورهای بیماران وسواس درباره پی آمدهای احتمالی کشش ها و ارزشی است که آنها به پی آمدها می دهند. بیماران وسواس زمانی برای انجام تکالیف برانگیخته می شوند که پی آمد مورد انتظار برای آنها با ارزش باشد. اما هنگامی که پی آمدها برای آنها ارزش نداشته باشد برای انجام تکالیف آمادگی کمتری خواهند داشت. انتظارات پی آمد با باورهای کارآمدی مرتبطند، چون این باورها، انتظارات را تعیین می کنند و از آنجایی که پی آمد مورد انتظار انسان وابستگی زیادی به داوری هایشان از کاری که می توانند انجام بدهند دارد، در این مواقع، اگر ادراک های خود کارآمدی کنترل شود، انتظارات پی آمد بیگمان نقشی به سزا در پیش بینی های رفتار خواهد داشت (۱۲).

بیماران وسواسی که باورهای خودکارآمدی بالا دارند، تکالیف دشوار را به عنوان چالش می بینند، نسبت به اهدافشان متعهد باقی می مانند و در صورت شکست به تلاش خود می افزایند و نهایتاً پشتکار آنها موجب موفقیت می شود، اما برای بیماران وسواس دارای باورهای خودکارآمدی پایین، تکالیف دشوار در حکم تهدید شخصی هستند و مواجه شدن با شکست، موجب درماندگی و دست کشیدن از تلاش و نهایتاً اکتفا به عدم موفقیت می شود. بنابراین، خودکارآمدی آثار متنوعی بر عمل بیماران وسواس داشته، فعالیت های انتخابی آنها را تحت تأثیر خود قرار می دهد و در غیر این صورت، انگیزه کمی به درگیر شدن در چنین فعالیت هایی دارند (۱۲). بنابراین، داشتن انگیزه تحصیلی بالا موجب میشود بیماران وسواس از حداکثر توان خود برای رسیدن به هدف استفاده کند و به دنبال آن به سطح بالایی از خودکارآمدی دست یابد. به عبارت دیگر، هنگامی که فرد از شکست نمی هراسد و برای رسیدن به هدف برنامه ریزی می کند، در تنظیم برنامه ها توان خود را در نظر می گیرد، با توجه به مقدمات تنظیم شده قبلی به موفقیت خود امیدوار است و در نهایت با کنترل گام به گام رفتار خود، در رسیدن به هدف، خود را رهبری می کند. وی همواره از انگیزه پیشرفت بالایی نیز برخوردار است؛ زیرا عوامل یادشده ارتباط مستقیمی با کسب موفقیت دارد و تجارب موفقیت آمیز زمینه ساز انگیزه بیشتری خواهد بود.

پژوهش حاضر دارای محدودیت های بود که عبارتند از ۱- نگرش آزمودنی ها به آزمون های مورد استفاده، میزان همکاری آنها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه آنها به پایبندی و اجرای کامل

7. Gilbert, P. (2015). Compassion focused therapy. *The Beginner's Guide to Counselling & Psychotherapy*, 127.
8. Pajares F, Schunk D H. (2010). Self-Efficacy Beliefs. *International Encyclopedia of Education (Third Edition)*. Pages 668-672.
9. Hayes, S.C., Follette, V.M & Linehan, M.M (2003). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York. Guilford Press.
10. Hatice, O. (2011). Academic self-efficacy and academic procrastination as predictors of problematic internet use in university students. *Computers & Education*, 57, 1109–1113.
11. Ariapooran, Saeed; Narimani, Mohammad; Abolghasemi, Abbas and Ahadi, Batool (1390). The effectiveness of mindfulness training and emotion regulation methods on the emotion and mood of chemical warfare victims. PhD Thesis in General Psychology. Mohaghegh Ardabili University.
12. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 2, 191-215.