MEJDS. 2022; 12:23.

Published online 2022 May. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Academic Self-Efficacy and Its subscales in Female Students with Obsessive-Compulsive Disorder

Azarakhsh Bajestani A[1], *Shirazi M[2], Sanagouye Moharer GH[3]

Author Address
1. PhD Student of Educational Psychology, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.
***Corresponding author Email:** mshirazi@edpsy.usb.ac.ir

Received: 2021 November 10; **Accepted:** 2022 April 22

Abstract

Background & Objectives: Obsessive–compulsive disorder is one of the most common mental disorders that affects all aspects of life, including academic performance. One of the concepts that can play an essential role in the treatment of the obsessive–compulsive disorder is self–efficacy. Academic self–efficacy is part of the belief in general self–efficacy, which refers to the ability of individuals to perform activities to achieve educational goals. One of the most important and effective factors for disease control is self–efficacy. By increasing self–efficacy, people adapt better to their illnesses, and this adaptation reduces stress and psychological abnormalities. Various approaches and treatments have been proposed for treating obsessive–compulsive disorder and its associated disorders. Cognitive–behavioral therapy is one of these therapies. Given the prevalence of obsessive–compulsive disorder and its negative psychological consequences, such as reduced self–efficacy, it is necessary to plan for intervention to prevent its reduction. So, this study aimed to evaluate the effectiveness of cognitive–behavioral therapy on academic self–efficacy and its components in students with obsessive–compulsive disorder.

Methods: This quasi–experimental study has a pretest–posttest design with a control group. The study population consisted of all female students studying in secondary high schools in Zahedan City, Iran, in the academic year 2020–2021 who were suffering from obsessive–compulsive disorder according to the cut–off criterion of the Maudsley Obsessive–Compulsive Disorder Inventory (Hodgson & Rachman, 1977). Out of them, a sample of 30 students with obsessive–compulsive disorder was randomly selected by the available sampling method (15 students in the experimental group and 15 in the control group). The samples were according to the criterion of practical obsessive–compulsive disorder score (above the cut–off point of 20) on the Maudsley Obsessive–Compulsive Disorder Inventory (Hodgson & Rachman, 1977). The inventory was prepared online by Google software and WhatsApp and were distributed among students. The inclusion criteria included obtaining a score higher than 20 in Madsley Obsessive–Compulsive Disorder Inventory (Hodgson & Rachman, 1977), being 15 to 18 years old, studying in the secondary high school, providing informed consent, and having a favorable physical and mental condition to participate. The exclusion criteria were no concomitant illness, failure to receive psychological medication during the past month or during the study, and lack of interest in participating in the study. In this study, the participants of the two groups completed Academic Self–Efficacy Questionnaire (Jinks & Morgan, 1999) in the pretest and posttest. The subjects in the experimental group received cognitive–behavioral therapy in eight 60–min sessions once a week. However, for the control group, no intervention was presented. The research data were analyzed by descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate and univariate analysis of covariance) in SPSS software version 16 . The significance level of statistical tests was considered 0.05.

Results: The results showed that after adjusting the pretest scores, there was a significant difference between the mean scores of the control and experimental groups in the academic self–efficacy ($p<0.001$) and its subscales of talent ($p<0.001$), effort ($p<0.001$), and context ($p<0.001$). The effect of cognitive–behavioral therapy on the increase of talent subscale was 86%, effort 90%, context %92, and academic self–efficacy %92.

Conclusion: Based on the effectiveness of cognitive–behavioral therapy on promoting academic self–efficacy and its subscales of talent, effort, and context, counseling centers and schools are recommended to use this training to improve academic self–efficacy in students with obsessive–compulsive disorder.

Keywords: Cognitive–Behavioral therapy, Academic self–efficacy, Obsessive–Compulsive disorder, Students.

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-10]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۲۳.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر خودکارآمدی تحصیلی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دختر دارای نشانگان وسواس فکری‌ـ عملی

اسماء آذرخش بجستانی[۱]، *محمود شیرازی[۲]، غلامرضا ثناگوی محرر[۳]

توضیحات نویسندگان

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

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** mshirazi@edpsy.usb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۹ آبان ۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۲ اردیبهشت ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواس فکری‌ـ عملی بر تمام جنبه‌های زندگی اثر می‌گذارد و اثرات مخربی در طولانی‌مدت بر روابط بین‌فردی، ارتباطات اجتماعی و عملکرد تحصیلی می‌گذارد؛ ازاین‌رو مطالعهٔ حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر خودکارآمدی تحصیلی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دارای نشانگان وسواس فکری‌ـ عملی انجام گرفت.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر مشغول تحصیل در مدارس دورهٔ دوم متوسطهٔ شهر زاهدان در سال تحصیلی ۱۴۰۰ـ ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از جامعهٔ آماری مذکور، نمونه‌ای به حجم سی نفر با تشخیص اختلال وسواس فکری‌ـ عملی به‌روش نمونه‌گیری دردسترس به‌صورت داوطلبانه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). سپس افراد گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای، آموزش درمان شناختی‌رفتاری را دریافت کردند؛ درحالی‌که به گروه گواه آموزشی ارائه نشد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامهٔ وسواس فکری‌ـ عملی مادزلی (هاجسون و راچمن، ۱۹۷۷) و پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی تحصیلی (جینکز و مورگان، ۱۹۹۹) به‌کار رفت. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۶ تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش خودکارآمدی تحصیلی (p<۰/۰۰۱) و مؤلفه‌های آن شامل استعداد، کوشش و بافت (p<۰/۰۰۱) در دانش‌آموزان دارای وسواس فکری‌ـ عملی تأثیر معناداری داشت. میزان تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری بر افزایش مؤلفه‌های استعداد ۸۶درصد، کوشش ۹۰درصد، بافت ۹۲درصد و خودکارآمدی تحصیلی ۹۲درصد بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش باتوجه به اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر ارتقای خودکارآمدی تحصیلی و مؤلفه‌های آن شامل استعداد، کوشش و بافت، به مراکز مشاوره و مدارس توصیه می‌شود این آموزش‌ها را به‌منظور بهبود خودکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان دارای نشانگان وسواس فکری‌ـ عملی به‌کار برند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی‌رفتاری، خودکارآمدی تحصیلی، وسواس فکری‌ـ عملی، دانش‌آموزان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-10]

۱ مقدمه

فرایند یادگیری دانش‌آموزان بسیار متأثر از سلامت روانی آن‌ها است و یکی از علل نبود موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان، وجود اختلالات روانی در آنان است. اختلال وسواس فکری‌ـ عملی[1] در کودکان بیماری پیچیده و چهارمین اختلال شایع روانی در جهان به‌شمار می‌رود (۱). این اختلال براساس وجود افکار ناخواسته و مزاحم وسواس‌ها و رفتارهای تکراری اجبارها تشخیص داده می‌شود (۲) و اغلب در دوران کودکی به‌وجود می‌آید و در بلندمدت منجربه ایجاد مشکلات درخورتوجه در زندگی فرد می‌شود (۳). مشخصهٔ اصلی این اختلال تفکرات ناخواسته و کنترل‌نشدنی و اعمال آزاردهنده و تکراری است که شخص بیمار برای جلوگیری و اجتناب از تنیدگی و اضطراب به افکار وسواسی می‌پردازد (۴). این اختلال که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2] طبقهٔ جداگانه‌ای را به خود اختصاص می‌دهد، دربرگیرندهٔ افکار مهارنشدنی و پایدار لبریزشده است و فرد را مجبور به تکرار مجدد اعمال مشخصی می‌کند که سبب درماندگی و اختلال در کارکرد روزانهٔ بیمار می‌شود (۵). شیوع اختلال وسواسی فکری‌ـ عملی در طول عمر در جمعیت کلی ۲تا۳درصد تخمین زده شده و در بررسی‌های اخیر شیوع بالینی آن ۱/۸۹ و در جمعیت غیربالینی ۲/۷۷ درصد گزارش شده است (۶).

یکی از مفاهیمی که می‌تواند در درمان وسواس نقش اساسی داشته باشد، خودکارآمدی[3] است (۷). براساس این مفهوم، فرد به جملهٔ «من می‌توانم» معتقد است و به درک شخص از توانایی و قابلیت‌هایش در انجام‌دادن کامل و موفقیت‌آمیز کار و فعالیت‌ها در شرایط خاص اشاره دارد. خودکارآمدی نحوهٔ عملکرد افراد و میزان تلاش آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۷). خودکارآمدی تحصیلی[4] به‌عنوان بخشی از باور خودکارآمدی عمومی است که به توانایی افراد در انجام‌دادن فعالیت‌ها برای دستیابی به هدف‌های تحصیلی اشاره دارد و به‌معنای اعتماد و اطمینان شخص در انجام فعالیت‌های تحصیلی مانند کتاب‌خواندن، پاسخ به سؤالات مطرح‌شده در کلاس درس و آمادگی‌داشتن برای امتحان است. دانش‌آموزانی که دارای خودکارآمدی قوی هستند با تکالیف درسی خود سازگاری بهتری دارند و از راهبردهای مؤثر یادگیری استفاده می‌کنند که موجب کارایی بهتر و سودمند آنان می‌شود (۸). از عوامل مهم و مؤثر به‌منظور کنترل بیماری، خودکارآمدی است. با افزایش خودکارآمدی افراد با بیماری‌شان بهتر سازگار می‌شوند و این سازگاری، تنش و نابهنجاری‌های روان‌شناختی را کاهش می‌دهد. همچنین افرادی که به قابلیت و توانایی‌های خود اطمینان دارند، به‌طور فعال در برنامه‌های ارتقای سلامتی شرکت می‌کنند و این مشارکت موجب افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان در آنان می‌شود (۹).

باتوجه به آنچه گفته شد، علائم اصلی در بیماران وسواس فکری‌ـ عملی و ویژگی‌های جانبی مانند ترس از ارزیابی و خودکارآمدی ضعیف از عواملی است که در این بیماران باعث می‌شود فرد به‌شدت تحت‌تأثیر اختلال منفعل شود و واکنش‌های شدیدی را از خود نشان دهد. درگیری‌های شدید این بیماران به‌علت فشار بیماری و مشکلات عدیدهٔ همراهان آن‌ها ازجمله خانواده سبب می‌شود تا این افراد بخش زیادی از مُراجعان به مراکز مشاوره را به خود اختصاص دهند (۱۰). باتوجه به شیوع فراوان این اختلال و نیاز جامعه به مداخله و چالش درمانگران با این بیماران در مراکز مشاوره، مطالعات و پژوهش‌ها به این سمت هدایت شده است که همواره به‌دنبال بررسی روش‌های درمانی باشند تا بتواند به‌عنوان پیشنهاد به روان‌درمانگران ارائه شود (۱۱).

بررسی‌ها نشان می‌دهد، برای درمان وسواس و اختلالات همراه آن، رویکردها و درمان‌های مختلفی ارائه شده است؛ ازجملهٔ این درمان‌ها، درمان شناختی‌رفتاری[5] است (۱۲،۱۳). تأثیر روش درمان شناختی‌رفتاری بر اختلال وسواس فکری‌ـ عملی در طی پانزده سال گذشته با استفاده از روش‌هایی مانند مقایسه با اثر دارونما، داروهای روان‌پزشکی، مقایسه باحالت ترکیبی و... بررسی شده است (۱۴). براساس مطالعه‌ای مروری در همین زمینه از اثر این روش درمانی در هر چهارده مطالعهٔ بحث‌شده، حمایت صورت گرفت (۱۴). در پژوهشی بیان شد، درمان شناختی‌رفتاری منجربه تغییرات عصبی‌شیمیایی در هیپوکامپ بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی می‌شود (۱۵). درمان شناختی‌رفتاری از سه جزء، یعنی مواجهه‌سازی[6]، جلوگیری از پاسخ[7] و درمان شناختی[8] تشکیل شده است. در مواجهه‌سازی که به‌صورت سلسله‌مراتبی تنظیم می‌شود، پاسخ‌های اضطرابی بیمار با قرارگرفتن در موقعیت‌های اضطراب‌انگیز و مواجهه با آن موقعیت‌ها، کاهش می‌یابد. در جلوگیری از پاسخ، ابتدا عادت‌ها یا رفتارهای وسواسی مشخص می‌شود که ممکن است توسط بیمار به‌منظور کاهش اضطراب یا اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌انگیز به‌کار رود؛ سپس بیمار برای خودداری از هر نوع تشریفات وسواسی و اجتناب‌ها تشویق می‌شود. در آخرین جزء یعنی درمان شناختی، بیمار آموزش می‌بیند تا شناخت‌های برانگیزانندهٔ اضطراب را شناسایی کرده و دوباره آن‌ها را بازسازی کند (۱۶). در خارج از ایران در طول سال‌های ۲۰۰۱تا۲۰۱۹ میلادی پژوهش‌های متعددی در رابطه با کارآمدی رویکرد شناختی‌رفتاری در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس صورت گرفت؛ برای مثال، نتایج پژوهش چوساک و همکاران نشان داد، این روش درمانی موجب کاهش بسیار چشمگیر علائم وسواس فکری‌ـ عملی در آزمودنی‌های مطالعه شده است (۱۷). نتایج پژوهش دیفن‌باخ و همکاران مشخص کرد، درمان شناختی‌رفتاری که شامل مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌شود، خط اول درمان اختلال وسواس فکری‌ـ اجباری است (۱۸). همچنین بکیروگولاری و کوروشان در پژوهشی دریافتند، درمان شناختی‌رفتاری در کاهش علائم اختلال وسواس به‌خوبی مستند شده است (۱۹). در ایران نیز مطالعهٔ اصل علوی پایدار و همکاران نشان داد، درمان

[1]. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)
[2]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5)
[3]. Self-efficacy
[4]. Academic self-efficacy
[5]. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)
[6]. Exposure
[7]. Response prevention
[8]. Cognitive Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-10]

شناختی‌رفتاری بر کاهش نشانه‌های وسواس فکری‌ـ عملی و زیرشاخه‌های آن مؤثر است (۲۰). نتایج پژوهش غضنفری و همکاران مشخص کرد، یکی از عوامل ایجادکنندهٔ افکار و اعمال وسواسی در افراد، ضعف در راه‌اندازی مهارت‌های شناختی است؛ بنابراین اثربخشی روش‌های درمانی فراشناختی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود نشانگان حاصل از این اختلال تأیید شد (۲۱). همچنین انصاری و همکاران دریافتند، الگوی درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند بر شدت و نشانه‌های وسواس‌ـ بی‌اختیاری مؤثر باشد (۲۲).

باتوجه به شیوع وسواس و پیامدهای روان‌شناختی منفی آن مانند کاهش خودکارآمدی، برنامه‌ریزی برای انجام مداخله با هدف جلوگیری از کاهش ضروری است. شیوه‌های زیادی برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی وجود دارد؛ ولی باتوجه به اثربخشی روشن رویکردهای درمانی جدید مانند شناختی‌رفتاری و مثبت‌نگر در درمان وسواس (۲۳) و اندک‌بودن پژوهش‌های آزمایشی در این باره، انجام تحقیق در این زمینه ضروری است. نکتهٔ حائز اهمیت دیگر اینکه یکی از اهداف اصلی آموزش‌وپرورش شکوفاکردن استعداد دانش‌آموزان و افزایش سلامت آنان و کاهش وسواس و دیگر مشکلات رفتاری آن‌ها است. باوجود تأثیر درخورتوجه آموزش شناختی‌رفتاری بر کاهش این مشکلات و افزایش سلامت عمومی و با بررسی پیشینهٔ پژوهش‌های گذشته در ایران، ازآنجاکه درخصوص تأثیر آموزش شناختی‌رفتاری بر خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دارای وسواس فکری‌ـ عملی پژوهش کمتری صورت گرفته است، پژوهش حاضر برای اولین‌بار در مناطق محروم کشور که دارای مسائل تحصیلی بیشتری هستند، انجام شد؛ بنابراین هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش شناختی‌رفتاری بر خودکارآمدی تحصیلی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دارای نشانگان وسواس فکری‌ـ عملی بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر مشغول تحصیل در مدارس دورهٔ دوم متوسطهٔ شهر زاهدان در سال تحصیلی ۱۴۰۰ـ۱۳۹۹ تشکیل دادند. تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌ها در مطالعات نیمه‌آزمایشی حداقل پانزده نفر در نظر گرفته شده است (۲۴)؛ بر این اساس تعداد حجم نمونه، سی نفر به‌صورت دردسترس (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) انتخاب شد و سپس وارد مطالعه شد. نحوهٔ انتخاب نمونهٔ آماری بدین‌صورت بود که باتوجه به ملاک نمرهٔ وسواس فکری‌ـ عملی (بیشتر از نقطهٔ برش ۲۰) در پرسش‌نامهٔ وسواس فکری‌ـ عملی مادزلی[1] (۲۵) که به‌صورت اینترنتی و آنلاین توسط نرم‌افزار گوگل فرم[2] تهیه شد و در واتساپ بین دانش‌آموزان توزیع شد، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه پانزده‌نفری شامل گروه آموزش مهارت‌های شناختی‌رفتاری و گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود دانش‌آموزان به پژوهش حاضر شامل کسب نمرهٔ بیشتر از ۲۰ در پرسش‌نامهٔ وسواس فکری‌ـ عملی مادزلی، دارابودن سن ۱۵ تا۱۸ سال، قرارداشتن در مقطع تحصیلی دورهٔ دوم متوسطه، رضایت آگاهانهٔ دانش‌آموز و داشتن وضعیت جسمی و روانی مطلوب برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج دانش‌آموزان از پژوهش نداشتن بیماری هم‌زمان، دریافت‌نکردن درمان‌های دارویی روان‌شناختی طی یک ماه گذشته یا هم‌زمان با اجرای پژوهش و علاقه‌نداشتن به شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد.

سپس شرکت‌کنندگان در یک جلسهٔ توجیهی شرکت کردند. در این جلسه فرم همکاری در پژوهش توسط دانش‌آموزان تکمیل و تصریح شد که شرکت‌کنندگان این حق و اختیار را دارند در هر مرحله از پژوهش براساس میل و اختیار کامل به همکاری خود با پژوهشگران خاتمه دهند. همچنین پژوهشگران به مُراجعان این اطمینان را دادند که تمامی مطالب ارائه‌شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسش‌نامه‌ها محرمانه است و در اختیار هیچ فرد و سازمانی قرار نمی‌گیرد و نتایج به‌صورت گروهی و بدون ذکر نام مُراجعان تحلیل می‌شود. سپس اهداف پژوهش برای آن‌ها تشریح شد. در این پژوهش شرکت‌کنندگان دو گروه در مرحلهٔ پیش‌آزمون پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی تحصیلی[3] (۲۶) را تکمیل کردند. سپس برای آزمودنی‌های گروه آزمایش طی هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه آموزش‌های مربوط به آموزش شناختی‌رفتاری توسط پژوهشگران ارائه شد. بعد از اتمام جلسات درمانی، به‌طور مجدد هر دو گروه پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی تحصیلی (۲۶) را در مرحلهٔ پس‌آزمون تکمیل کردند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارها و جلسات درمانی زیر استفاده شد.

ـ پرسش‌نامهٔ وسواس فکری‌ـ عملی مادزلی: هاجسون و راچمن در سال ۱۹۷۷ این پرسش‌نامه را طراحی کردند (۲۵). این پرسش‌نامه سی سؤال دارد که به‌صورت بلی یا خیر پاسخ داده می‌شود و طوری طراحی شده است که شخصی کاملاً وسواسی دقیقاً به نیمی از سؤال‌ها پاسخ مثبت و به نیمی دیگر پاسخ منفی می‌دهد. پرسش‌نامه دارای چهار زیرمقیاس وارسی[4]، شست‌وشو[5]، کندی و تکرار[6] و شک و تردید[7] است؛ از این پرسش‌نامه در چارچوب پژوهش‌های بالینی و نیز در جمعیت عادی استفاده می‌شود. دامنهٔ نمرهٔ کل پرسش‌نامه بین صفر تا ۳۰ است. نحوهٔ نمره‌گذاری پرسش‌نامه بدین‌صورت است که باید ابتدا به هر گزینه نمرهٔ صفر یا ۱ داده شود. نمره‌گذاری کامل به‌صورت زیر است (۲۵).

در ادامه دربارهٔ زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه توضیح داده می‌شود. وارسی: در سؤالات ۲، ۶، ۸، ۱۴، ۲۰، ۲۶ و ۲۸ اگر گزینهٔ «درست» علامت زده شود، نمرهٔ ۱ تعلق می‌گیرد. در سؤالات ۱۵ و ۲۲ اگر جواب «نادرست» علامت زده شود، نمرهٔ ۱ داده می‌شود؛ شست‌وشو: در سؤالات ۱، ۴ و ۲۶ اگر گزینهٔ «درست» علامت زده شود، نمرهٔ ۱ تعلق می‌گیرد. در سؤالات ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۴ و ۲۷ اگر جواب «نادرست» علامت زده شود، نمرهٔ ۱ داده می‌شود؛ کندی‌ـ تکرار: در سؤال ۴ اگر گزینهٔ «درست» علامت زده شود، نمرهٔ ۱ تعلق می‌گیرد.

[1]. Madsley Obsessive-Compulsive Disorder Inventory (MOCI)
[2]. Google forms
[3]. Academic Self-Efficacy Questionnaire
[4]. Check
[5]. Wash
[6]. Slowness and repetition
[7]. Doubt

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-10]

در سؤالات ۲، ۸، ۱۶، ۲۳، ۲۵ و ۲۹ اگر جواب «نادرست» علامت زده شود، نمرهٔ ۱ داده می‌شود؛ شک و تردید: در سؤالات ۳، ۷، ۱۰، ۱۲، ۱۸ و ۳۰ اگر گزینهٔ «درست» علامت زده شود، نمرهٔ ۱ تعلق می‌گیرد. در سؤال ۱۱ اگر جواب «نادرست» علامت زده شود، نمرهٔ ۱ داده می‌شود؛ نمرهٔ کلی: در سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۲۸، ۳۰ اگر گزینهٔ «درست» علامت زده شود، نمرهٔ ۱ تعلق می‌گیرد. در بقیهٔ سؤالات اگر گزینهٔ «نادرست» علامت زده شود، نمرهٔ ۱ داده می‌شود (۲۵). هاجسون و راچمن ضریب آلفای کرونباخ را در زیرمقیاس‌های وارسی ۰/۷۰، شست‌وشو ۰/۸۰، کندی و تکرار ۰/۷۰ و شک و تردید ۰/۷۰ گزارش کردند (۲۵). همچنین قاسم‌زاده و همکاران در پژوهشی نشان دادند، پایایی بازآزمون این ابزار خوب است. آن‌ها میزان آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را ۰/۸۹ و اعتبار زیرمقیاس‌های کندی_تکرار و شست‌وشو را به‌ترتیب ۰/۳۹ و ۰/۸۷ به‌دست آوردند (۲۷). راچمن و هاجسون روایی همگرا و پایایی با روش آزمون_آزمون مجدد این پرسش‌نامه را رضایت‌بخش گزارش کردند و روایی سازهٔ پرسش‌نامه را در نمونه‌های بالینی و غیربالینی تأیید کردند (۲۸). در ایران در پژوهش محمود علیلو، اعتبار محتوایی این پرسش‌نامه مناسب گزارش شد و ضریب پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه در گروهی ۲۵ نفری از دانشجویان دانشگاه تربیت‌معلم تهران ۰/۸۲ به‌دست آمد (۲۹).

ـ پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی تحصیلی: این پرسش‌نامه توسط جینکز و مورگان در سال ۱۹۹۹ طراحی شد (۲۶). پرسش‌نامه سی سؤال دارد که جواب هر سؤال به‌صورت طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، موافقم=۳، کاملاً موافقم=۴) طراحی شده است. روش نمره‌گذاری پرسش‌نامه به این صورت است که در عبارت‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۲۹ و ۳۰ اگر پاسخ‌دهنده کاملاً موافق را علامت زده باشد، نمرهٔ ۴ کسب می‌کند و اگر تاحدودی موافق را علامت زده باشد، نمرهٔ ۳ می‌گیرد. اگر تاحدودی مخالف را علامت زده باشد نمرهٔ ۲ و اگر کاملاً مخالف را علامت زده باشد، نمرهٔ ۱ کسب می‌کند؛ اما در عبارت‌های ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۲ و ۲۳ به‌صورت معکوس است؛ یعنی اگر کاملاً مخالف را علامت زده باشد نمرهٔ ۴، تاحدودی مخالف نمرهٔ ۳، تاحدودی موافق نمرهٔ ۲ و کاملاً موافق نمرهٔ ۱ می‌گیرد. تفسیر آن نیز به این شکل است: درصورتی‌که نمرات بین ۳۰تا۵۲ باشد، میزان خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموز در این جامعه ضعیف است؛ درصورتی‌که نمرات بین ۵۲تا۷۵ باشد، میزان خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموز در سطح متوسطی است؛ درصورتی‌که نمرات بیشتر از ۷۵ باشد، میزان خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموز بسیار خوب است. این پرسش‌نامه شامل سه زیرمقیاس استعداد، کوشش و بافت است (۲۶). جینکز و مورگان مقدار همسانی درونی پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ گزارش کرد. همچنین، در سه زیرمقیاس استعداد، کوشش و بافت ضریب آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۶ و ۰/۷۰ بود (۲۶). در ایران در پژوهش کریم‌زاده و محسنی به‌منظور به‌دست‌آوردن پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب پایایی برای خودکارآمدی کلی ۰/۸۲ و برای خرده‌مقیاس‌های استعداد ۰/۷۸، بافت ۰/۷۰ و کوشش ۰/۶۶ به‌دست آمد (۳۰).

جدول ۱. خلاصهٔ ساختار و محتوای جلسات درمانی آموزش شناختی‌رفتاری

جلسه	توضیحات
اول	آشنایی، اجرای پیش‌آزمون، ارائهٔ قواعد و هنجارهای گروه، بیان اهداف توسط اعضا، روشن‌کردن انتظارات اعضا از شرکت در جلسات گروه
دوم	آشنایی با هیجان‌های منفی، آشنایی با خودکارآمدی تحصیلی، بیان تجربه‌هایی توسط اعضا درخصوص افکار و اعمال وسواسی و هیجان منفی، توجه‌کردن اعضا به موقعیت‌های برانگیزانندهٔ وسواس، دادن تکلیف، آشنایی اعضا با خودکارآمدی و قرارگیری در موقعیت‌هایی با توانایی مقابله با آن‌ها، سپس آشنایی با خودکارآمدی و سنجیدن توانایی خود در این حیطه، در ادامه ارائهٔ راهبردها و افزایش توانمندی در این زمینه
سوم	تشخیص موقعیت و افراد منجربه درد، آموزش مدل A-B-C، بیان نمونه‌هایی از ناکارآمدی افکار منفی اعضا براساس مدل A-B-C، توجه‌کردن به افکار و باورها
چهارم	توجه به افکار و باورهای قبل از وسواس یا موضوعات مؤثر بر خودکارآمدی آزمودنی‌ها، توجه به افکار خودکار قبل از هیجانات، توجه به نشانه‌های جسمانی و هیجانی بعد از باورها، توجه به رفتارهای بعد از افکار
پنجم	توجه بیشتر به افکار منفی قبل از وسواس، تمثیل اقیانوس و پیکان عمودی برای شناسایی طرح‌واره‌ها، انجام تمرین‌های رفتاری در این خصوص، بررسی خودگویی‌های اعضا در حین دچارشدن به وسواس و تغییر آن، شناسایی و تغییر و تعدیل رفتارهای مخرب بعد از افکار خودگویی‌های
ششم	پیگیری افکار اتوماتیک برای شناسایی باورهای بنیادی و به‌تبع آن رفتارهای ناسازگار، شناسایی باورهای بنیادی ناکارآمد، شناسایی رابطهٔ بین افکار ناسازگار با هیجانات و رفتارهای ناسازگار و منفی، تغییر افکار ناکارآمد ازطریق کندکردن روند فکرکردن منفی و جایگزین‌کردن افکار منطقی و کارآمد، توجه به تغییرات رفتاری و هیجانی بعد از تغییر افکار، آموزش رفتاری کنترل وسواس
هفتم	ادامهٔ شناسایی باورهای بنیادی و تغییر در آن، آموزش شیوه‌های رفتاری مانند صحبت‌کردن و مذاکره دربارهٔ وسواس، ریلکسیشن، به تعویق انداختن واکنش، تمرکز بر تنفس که باعث آرام‌سازی در حین تجربهٔ وسواس خواهد شد، آموزش راه‌حل‌های گوناگون برای حل مسئله (موقعیت‌های اضطراب‌انگیز)، آموزش نحوهٔ واکنش رفتاری به موقعیت‌های برانگیزانندهٔ وسواس
هشتم	بررسی پیشرفت و رسیدن اعضا به اهداف، آموزش چگونگی یادگرفته‌ها به زندگی واقعی، بررسی کارهای ناتمام اعضا، بررسی احساسات اعضا درخصوص تمام‌شدن جلسات، شناسایی افراد و موقعیت‌های حامی در زندگی آن‌ها، توجه به اینکه تغییرات تدریجی است نه آنی، اجرای پس‌آزمون

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-10]

ـ درمان شناختی‌رفتاری: محتوا و اهداف جلسات درمان شناختی‌رفتاری در زمینهٔ وسواس براساس کتاب *اصول و روش‌های درمان شناختی‌رفتاری وسواس* نوشتهٔ راکمن و ترجمهٔ افروز و قربان‌خانی (۳۱) بود. محتوای جلسات درمانی آموزش شناختی‌رفتاری توسط پنج نفر از متخصصان این حوزه به تأیید رسید و پس از آن برای جلسات درمانی آموزشی استفاده شد. هدف جلسات، ارتقا و بهبود سطح خودکارآمدی تحصیلی بود و جلسات به‌شیوهٔ پرسش و پاسخ و بحث گروهی، برای گروه آزمایش در هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه اجرا شد. در پایان هر جلسه ارائهٔ تکلیف خانگی صورت گرفت و در ابتدای هر جلسه تکالیف و مباحث جلسهٔ قبل بررسی شد. برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. محتوای جلسات و خلاصهٔ هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش به‌وسیلهٔ نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۶ و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره صورت گرفت. این آزمون پیش‌فرض‌هایی دارد که شامل نرمال‌بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و شیب خط رگرسیون است. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در این مطالعه ابتدا یافته‌های توصیفی بررسی شد. سپس به‌منظور ارزیابی هدف پژوهش روش تحلیل کوواریانس به‌کار رفت. قبل از انجام آن، برای رعایت پیش‌فرض‌های این روش آماری از آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف[1]، آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها و نیز شیب خط رگرسیون استفاده شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیر خودکارآمدی تحصیلی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها

گروه	شاخص	استعداد		کوشش		بافت		خودکارآمدی تحصیلی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۹/۲۶	۳/۱۲	۱۶/۷۳	۲/۶۵	۱۴/۸۰	۳/۵۲	۵۲/۰۶	۶/۷۷
	پس‌آزمون	۲۸/۱۳	۳/۳۳	۲۷/۰۰	۳/۷۷	۲۵/۰۶	۲/۶۸	۸۸/۲۶	۶/۸۸
کنترل	پیش‌آزمون	۱۹/۶۰	۳/۵۰	۱۸/۰۶	۲/۵۴	۱۶/۴۶	۲/۵۰	۵۲/۳۳	۶/۱۸
	پس‌آزمون	۱۳/۵۳	۲/۴۷	۱۱/۷۳	۲/۵۴	۱۱/۹۳	۲/۱۸	۴۱/۲۰	۴/۰۷

جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین متغیر خودکارآمدی تحصیلی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون بر اثر مداخلهٔ متغیر مستقل (درمان شناختی‌رفتاری) افزایش یافت؛ این مطلب مشخص می‌کند، درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دارای وسواس فکری‌ـ عملی مؤثر بوده است. برای بررسی معناداری این افزایش از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

به‌منظور تعیین نرمال‌بودن داده‌ها آزمون کولموگروف‌اسمیرنف به‌کار رفت. توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای استعداد، کوشش، بافت و خودکارآمدی تحصیلی در گروه آزمایش و گروه گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون نرمال بود ($p>۰/۰۵$). برای بررسی همگنی واریانس‌ها در دو گروه از آزمون لون استفاده شد. معنادارنبودن متغیرهای استعداد، کوشش، بافت و خودکارآمدی تحصیلی در آزمون لون مشخص کرد، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شد ($p>۰/۰۵$). همچنین میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در هر دو گروه در مرحلهٔ پس‌آزمون مساوی بود. نتایج آزمون همگنی شیب خط رگرسیون نیز از لحاظ آماری معنادار نبود ($p>۰/۰۵$). باتوجه به تأیید فرض‌های مذکور، تحلیل کوواریانس در بررسی داده‌ها اجرا شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای بررسی اثر آموزش شناختی‌ـ رفتاری بر متغیر خودکارآمدی تحصیلی و مؤلفه‌های آن

متغیر	منبع اثر	F	مقدار p	اندازهٔ اثر
استعداد	پیش‌آزمون	۱/۸۰۷	۰/۲۹۵	۰/۸۱۵
	گروه	۱۵۲/۲۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۴
کوشش	پیش‌آزمون	۶/۹۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۷۸
	گروه	۲۱۵/۳۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۰
بافت	پیش‌آزمون	۲/۱۷۵	۰/۲۷۹	۰/۸۷۶
		۲۷۹/۰۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۲۱
خودکارآمدی تحصیلی	پیش‌آزمون	۱/۰۴۴	۰/۵۶۸	۰/۸۶۱
	گروه	۲۷۴/۸۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۲۰

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بیانگر آن بود که بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای استعداد، کوشش و بافت و خودکارآمدی تحصیلی در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت؛ به عبارت دیگر آموزش شناختی‌رفتاری حداقل در یکی از

[1]. Kolmogorov-Smirnov

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-10]

متغیرهای وابسته بر میانگین گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون تأثیر داشته است ($p<۰/۰۵$). به‌منظور بررسی دقیق‌تر، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای متغیر خودکارآمدی و هریک از مؤلفه‌های آن انجام شد (جدول ۳).

نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۳ نشان می‌دهد، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش خودکارآمدی تحصیلی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دارای وسواس فکری‌ـ عملی تأثیر معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$). میزان تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری بر افزایش مؤلفه‌های استعداد ۸۶درصد، کوشش ۹۰درصد، بافت ۹۲درصد و خودکارآمدی تحصیلی ۹۲درصد بود.

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر خودکارآمدی تحصیلی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دارای نشانگان وسواس فکری‌ـ عملی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری در مرحلهٔ پس‌آزمون موجب ارتقا و بهبود خودکارآمدی تحصیلی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دارای نشانگان وسواس فکری‌ـ عملی شده است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات تورس و سولبرگ (۸)، فری و همکاران (۹)، چوساک و همکاران (۱۷)، دیفن‌باخ و همکاران (۱۸)، بکیروگولاری و کوروشان (۱۹)، اصل علوی پایدار و همکاران (۲۰)، غضنفری و همکاران (۲۱)، انصاری و همکاران (۲۲)، وایتلی‌ـ هانتر (۳۲)، ریونز و همکاران (۳۴)، مارکز و آلگرانت (۳۵) و تسای (۳۶) همخوان است. نتایج پژوهش بکیروگولاری و کوروشان نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری نقش مؤثری در کاهش علائم اختلال وسواس فکری‌ـ عملی دارد (۱۹). نتایج پژوهش اصل علوی پایدار و همکاران مشخص کرد، درمان شناختی‌رفتاری در کاهش نشانه‌های وسواس فکری‌ـ عملی و زیرشاخه‌های آن مؤثر است (۲۰). انصاری و همکاران در پژوهشی دریافتند، الگوی درمان شناختی‌رفتاری با رویکرد اسلامی، با تأثیر بر معنادهی‌های نادرست مذهبی‌اخلاقی (احساس گناه مرضی) می‌تواند بر شدت و نشانه‌های وسواس‌ـ بی‌اختیاری مؤثر باشد؛ بنابراین مکمل درمان شناختی‌رفتاری آبراموویتز[1] در درمان وسواس‌ـ بی‌اختیاری است (۲۲). نتایج پژوهش ابوالقاسمی و بیگی نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان و افزایش خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان به‌طور معناداری تأثیر دارد (۳۳). براساس نتایج تحقیقات مذکور می‌توان نتیجه گرفت، آموزش راهبردهای شناختی‌رفتاری و مهارت‌های مقابله با هیجان‌ها در پیشگیری از اضطراب امتحان و ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان مؤثر است. همچنین غضنفری و همکاران در پژوهشی نتیجه گرفتند که یکی از عوامل ایجادکنندهٔ افکار و اعمال وسواسی در افراد، ضعف در راه‌اندازی مهارت‌های شناختی است (۲۱). بیشتر افراد مبتلا به وسواس دارای خودکارآمدی ضعیف هستند و این موضوع بر سلامت عمومی آنان تأثیر دارد (۳۲). روش درمان شناختی‌رفتاری شامل مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌شود که خط اول درمان اختلال وسواس فکری‌ـ عملی است (۱۸). روش درمان شناختی‌رفتاری با ارزیابی افکار و به چالش کشیدن ذهن، بیمار را متوجه این مسئله می‌کند که افکار و باورهایش غیرمنطقی و سخت‌گیرانه است؛ همچنین بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر می‌گذارد (۲۰)؛ درنتیجه علائم وسواس فکری‌ـ عملی در آزمودنی‌ها با استفاده از روش درمان شناختی‌رفتاری کاهش بسیار چشمگیری می‌یابد (۱۷). باتوجه به مؤثربودن روش درمان شناختی‌رفتاری در درمان وسواس فکری‌ـ عملی، این روشن درمانی موجب افزایش درخورتوجه خودکارآمدی در افراد می‌شود (۳۴). خودکارآمدی با رفتارهای مدیریت خود رابطهٔ قوی دارد. مارکس و الگرانت اذعان می‌دارند، چون مدیریت خود با پیامدهای مثبت بیماری در ارتباط است، پرورش آن ازطریق افزایش خودکارآمدی افراد می‌تواند تأثیرات طولانی‌مدتی برای آنان به‌دنبال داشته باشد (۳۵). افزایش خودکارآمدی با تغییرات مثبت در رفتارهای مراقبت از سلامت و افزایش میزان سلامت کلی مؤثر است (۳۶). ازطرفی، دانش‌آموزان با باور خودکارآمدی در صورت موفق‌نشدن، تمایل به انتخاب و آزمودن راه‌های دیگر دارند و برای دستیابی به عملکرد و موفقیت بهتر تلاش می‌کنند. شواهدی که این ادعا را حمایت می‌کند، از پژوهش‌هایی ناشی می‌شود که در آن‌ها خودکارآمدی و خودباوری با پیامدهایی مثل خودتنظیمی، تلاش، اصرار، پیشرفت و شاخص‌های سلامت، حمایت اجتماعی و بهزیستی روانی ارتباط دارد (۸). مطالعهٔ فری و همکاران نشان داد، باتوجه به اینکه خودکارآمدی میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و عاملی درونی مهم برای کنترل طولانی‌مدت بیماری‌ها است، نمرهٔ بیشتر خودکارآمدی با بهبود توانایی سازگاری در اشخاص مبتلا به وسواس مرتبط است و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند. سپس این سازگاری بهبودیافته موجب کاهش ناهنجاری‌های روان‌شناختی می‌شود (۹).

در تبیین یافته‌های پژوهش باید گفت، ازآنجاکه ماهیت اختلال وسواس فکری‌ـ عملی این است که با اجبارهای خاصی همراه است تا رهایی موقت از افکار وسواسی راکه موجب ناراحتی شدید فرد می‌شود تجربه کند، درمان شناختی‌رفتاری برای شکستن پیوند خودکار بین افکار وسواسی و رفتار اجباری عمل می‌کند. همچنین درمان شناختی‌رفتاری به فرد آموزش می‌دهد تا در هنگام اضطراب از انجام‌دادن این کارهای اجباری خودداری کند (۳۷). اشخاصی که دارای خودکارآمدی ضعیف هستند، به‌جای برخورد با موانع از آن‌ها اجتناب می‌ورزند، دست از تلاش برمی‌دارند، پایداری و مقاومت چندانی از خود نشان نمی‌دهند و در برخورد با تنش‌ها و مسائل واقع‌بینانه برخورد نمی‌کنند؛ بنابراین در برنامه‌های شناختی‌رفتاری تلاش می‌شود میزان خودکارآمدی در افراد مبتلا به وسواس فکری‌ـ عملی افزایش یابد که به بهبود عملکرد روزانه منجر می‌شود (۳۸).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به خودگزارشی‌بودن ابزار پژوهش و برگزارنشدن دورهٔ پیگیری اشاره کرد؛ ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آینده به بررسی اثربخشی بلندمدت درمان شناختی‌رفتاری همراه با دورهٔ پیگیری پرداخته شود. همچنین به‌منظور تعمیم‌پذیری نتایج، پژوهش در هر دو جنس صورت گیرد و نتایج بین

[1]. Abramowitz

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-10]

دو جنس ارزیابی شود. نقش میانجی درمان شناختی‌رفتاری در ارتباط بین متغیرهای پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آثار بلندمدت متغیرهای پژوهش در این مطالعه بررسی نشد؛ درنتیجه توصیه می‌شود، در مطالعات بعدی، نقش واسطه‌ای درمان شناختی‌رفتاری بررسی شود. باتوجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود، در مراکز مشاوره و مدارس درجهت کاهش مشکلات تحصیلی و ارتقای خودکارآمدی تحصیلی، آموزش شناختی‌رفتاری صورت گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که پس از مداخله، نمرات خودکارآمدی تحصیلی و مؤلفه‌های آن شامل استعداد، کوشش و بافت در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری افزایش یافت؛ ازاین‌رو می‌توان گفت، درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش خودکارآمدی تحصیلی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دختر با نشانگان وسواس فکری‌ـ عملی مؤثر است؛ بنابراین می‌توان از این درمان برای کاهش مشکلات دانش‌آموزان دارای وسواس فکری‌ـ عملی استفاده کرد. این نتایج کاربردهای بالینی مستقیم و ضمنی مهمی در زمینهٔ کاهش وسواس فکری‌ـ عملی و درمان آن ازطریق روش‌شناختی رفتاری دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان است. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسش‌نامه‌ها، رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در تحقیق و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد. پروتکل پژوهش در کمیتهٔ اخلاق در پژوهش با کد IR.USB.REC.1400.015 به تأیید رسید.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش دردسترس است؛ ولی باتوجه به رعایت حریم شخصی نمی‌توان داده‌های تحقیق را به‌صورت عمومی به اشتراک گذاشت.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

هیچ نهاد و سازمانی در تأمین بودجهٔ پژوهش حاضر سهمی نداشته است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است. نویسندهٔ دوم به‌عنوان استاد راهنما و نویسندهٔ مسئول و نویسندهٔ سوم به‌عنوان استاد مشاور در این پژوهش همکاری داشتند.

References

1. Chandna P. Obsessive compulsive disorder (OCD) in childhood and adolescence. J Psychol Abnorm Child. 2015;4(3):2. https://doi.org/10.4172/2329-9525.1000143
2. Sugarman MA, Kirsch I, Huppert JD. Obsessive-compulsive disorder has a reduced placebo (and antidepressant) response compared to other anxiety disorders: a meta-analysis. J Affect Disord. 2017;218:217–26. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.068
3. Rapp AM, Bergman RL, Piacentini J, Mcguire JF. Evidence-based assessment of obsessive–compulsive disorder. J Cent Nerv Syst Dis. 2016;8:13–29. https://doi.org/10.4137/JCNSD.S38359
4. Liu-Thwaites N, Thomasson R. Obsessive compulsive disorder (OCD). In: Stringer S, Hurn J, Burnside AM; editors. Psychiatry: breaking the ICE. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015. https://doi.org/10.1002/9781118557211
5. Fineberg NA, Apergis-Schoute AM, Vaghi MM, Banca P, Gillan CM, Voon V, et al. Mapping compulsivity in the DSM-5 obsessive compulsive and related disorders: cognitive domains, neural circuitry, and treatment. Int J Neuropsychopharmacol. 2018;21(1):42–58. https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx088
6. Politis S, Magklara K, Petrikis P, Michalis G, Simos G, Skapinakis P. Epidemiology and comorbidity of obsessive–compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. Int J Psychiatry Clin Pract. 2017;21(3):188–94. https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1324038
7. Snyder CR, Lopez SJ. Handbook of positive psychology. Oxford: Oxford University Press; 2001.
8. Torres JB, Solberg VS. Role of self-efficacy, stress, social integration, and family support in latino college student persistence and health. J Vocat Behav. 2001;59(1):53–63. https://doi.org/10.1006/jvbe.2000.1785
9. Frei A, Svarin A, Steurer-Stey C, Puhan MA. Self-efficacy instruments for patients with chronic diseases suffer from methodological limitations - a systematic review. Health Qual Life Outcomes. 2009;7(1):86. https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-86
10. Lebowitz ER, Panza KE, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. Expert Rev Neurother. 2016;16(1):45–53. https://doi.org/10.1586/14737175.2016.1126181
11. Abrantes AM, Brown RA, Strong DR, McLaughlin N, Garnaat SL, Mancebo M, et al. A pilot randomized controlled trial of aerobic exercise as an adjunct to OCD treatment. Gen Hosp Psychiatry. 2017;49:51–5. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.06.010

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-10]

12. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. Psychother Psychosom. 2005;74(1):26–30. https://doi.org/10.1159/000082023
13. Noroozi S, Pourshahryari M, Lotfi M. The efficacy of combination of cognitive-behavioral therapy and choice theory and obsessive-compulsive disorder: a case study. Armaghane-Danesh. 2016;21(7):694–706. [Persian] http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-1282-en.html
14. Franklin ME, Kratz HE, Freeman JB, Ivarsson T, Heyman I, Sookman D, et al. Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: empirical review and clinical recommendations. Psychiatry Res. 2015;227(1):78–92. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.009
15. Atmaca M, Yildirim H, Yilmaz S, Caglar N, Mermi O, Gurok MG, et al. 1 HMRS results of hippocampus in the patients with obsessive–compulsive disorder before and after cognitive behavioral therapy. Int J Psychiatry Clin Pract. 2015;19(4):285–9. https://doi.org/10.3109/13651501.2015.1072220
16. Storch EA, Murphy TK, Geffken GR, Mann G, Adkins J, J. Merlo L, et al. Cognitive-behavioral therapy for pandas-related obsessive-compulsive disorder: findings from a preliminary waitlist controlled open trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(10):1171–8. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000231973.43966.a0
17. Chosak A, Marques L, Fama J, Renaud S, Wilhelm S. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case example. Cogn Behav Pract. 2009;16(1):7–17. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.01.005
18. Diefenbach GJ, Abramowitz JS, Norberg MM, Tolin DF. Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 2007;45(12):3060–8. https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.014
19. Bekirogullari Z, Koruşan H. Cognitive behavioral therapy treatment for a woman with bowel and bladder obsession. The European Journal of Social & Behavioural Sciences. 2019;25(2):228–32. https://doi.org/10.15405/ejsbs.258
20. Asl Alavi Paidar SS, Khodabakhsh R, Mehrinejad SA. Comparison of the effectiveness of behavioral-cognitive and metcognitive approaches on obsessive compulsive disorder. Journal of Psychological Studies. 2017;13(1):83–100. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_2832.html?lang=en
21. Ghazanfari F, Amiri F, Zangi Abadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy and meta cognitive treatment on improvement of the symptoms in women with obsessive-compulsive disorder in Khorramabad city. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2015;5:160–8. http://jdisabilstud.org/article-1-439-en.html
22. Ansari H, Janbozorgi M, Hossaini Semnani S, Gharavi Rad SM, Rasoulzadeh Tabatabaei SK. Design an Islamic approach of CBT in the treatment of OCD. Clinical Psychology Studies. 2019;9(34):167–96. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_9884.html?lang=en
23. Geschwind N, Bosgraaf E, Bannink F, Peeters F. Positivity pays off: clients' perspectives on positive compared with traditional cognitive behavioral therapy for depression. Psychotherapy. 2020;57(3):366–78. https://doi.org/10.1037/pst0000288
24. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research an introduction. Nasr AR, Oreizy HR, Abolghasemi M, Bagheri Kh, Alamatsaz MH, Pakseresht MJ, et al. (Persian translator). Tehran: Samat Pub; 2017.
25. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. Behaviour Research and Therapy. 1977;15(5):389–95. https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0
26. Jinks J, Morgan V. Children's perceived academic self-efficacy: an inventory scale. Clearing House. 1999;72(4):224–30. https://doi.org/10.1080/00098659909599398
27. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Khamseh A, Ebrahimkhani N, Issazadegan AA, Saif-Nobakht Z. Symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of Iranian patients. Int J Soc Psychiatry. 2002;48(1):20–8. https://doi.org/10.1177/002076402128783055
28. Rachman SJ, Hodgson RJ. Obsessions and compultions. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1980.
29. Mahmood Alilou M. Worry and its relation with checking and washing subtypes of (OCD). Contemporary Psychology. 2006;1(1):3–10. [Persian] https://bjcp.ir/browse.php?a_id=946&sid=1&slc_lang=en
30. KarimZade M, Mohseni N. Female academic self-efficacy and academic achievement. Women's Studies Sociological and Psychological. 2006;4(2):29–45. [Persian] https://jwsps.alzahra.ac.ir/article_1269.html?lang=en
31. Rochman S. The treatment of obsession. Afrouz Gh, Ghorbankhani M. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2016.
32. Whitley-Hunter BL. Validity of transactional analysis and emotional intelligence in training nursing students. J Adv Med Educ Prof. 2014;2(4):138–45.
33. Abolghasemi A, Baigi P. Comparison the efficacy of trainings of cognitive-behavior and emotion regulation skills on self-efficacy and academic adjustment of students with test anxiety. Educational Psychology. 2012;7(22):21–42. [Persian] https://jep.atu.ac.ir/article_6055.html?lang=en
34. Rivenes AC, Harvey SB, Mykletun A. The relationship between abdominal fat, obesity, and common mental disorders: results from the HUNT study. J Psychosom Res. 2009;66(4):269–75. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.07.012
35. Marks R, Allegrante JP. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part II). Health Promot Pract. 2005;6(2):148–56. https://doi.org/10.1177/1524839904266792
36. Tsay SL. Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease: self-efficacy training for ESRD patients. J Adv Nurs. 2003;43(4):370–5. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02725.x
37. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder. Psychiatry Res. 2015;225(3):236–46. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058
38. Gunter RW, Whittal ML. Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. Clin Psychol Rev. 2010;30(2):194–202. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.001

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-10]