

نقش طرح‌واره‌های هیجانی و خودکارآمدی مقابله با مشکلات در بروز علائم وسواس معلمان ابتدایی شهر ارومیه

سحر فرومندی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه

چکیده

طرح‌واره‌های هیجانی و خودکارآمدی مقابله با مشکلات در اختلال وسواس نقش مهمی ایفا می‌کنند. هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی علائم وسواس بر اساس طرح‌واره‌های هیجانی و خودکارآمدی مقابله با مشکلات در میان معلمان ابتدایی شهر ارومیه بود. نوع روش تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر نحوه‌ی اجرا توصیفی-همبستگی بوده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه معلمان ابتدایی شهر ارومیه به تعداد ۲۰۲۹ نفر بود که از این تعداد ۳۲۲ نفر معلم ابتدایی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بر اساس فرمول کوکران به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی (MOCI)، مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی لیپی (2002) (LESS) و پرسشنامه خودکارآمدی مقابله با مشکلات چسنی و همکاران (۲۰۰۶) که روایی این پرسشنامه‌ها مورد تأیید اساتید بوده و پایایی ابزارها با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب، برای وسواس فکری - عملی ۰/۷۹، طرح‌واره‌های هیجانی لیپی ۰/۸۲ و برای خودکارآمدی مقابله با مشکلات ۰/۷۸۷ گزارش شده است. فرضیه‌های تحقیق با استفاده از آزمون آماری پیرسون رگرسیون چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS22 تحلیل شدند. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که بین طرح‌واره‌های هیجانی (۰/۰۰۱) با علائم وسواس معلمان ابتدایی رابطه معناداری وجود دارد و خودکارآمدی مقابله با مشکلات (۰/۷۷۸) با علائم وسواس معلمان ابتدایی رابطه معناداری وجود ندارد. تنها متغیر طرح‌واره‌های هیجانی با ضریب تبیین ۰/۲۰۶ (۲۰ درصد) قادر به پیش‌بینی علائم وسواس هستند. خودکارآمدی مقابله با مشکلات قادر به پیش‌بینی علائم وسواس نبودند. لذا در این مدل تنها طرح‌واره‌های هیجانی اثر معنی‌دار در علائم وسواس دارند و پیش‌بینی‌کننده‌های مستقیم آن می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: علائم وسواس، طرح‌واره‌های هیجانی، خودکارآمدی مقابله با مشکلات، معلمان ابتدایی

مقدمه

مفهوم اختلال روانی بسیار وسیع است زیرا، ۸۵٪ کسانی که به پزشک مراجعه می‌کنند از نظر ناراحتی های روانی رنج می‌کشند تا این که از نظر جسمانی بیمار باشند. انجمن روان پزشکی آمریکا در سال ۲۰۰۰ اختلال روانی را یک نوع اختلال با نشانه های روان شناختی و رفتاری با کم شدن عملکرد می نامد که موجب درد و ناراحتی، ناتوانی و از دست رفتن استقلال فردی می شود. اختلالات روانی از همان آغاز ظهور انسان وجود داشته و پرواضح است که بیماری های روانی مختص یک گروه خاص نبوده و شامل تمام طبقات جامعه می شود، به عبارت دیگر هیچ کس در مقابل بیماری های روانی در امان نیست و این خطری است که بطور مرتب نسل فعلی و آینده را مورد تهدید قرار می دهد. به طور کلی، علائم بیماری های روانی در طول زندگی فرد کاهش می یابد. با این حال، سن مشخصی وجود دارد که شروع بیماری های روانی در آن بیشتر اتفاق می افتد. کودکان در سنین ۴ سالگی می توانند بیماری های روانی را تجربه کنند، اما به طور معمول، کودکان حدود سنین ۶ تا ۹ سال و محدوده متوسط نوجوانی با شروع بیماری های روانی روبرو می گردند.

یکی از مشاغل مهم و حساس در جامعه، شغل معلمی است که توجه به بهداشت روانی آنان پایه و اساسی است که بر مبنای آن پیشرفت های اجتماعی شکل می گیرد. رشد و پیشرفت هر جامعه ای ارتباط تنگاتنگ با تعلیم و تربیت صحیح آن جامعه دارد و تحقق چنین ایده ای مستلزم داشتن افرادی شایسته و برخوردار از سلامت جسم و روان و عاری از هر گونه مصائب و مشکلات می باشد. شغل حساس و پرمسئولیت معلمی در مقطع ابتدایی به مراتب سنگین تر است، زیرا کودک پس از محیط اجتماعی و تربیتی خانواده وارد محیط مدرسه می شود. معلمان مدارس ابتدایی باید بیش از پیش به این امر خطر توجه داشته باشند زیرا علاوه بر وظایف آموزشی امر تربیت را نیز بر عهده دارند. با توجه به اینکه تدریس و معلمی به دلیل ماهیتش و به دلیل انتظارات زیادی که از معلم می رود، کار پرتنش و پرفشاری است. احتمال بروز اختلالات روانی از جمله وسواس فکری و عملی مورد انتظار است.

اختلال وسواس^۱، اختلال اضطرابی و ناتوان کننده ای است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس ها و اعمال اجباری است. وسواس ها افکار، تصاویر ذهنی و تکانه های ناخواسته و مزاحمی هستند که بدون میل و اراده ی فرد رخ می دهند فرد فعالانه در برابر وسواس ها مقاومت می کند و می داند که وسواس ها محصول ذهن او هستند. افکار وسواسی اغلب محتوای خصمانه جنسی یا مذهبی دارند یا به صورت تردیدها و نشخوارهای فکری مربوط به آلودگی تجربه می شوند (پوراحمدی، ۱۳۹۹).

اختلال وسواس فکری-عملی نشانگان عصبی-روانپزشکی پیچیده ای است که مشخصه اصلی آن افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده و آیین مندی اعمال وسواسی است که به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی نمودن افکار وسواسی صورت میگیرد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۱۹۹۴). وستفال^۳، استاد روانپزشکی در برلین (۱۸۷۷) اولین کسی بود که به شیوع وسواس فکری-عملی که در بیمارستانهای روانی به ندرت دیده میشد توجه نمود (آسبرگ^۴، ۱۹۸۹). بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) این اختلال به عنوان یک طبقه جداگانه اختلالات روانپزشکی، جدا از اختلالات اضطرابی در نظر

¹ Obsessive-compulsive disorder (OCD)

² American Psychiatric Association

³ Westphal

⁴ Asberg

گرفته شده است. حضور وسواس و اجبار با هم، یا حضور هر کدام به تنهایی کافی است تا فرد تشخیص اختلال وسواس-اجبار بگیرد، وسواس های عملی در پاسخ به وسواسهای فکری با هدف کاهش پریشانی ایجاد می شود (پوراحمدی، ۱۳۹۹). عوامل متعددی در شکل گیری وسواس دخیل هستند. که یکی از این عوامل طرحواره های هیجانی^۵ است. طرحواره ها نقش مهمی در فرایند شکل گیری وسواس دارند. بسیاری از انسان ها به خاطر مشکلات ارتباطی در جستجوی درمان هستند، همچنین در بسیاری از اختلالات روانی شناخته شده مشکلات بین فردی دیده می شود. اغلب مشکلات بین فردی که افراد تجربه می کنند تحت تاثیر شیوه تصور آنها در مورد خود و دیگران است. این شیوه تصور، طرحواره نامیده می شود. یانگ معتقد است که طرحواره ها به دلیل ارضا نشدن نیاز های هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می آیند که این نیازها عبارتند از: دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجانهای سالم، خود انگیختگی و تفریح، محدودیت های واقع بینانه و خویشتن داری (دشتبان جامی، بیاضی، زعیمی و حجت، ۱۳۹۳).

طرحواره های هیجانی ساختارهای روانی هستند که به شخصیت فرد شکل می دهند و بر روی تعامل با دیگران، تجربه هیجانی و تفسیر واکنش های ما تاثیر می گذارند. در طول دوره کودکی طرحواره های هیجانی، مانند یادگیری های کودک برای تعامل و تنظیم هیجانی از طریق تعاملات با مراقبان مهم رشد می یابند. از طریق فعالیت های اولیه مانند بازی و تغذیه کودک شروع به تجربه هیجان ها در محیط و تعامل با دیگران می کند. تکرار تعاملات بین فردی از این نوع به کودک کمک می کند یک شخصیت منحصر به فرد هیجانی پدید آورد و زمینه را برای تعامل موثر و امید به برقراری ارتباط بین فردی در آینده فراهم کند. طرحواره های هیجانی مانند دیگر طرحواره های حافظه، بر اساس اطلاعات مشابه فراوان و یا تجربیات تکرار شده از گذشته فرد گرفته شده اند. این طرحواره ها توسط عواطف بنیادی مانند تجربیات جسمی، حسی و حرکتی مورد تبیین قرار می گیرند. هنگامی که این هیجان ها در محدوده رابطه درون فردی روی می دهند طرحواره های هیجانی فرد از هیجان اطلاع می یابند، بنابراین بر روشی که افراد به هیجان درونی خود می پردازند، تاثیر می گذارد. مقیاس طرحواره های هیجانی لیهی (LESS) برای تعیین باور ها و نگرش افراد نسبت به احساساتشان ساخته شده است. با این مقیاس درمانگر می تواند طرحواره های هیجانی مراجع را تعیین کند و همچنین درمانگر می تواند نگرش های مراجع را نسبت به احساسات خودش را، با وضوح بیشتری درک کند (دشتبان جامی و همکاران، ۱۳۹۳). یکی دیگر از حوزه هایی که در اختلال وسواسی-اجباری برای سالهای زیادی مورد مطالعه قرار گرفته است، خودکارآمدی مقابله با مشکلات می باشد. مفهوم مقابله مدت زیادی است که در روانشناسی مطرح می باشد، از دیدگاه لازاروس و فولکمن^۶ (۱۹۸۴) مقابله شامل تلاش های فکری، هیجانی و رفتاری فرد هنگام رو به رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض اضطراب می باشد. مقابله نیازمند بسیج و آماده سازی های نیروها و انرژی فرد است که با آموزش و تلاش به دست می آید، لذا با کارهایی که به طور خودکار انجام می شود تفاوت دارد. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) استرس را به عنوان یک رابطه پویا و دوطرفه بین شخص و محیط تعریف می کنند. به نظر آنان دو راهبرد مقابله ای عمومی وجود دارد که فرد هنگام مواجهه با مشکلات و مسائل از آنها استفاده می کند که عبارتند از از راهبرد مقابله ای مسئله مدار و راهبرد مقابله ای هیجان مدار. مقابله متمرکز بر مسئله (مسأله مدار) می تواند متوجه به درون یا بیرون باشد. در مقابله مرتبط با بیرون هدف تغییر موقعیت یا رفتار دیگران است؛ در صورتی که مقابله معطوف به درون دربرگیرنده

⁵ Emotional Schemas

⁶ Lazarus and Folkman

تلاش‌هایی است که فرد برای بررسی مجدد نگرش‌ها و نیازهای خود و کسب مهارت‌ها و پاسخ‌های تازه انجام می‌دهد. هدف اصلی مقابله هیجان‌مدار، تاکید بر هیجان و عواطف و کنترل ناراحتی ناشی از عواطف است که غالباً با فعالیت جسمانی، مراقبت، بیان احساسات و جستجوی حمایت اجتماعی همراه است (فرامرزی، عابدی، کریمی، ۱۳۹۲).

معمولاً وقتی افراد احساس می‌کنند می‌توانند کاری درباره‌ی مشکل و مسأله انجام دهند، از مقابله مسأله‌مدار استفاده می‌کنند و اگر موقعیت را بیشتر از توانایی‌های خود در نظر بگیرند به مقابله هیجان‌مدار توسل می‌جویند؛ ولی غالباً از هر دو روش استفاده می‌کنند که نتیجه قابل اعتمادتری را دارد (تیلور^۷، ۲۰۰۶).

بررسی خودکارآمدی مقابله‌ای یکی از موضوع‌های مورد بررسی در روانشناسی سلامت می‌باشد و ناکارآمدی مقابله در این زمینه می‌تواند شامل پیامدهای زیانباری باشد. عملکرد مؤثر در شرایط استرس‌زا هم به مهارت‌های خود فرد و هم به باورهای فرد نسبت به توانایی انجام این مهارت‌ها وابسته است. مدیریت موقعیتهای متغیر، مبهم، غیرقابل پیش‌بینی و استرس‌زا مستلزم داشتن باورهای خودکارآمدی است. چسنی، نیلند، چامبر، تایلر و فولکمن (۲۰۰۶) معتقدند درک انسان از کارآمدی مقابله‌ای خود، هنگام مواجهه با چالش و رویایی با تهدیدهای زندگی بر تفکر، انگیزش، رفتار و عملکرد فرد تأثیر شگرفی دارد و رفتار انسان در موقعیتهایی که به توانایی خود اطمینان دارد متفاوت با رفتار در موقعیتهایی است که در آنها احساس عدم امنیت و فقدان صلاحیت دارد. خودکارآمدی مقابله‌ای، اعتماد به نفس یک فرد یا خودکارآمدی ادراک شده‌ی او، در انجام رفتارهای مقابله‌ای به هنگام مواجهه با چالش‌های زندگی و تهدیدها است. فولکمن و لازاروس به هر نوع تلاش سالم یا ناسالم بر جلوگیری، از بین بردن و یا تضعیف منبع استرس یا به تلاش‌های فرد برای مدیریت یا کنترل موقعیتهای چالش‌برانگیز یا پردغدغه، مقابله می‌گویند (بهرامیان و همکاران، ۱۳۹۶). خودکارآمدی مقابله‌ای به معنای باور افراد به توانایی مقابله با رویداد‌های تنیدگی‌زا و برخورد مطلوب و مناسب آنان با وقایع است (بیگی پور، ۱۳۹۹).

باید در نظر داشت نگرش‌ها، عقاید و باورهای بنیادین افراد مستقیماً بر جنبه‌های متفاوت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد، اما این اعتقاد وجود دارد که میتوان طرحواره‌ها را از طریق یادگیری تغییر داد. پر واضح است که همه‌ی انسانها خشم، اضطراب، ناراحتی، یا دیگر هیجان‌ها را تجربه می‌کنند، اما تنها افراد کمی هستند که این هیجان‌ها در آنها اختلالی شدید یا مزمن هیجانی و عاطفی ایجاد می‌کند. اینها همگی شاهده‌ی بر این امرند که طرحواره‌های شناختی در مورد هیجان‌ها ممکن است بر ایجاد و توسعه‌ی این اختلالات تأثیر گذارند. ارزش خاص مدل طرحواره‌های هیجانی این است که مستقیماً مفهوم سازی و تدابیر بیمار در مورد هیجان‌ها ناخوشایند را هدف‌گیری میکند (کریمی، ۱۳۹۶).

بنابراین با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت سوال پژوهش حاضر این است که آیا طرحواره‌های هیجانی و خودکارآمدی مقابله با مشکلات قادر به پیش‌بینی علائم وسواس در میان معلمان ابتدایی شهر ارومیه بوده‌اند؟

مبانی نظری پژوهش

اختلال وسواس فکری-عملی اختلال روانی است که با نشانه‌های وسواس فکری شامل افکار، تکانه‌ها، یا تصاویر ذهنی برگشت‌کننده و پایدار که به شکلی مزاحم و نامناسب تجربه می‌شوند یا اعمال اجباری که به صورت رفتارهای تکراری (مانند؛ شستشو، واریسی، منظم کردن) یا اعمال ذهنی (مانند؛ دعا کردن، شمارش و تکرار واژه‌ها به آرامی) مشخص می‌شود در نظریه‌های شناختی مطرح در مورد تبیین اختلال وسواس فکری-عملی بر نقش باورهای شناختی مختلف و ارتباط بین آن‌ها

⁷ Taylor

به‌عنوان عوامل اصلی شناختی بروز علائم این اختلال تأکید شده است تجارب بالینی و نتایج تحقیقات نیز مکرراً نشان دادند که آنچه در این اختلال از اهمیت بیشتری برخوردار است عقاید زیربنایی، عوامل شناختی و فراشناختی می‌باشند که اغلب نقش میانجی بین افکار و تکانه های وسواسی و اعمال اجباری دارند و در تداوم اختلال نقش مهمی ایفاء می‌کنند (پورفرج، بخشی پور، علیلو، ۱۳۹۵).

طرحواره‌های هیجانی مجموعه‌ای از اصول سازمان‌یافته یا محتوای فکر فرد تعریف می‌شود که با هیجانات، اهداف، خاطرات و تمایلات رفتاری گره‌خورده‌اند. طرحواره‌های هیجانی از تأثیر متقابل تاریخچه یادگیری اولیه فرد و خلق‌وخوی فطری او به وجود می‌آیند. وقتی طرحواره‌های هیجانی فعال می‌شوند، تأثیر به‌سزایی در چگونگی تعبیر و تفسیر وقایع زندگی و واکنش به این وقایع دارند. لیهی طرحواره‌های هیجانی را در ۱۴ بعد مطرح می‌کند: تأییدطلبی،^۸ قابل‌درک بودن،^۹ احساس گناه،^{۱۰} ساده‌اندیشی درباره هیجان‌ها،^{۱۱} ارزش‌های والا،^{۱۲} قابل‌کنترل بودن،^{۱۳} بی‌حسی،^{۱۴} منطقی بودن،^{۱۵} مدت‌زمان هیجانات،^{۱۶} توافق،^{۱۷} پذیرش احساسات،^{۱۸} عقلانیت،^{۱۹} بیان احساس،^{۲۰} سرزنش (لیهی، ۲۰۱۵).

بندورا خودکارآمدی را بر میزان ادراک ما از درجه کنترلی که بر زندگی‌مان داریم، تعریف می‌کند (معروفی، ۱۳۹۳). باورهای خودکارآمدی تعیین می‌کند که افراد تا چه اندازه برای فعالیت‌های خود انرژی صرف می‌کنند و تا چه میزان در برابر موانع مقاومت می‌نمایند (علایی خرایم، نریمانی و علایی خرایم، ۱۳۹۱).

خودکارآمدی عاملی مهم در نظام سازنده و شایستگی انسان است. انجام وظایف از سوی افراد مختلف با مهارت‌های مشابه در موقعیت‌های متفاوت به صورت ضعیف، متوسط و یا قوی و یا توسط یک فرد در شرایط متفاوت به تغییرات باورهای خودکارآمدی آنان وابسته است. به همین دلیل احساس خودکارآمدی افراد را قادر می‌کند تا، با استفاده از مهارت‌ها در برخورد با موانع، کارهای فوق‌العاده‌ای انجام دهند. عملکرد موثر هم به داشتن مهارت‌ها و هم به باور در توانایی انجام آن مهارت‌ها نیازمند است (غلامعلی لواسانی، راستگو، آذر نییاد و احمدی، ۱۳۹۳). خودکارآمدی مقابله با مشکلات، باور یک فرد در مورد توانایی‌های مربوط به مقابله با استرس‌ها و مشکلات است که از طریق چهار فرایند بر رفتار افراد تأثیر می‌گذارد که عبارتند از: شناخت، انگیزش، محرک نفسانی، و انتخاب محیط (بندورا، ۱۹۹۷) که همه این فرایندها ممکن است باعث بهبود یا ثبات استرس‌های روانی باشند (نظری شاکر، حکیم زاده و گودرزی، ۱۳۸۹).

مطالعات نشان می‌دهد که خودکارآمدی مقابله با مشکلات بر روی عامل‌های شناختی تأثیر می‌گذارد و طرز تفکر افراد را در مورد استرس‌های روانی تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. چندین رویکرد بر این باور هستند که فاکتورهای شناختی ممکن است که در گسترش بی‌نظمی‌ها و استرس‌های زندگی دخالت داشته باشند. که در این راه بولمن^{۲۱} (۱۹۹۲) بر باورهای مربوط به

1-validation by others
 2-comprehensibility
 3-guilt
 4-simplistic view of emotion
 5-approval-seeking/recognition-seeking
 6-overvigilance and inhibition
 7-negativity/pessimism
 8-emotional inhibition
 9-unrelenting standards/hypercriticalness
 10-unity
 11-validation by others
 12-rationality
 13-manifestation
 21 -Bulman

ارزش خود اشاره می کند و اهلرز^{۲۲} (۲۰۰۰) بر روی ارزیابی افراد از تهدیدها، بویژه تهدیدات مربوط به آسیب روانی و گسترش اطلاعات در موارد صدمه رسان پرداخته است. مطالعات نشان می دهد که توانایی مقابله با مشکلات با توانایی مدیریت خود در مواقع بحران رابطه مثبتی دارد (بیگی پور، ۱۳۹۹).

پیشینه پژوهش

دلشادی بزدی (۱۳۹۴) در تحقیقی به پیش بینی علایم وسواسی اجباری در دانشجویان بر اساس باورهای فراشناختی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه پرداخت. الگوی به دست آمده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که بین طرح‌واره‌های ناسازگار انزوای اجتماعی، نقص / شرم، شکست، وابستگی / بی کفایت و آسیب پذیری با وسواس رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد و بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه و خویشتن داری با وسواس رابطه معکوس و معناداری وجود دارد و همچنین بین باور فراشناختی خودآگاهی شناختی و وسواس رابطه معکوس و معناداری وجود دارد و رگرسیون گام به گام نشان داد که باورهای فراشناختی خودآگاهی شناختی (وزن منفی) باورهای مثبت نسبت به نگرانی (وزن مثبت) و طرح‌واره‌های ناسازگار وابستگی/بیکیفایتی (وزن مثبت) و بازداری هیجانی (وزن منفی) و آسیب پذیری نسبت به بیماری (وزن منفی) و اطاعت (وزن مثبت) برای وسواس پیش‌بینی کننده می‌باشند.

باوی، مسعودی فر، رضایی، و طیب (۱۳۹۲) تحقیقی را با عنوان بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با علائم وسواسی- اجباری دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز انجام دادند. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که بین طرح‌واره ناسازگار اولیه و وسواس فکری- عملی و بین باورهای فراشناختی و وسواس فکری- عملی در دانشجویان دختر و پسر رابطه وجود دارد. طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون به روش ورود مکرر ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی متغیرهای پیش بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی با وسواس فکری- عملی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز برابر با $R=0.204$ و $R^2=0.114$ است که در سطح $p=0.0001$ معنادار است. با توجه به مقدار ضریب تعیین (R^2) مشخص شده است که متغیرهای پیش بین ۱۱ درصد از واریانس متغیر ملاک (وسواس فکری- عملی) را پیش بینی می کند. در واقع نتایج تحقیق نشان می دهد با افزایش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، وسواس فکری- عملی دانشجویان نیز افزایش یافته است، همچنین با افزایش باورهای فراشناختی دانشجویان، وسواس فکری- عملی آنان نیز افزایش یافته است.

طالع بکتاش، یعقوبی و یوسفی (۱۳۹۲) در تحقیقی به مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری با افراد عادی پرداخته اند. نتایج نشان داد که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به طوری که بیماران وسواسی نمرات بالاتری را در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به دست آوردند. پژوهش حاضر نشان داد در مواجهه با رویدادهای منفی، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و افراد عادی از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان استفاده می کنند. عدم تفاوت معنی‌دار بین نمرات گروه مردان و زنان در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، دیگر یافته این پژوهش بود. همچنین این مطالعه نشان داد که افراد

²² -Ehlers

مبتلا به اختلال وسواسی جبری، دارای سطوح بالاتری از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بوده و در مواجهه با رویدادهای منفی، از راهبردهای ناسازگار و منفی تنظیم‌شناختی هیجان استفاده می‌کنند.

اووز، چلیکباش، باتماز، جاگلی و سونوگور^{۲۳} (۲۰۱۹) تحقیقی را با عنوان مقایسه بین اختلال اجبار و وسواس و اختلال وحشت و هراس و تاثیر آن بر باورهای فراشناختی، طرح‌واره‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی پرداختند. در این تحقیق دو گروه کنترل (افراد سالم) و آزمایش (اختلال وسواس و هراس) تعیین شدند. نتایج حاکی از آن بود که باورهای شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد سالم بالاتر بود. در کلیه مولفه‌های طرح‌واره هیجانی، گروه آزمایش نمره بالاتری کسب نمودند. پلیسولو، موکبیر و مالت^{۲۴} (۲۰۱۵) طی پژوهشی به بررسی شخصیت و الگوهای هیجانی پرداختند. آنها دریافتند که خودراهبری در گروه اختلال وسواسی-اجباری به طور معناداری پایین‌تر از گروه نرمال است. هدف از این پژوهش پیش‌بینی علائم وسواس بر اساس طرح‌واره‌های هیجانی و خودکارآمدی مقابله‌ای در میان معلمان ابتدایی می‌باشد و در راستای دستیابی به اهداف تحقیق فرضیه‌هایی به شرح ذیل مورد آزمون قرار می‌گیرند:

- ۱- بین طرح‌واره‌های هیجانی و خودکارآمدی مقابله‌ای با علائم وسواس در میان معلمان ابتدایی شهر ارومیه رابطه وجود دارد.
- ۲- طرح‌واره‌های هیجانی قادر به پیش‌بینی علائم وسواس در میان معلمان ابتدایی ارومیه هستند.
- ۳- خودکارآمدی مقابله‌ای قادر به پیش‌بینی علائم وسواس در میان معلمان ابتدایی ارومیه هستند.

روش پژوهش

نوع روش تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر نحوه اجرا توصیفی-همبستگی بوده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه معلمان ابتدایی شهر ارومیه به تعداد ۲۰۲۹ نفر بود که از این تعداد ۳۲۲ نفر معلم ابتدایی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بر اساس فرمول کوکران به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. فرضیه‌های تحقیق با استفاده از آزمون آماری پیروسون و رگرسیون چندمتغیره با نرم‌افزار spss22 تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر، پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی (MOCI)، مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی لیهی (2002) (LESS) و پرسشنامه خودکارآمدی مقابله با مشکلات چسنی وهمکاران (۲۰۰۶) به کار گرفته شد.

پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی (MOCI)

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۷ توسط هادسون و راجمن تهیه شد. این آزمون دارای ۳۰ ماده دو گزینه‌ای (درست یا نادرست) است که خود فرد به آن پاسخ می‌گوید تا برای اندازه‌گیری علائم وسواس فکری و عملی طراحی شده است. این پرسشنامه انواع گوناگون نشانه‌های وسواس فکری و عملی را در بیمارانی که وسواس دارند مشخص می‌سازد. این آزمون ابزار تشخیص به شمار نمی‌رود ولی ابزاری پژوهشی برای دسته‌بندی بیماران مبتلا به نشانه‌های وسواسی است. گاه از آن برای ارزیابی روند درمان بهره گرفته می‌شود. چهار طبقه عمده نشانه‌ها که در آزمون مادزلی به تفکیک مشخص می‌شوند عبارتند از:

²³ Oguz, Celikbas, Batmaz, Cagli & Sungur

²⁴ Pelissolo, Moukheiber & Mallet

وارسی (شامل ۹گزینه)، شستشو (شامل ۱۱گزینه)، کندی (شامل ۷گزینه) و شک و تردید (شامل ۷گزینه). نمره آزمون بین ۰ تا ۳۰ خواهد بود که بیانگر وجود علائم وسواسی اجباری بیشتر است اعتبار آزمون به طور کلی در هر چهار طبقه بیش از ۰/۸ است. حساسیت آزمون نیز به دلیل دو پاسخی بودن آن نسبت به تغییرات پایین می‌باشند و در ایران دادفر ضریب اعتبار کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی و همگرایی آن با مقیاس وسواسی - اجباری بیل براون (۸۷٪) گزارش نموده است (دلشادی بزدی، ۱۳۹۴). پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی لیهی (2002) (LESS)

این پرسشنامه را لیهی بر مبنای مدل طرح‌واره‌های هیجانی خود، در سال ۲۰۰۲ به صورت یک مقیاس خودگزارشی تهیه کرده است. و دارای ۵۰سؤال است که در مقیاس ۶درجه ای لیکرت (۱:درباره من کاملاً اشتباه است. تا: ۶:درباره من کاملاً درست است) محاسبه می‌شود. دامنه نمرات از ۰ تا ۲۵۰ است و بطور کلی مشخص می‌کند که فرد در طی ماه گذشته با احساس‌ها و هیجان‌های خود چگونه برخورد می‌کند. اگرچه تا به امروز مطالعه ای بر روی اعتبار نسخه اصلی (LESS) انجام نشده تحقیقات نشان داده که در نسخه ترکی LESS ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب اعتبار دو نیمه مقیاس برابر ۰/۷۰ است. نسخه فارسی این مقیاس توسط خانزاده، ادریسی، محمدخانی و سعیدیان (۱۳۹۰) تهیه شده است. نتایج حاصل از بررسی پایایی این مقیاس نشان داد که پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیرمقیاسها در دامنه‌های بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است؛ همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاسها در دامنه‌های از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمد (نادری، مرادی، رمضان زاده و واقفی نژاد، ۱۳۹۶). پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی مقابله با مشکلات چسنی و همکاران (۲۰۰۶)

- برای بررسی خودکارآمدی مقابله ای از پرسشنامه خودکارآمدی مقابله با مشکلات، چسنی و همکاران (۲۰۰۶) استفاده شد. این پرسشنامه به منظور ارزیابی خودکارآمدی مربوط به شیوه‌های مقابله فرد در برابر مشکلات ساخته شد. این مقیاس یک آزمون ۲۶ عبارتی است که در آن از آزمودنی خواسته شده است که در یک مقیاس لیکرت ۱۱ درجه‌ای (از ۰ = هیچ وقت نمی‌توانم از پس آن برآیم تا ۱۰ = مطمئنم که می‌توانم از پس آن برآیم) مشخص کند که هنگام مواجهه با مشکلات تا چه حد می‌تواند هر یک از کارهای بیان شده را انجام دهد. مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای دارای سه زیرمقیاس: استفاده از راهکارهای مقابله مسئله مدار (۱۲ عبارت)، متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی (۹ عبارت) و کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده (۵ عبارت) است.

شیوه نمره گذاری:

- عبارات مربوط به هر زیر مقیاس:

- ۱) زیر مقیاس‌های استفاده از راهکارهای مقابله مسئله مدار: ۲۶، ۲۵، ۲۰، ۱۴، ۱۳، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۳، ۲.
- ۲) زیر مقیاس‌های متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی: ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۱۹، ۱۵، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۱.
- ۳) زیر مقیاس‌های کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده، ۲۴، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۴.

بنابراین نمره اخذ شده برای زیرمقیاس اول بین ۰ الی ۱۲۰ و زیرمقیاس دوم بین ۰ الی ۸۰ و زیرمقیاس سوم بین ۰ الی ۵۰ می باشد.

برای کسب امتیاز هر زیر مقیاس باید نمره همه عبارات مربوط به زیر مقیاس مورد نظر را با هم جمع کنیم. برای بدست آوردن نمره کلی آزمون نیز امتیاز همه عبارات را باید جمع کرد. میانگین نمره آزمودنی ها در پژوهش اصلی ۱۳۷/۴ و انحراف معیار آن ۴۵/۶ بوده است. نمره آزمون تنها برای آزمودنی هایی محاسبه می شود که حداقل به ۸۰٪ سوالات پرسشنامه پاسخ داده باشند.

ویژگی های روان سنجی:

با توجه به یافته‌های دو پژوهش اصلی و به منظور افزایش پایایی و روایی آزمون، سازندگان آن پیشنهاد کم کردن تعداد عبارات را دادند. پایایی و روایی گزارش شده نیز مربوط به کوتاه شده است.

پایایی: ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس ها در دو پژوهش اصلی (در نمونه ای به تعداد ۳۸۴ نفری) بدین شرح گزارش شده است: زیر مقیاس استفاده از راهکارهای مقابله مسئله مدار برابر با ۰/۹۱، زیر مقیاس متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی برابر با ۰/۹۱ و زیر مقیاس کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده برابر ۰/۸۰. پایایی حاصل از روش باز آزمایی نیز در مدت زمان ۳ ماه برای زیر مقیاس استفاده از راهکارهای مقابله مسئله مدار ۰/۶۱، برای زیر مقیاس متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی ۰/۸۰ و برای زیر مقیاس کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده ۰/۴۹ بوده است.

اعتبار: اعتبار همزمان و افتراقی مقیاس خود کارآمدی مقابله ای از طریق رابطه معنادار آن با دیگر مقیاس های سنجش سلامت روان به اثبات رسیده است. همچنین نتایج تحلیل عاملی و بدست دادن سه زیر مقیاس اعتبار سازه آزمون را تأیید می کند. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸۷ بدست آمده است.

یافته‌های پژوهش

معلمان مدنظر در این پژوهش، معلمانی رسمی بودند که در مدارس ابتدایی شهر ارومیه مشغول به تدریس میباشند. بررسی نتایج توصیفی پژوهش نشان میدهد که بیشترین افراد نمونه آماری را کارکنان با سن ۴۲ تا ۵۲ سال (۴/۴۵ درصد) تشکیل میدهند. از نظر سطح تحصیلات معلمان، ۸/۲ درصد فوق دیپلم و ۴/۲۶ درصد لیسانس، ۱۶ درصد فوق لیسانس و بالاتر میباشند که بیشترین افراد نمونه آماری را کارکنان با مدرک لیسانس را تشکیل میدهند. بیشترین افراد نمونه آماری را کارکنان ناحیه دو آموزش و پرورش ارومیه با ۸/۲۵ درصد تشکیل میدهند که در امر آموزش فعالیت مینمایند. در جدول ۱ شاخصهای توصیفی متغیرها ارائه شده اند.

جدول ۱: شاخصهای توصیفی متغیرها

متغیر	زیرمقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
وسواس	-	۲۱/۶۹	۳/۷۳
طرحواره‌های هیجانی	بی‌اعتمادی	۶/۲۳	۲/۳۰۲
	عدم درک	۴/۹۴	۲/۳۳۳
	احساس گناه	۶/۵۴	۲/۱۲۳
	ساده‌انگاری هیجان	۸/۴۸	۲/۲۰۶
	فاقد ارزشیابی	۲/۱۷۵	۴/۴۳
	فقدان کنترل	۷/۲۵	۲/۶۸۲
	کرختی	۶/۰۴	۲/۵۷
	منطقی بودن	۸/۶۷	۲/۵۰۸
	تداوم احساس	۶/۹۳	۱/۸۶۸
	هشیاری ضعیف	۸/۲۳	۱/۳۹۴
	عدم پذیرش	۶/۱۲	۱/۹
	نشخوارفکری	۸/۱۱	۲/۳۸۰
	اظهارگری ضعیف	۴/۸۹	۲/۱۸۱
	احساس شرم	۶/۷۷	۲/۵۱۹
خودکارآمدی مقابله با مشکلات	طرح‌واره هیجانی کل	۹۱/۴۱	۱۲/۵۹
	دریافت حمایت از خانواده و دوستان	۳۵/۹۴	۵/۵۰
	توقف هیجان	۱۰۴/۱۳	۱۰/۰۲
	راهبرد مسئله مدار	۷۹/۶۷	۶/۸۸
	خودکارآمدی مقابله ای	۲۱۹/۷۴	۱۶/۷۵

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج آزمون فرضیه‌ها در فصل چهارم تنها متغیر طرح‌واره‌های هیجانی قادر به پیش‌بینی علائم وسواس هستند. لذا در این مدل طرح‌واره‌های هیجانی اثر معنی‌دار در علائم وسواس دارند و پیش‌بینی‌کننده‌های مستقیم آن می‌باشند. این یافته با یافته‌های پوراحمدی (۱۳۹۹)، عابدی شرق و همکاران (۱۳۹۶) ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۰)، یعقوبی (۱۳۹۳)، آلونسو و همکاران (۲۰۰۸) و کیم و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که اختلال وسواس حالتی است که افراد را آشفته نموده و عملکرد او را مختل می‌کند و با ویژگی‌هایی مانند افکار ناخواسته و رفتارهای تکراری برای خنثی کردن وسواس‌ها همراه بوده و کندی در عملکرد، اجتناب، بی‌تصمیمی و مسئولیت‌پذیری سطحی در وسواس دیده می‌شود و چون سرشت به‌عنوان یکی از عوامل زیستی در بروز و

تشدید علائم و سواس دخالت دارد، لذا انتظار انطباق سرشت فردی با محیط وجود دارد، یعنی اگر سرشت یک فرد، با انتظارات محیطی همسو باشد، انتظار می رود که رشد او مثبت باشد و با توجه به اینکه افراد وسواسی در زندگی روزمره خود دارای مشکلاتی هستند، می توان نتیجه گرفت که از رشد سالمی برخوردار نیستند و در انطباق با محیط دچار مشکل هستند (پورفرج عمران و همکاران، ۱۳۹۵).

از سوی دیگر نگرش ها، عقاید و باورهای بنیادین افراد مستقیماً بر جنبه های متفاوت زندگی آنها تاثیر میگذارد، اما این اعتقاد وجود دارد که میتوان طرحوارهها را از طریق یادگیری تغییر داد. از آنجا که نقش معلمی نقش حساس و پر اهمیتی می باشد و ارتباط روزانه معلم با دانش آموزان در رشد و شکل گیری شخصیت آنها موثر است و وسواس رفتاری می تواند در نتیجه باورهای شناختی نادرست و طرحوارههای ناسازگار معلمان شکل بگیرد و مستقیماً اثرات خود را بر دانش آموزان و محیط کار معلمان بگذارد. پر واضح است که همه ی انسانها خشم، اضطراب، ناراحتی، یا دیگر هیجانات را تجربه میکنند، اما تنها افراد کمی هستند که این هیجانات در آنها اختلالی شدید یا مزمن هیجانی و عاطفی ایجاد میکند. اینها همگی شاهدهی بر این امرند که طرحوارههای شناختی در مورد هیجانات ممکن است بر ایجاد و توسعه ی این اختلالات تاثیر گذارند. ارزش خاص مدل طرحوارههای هیجانی این است که مستقیماً مفهوم سازی و تدابیر بیمار در مورد هیجانات ناخوشایند را هدف گیری میکند. در حالت کلی این یافته ها نشان می دهد که این طرحوارههای هیجانی نقش مهمی در توسعه علائم و سواس دارند. قرار گرفتن بیماران OCD در معرض محرک های ناخوشایند بسیار اضطراب آور است، در حالی که تکنیک های شناختی و تجربی طرحواره درمانی به کشف و اصلاح منشأ این اضطراب ها کمک می کند. در حال حاضر، به طور معمول از طرحواره درمانی برای مدیریت OCD استفاده نمی شود، لذا توصیه می شود برای درمان اختلال وسواس از طرحوارههای هیجانی استفاده گردد (پوراحمدی، ۱۳۹۹).

جدول ۲: تحلیل رگرسیون همزمان پیش بینی تغییرات علائم و سواس از روی طرحوارههای هیجانی معلمان

سطح معنی داری Sig	ضریب تعیین R	t	ضرایب استاندارد نشده		متغیرهای مستقل (پیش بین) و مقدار ثابت	متغیر وابسته (ملاک)
			Beta	Std. Error		
۰/۰۰۰		۶/۰۲۱		۲/۳۴۹	۱۴/۱۴۳	مقدار ثابت
۰/۶۵۸		۰/۴۴۴	۰/۰۲۲	۰/۱۱۳	۰/۰۵۰	بی اعتمادی
۰/۳۷۳		۰/۸۹۲	۰/۰۴۸	۰/۱۲۱	۰/۱۰۸	عدم درک
۰/۵۲۱		۰/۶۴۲	۰/۰۳۳	۰/۱۲۷	۰/۰۸۲	احساس گناه
۰/۹۸۴		۰/۰۲۱	۰/۰۰۱	۰/۱۲۳	۰/۰۳	ساده انگاری هیجان
۰/۰۸۱		۱/۷۵۰	۰/۰۹۹	۰/۱۳۵	۰/۲۳۶	فائقه ارزشیابی
۰/۰۰۲		۳/۰۹۹	۱/۷۰	۰/۱۰۶	۰/۳۲۷	فقدان کنترل
۰/۰۰۴		۲/۸۷۳	۰/۱۵۲	۰/۱۱۲	۰/۳۲۱	کرختی
۰/۸۲۲		۰/۲۲۵	۰/۰۱۱	۰/۱۰۹	۰/۰۲۴	منطقی بودن
۰/۷۲۷		۰/۳۴۹	۰/۰۱۶	۰/۱۳۲	۰/۰۴۶	تداوم احساس
۰/۹۹۹		۱/۵۳۵	۰/۰۷۹	۰/۱۲۹	۰/۲۱۱	هشیاری ضعیف
۰/۰۰۹		۲/۶۳۵	۰/۱۳۷	۰/۱۳۹	۰/۳۶۷	عدم پذیرش
۱/۳۰		۱/۵۱۶	۰/۰۸۳	۰/۱۲۰	۰/۱۸۲	نشخوار فکری
۰/۸۲۳		۰/۲۲۳	۰/۰۱۲	۰/۱۲۸	۰/۰۲۹	اظهارگری ضعیف
۰/۰۰۳		۲/۹۸۴	۰/۱۵۸	۱/۱۰	۰/۳۳۰	احساس شرم

مندرجات جدول ۲ نشان می دهد که تنها متغیرهای فقدان کنترل، کرختی، عدم پذیرش و احساس شرم با ضریب تبیین ۰/۴۸۵ (۴۸/۵ درصد) قادر به پیش‌بینی علائم وسواس هستند و پیش‌بینی کننده‌های مستقیم آن هستند.

جدول ۳: تحلیل رگرسیون همزمان پیش‌بینی تغییرات علائم وسواس از روی خودکارآمدی مقابله با مشکلات

معلمان

متغیر وابسته (ملاک)	متغیرهای مستقل (پیش بین) و مقدار ثابت	ضرایب استاندارد شده	ضریب تعیین	سطح معنی داری Sig
	B	Beta	R ^۲ /۱۶۱	
وسواس	مقدار ثابت			۰/۲۳
	دریافت حمایت از خانواده و دوستان	۰/۰۶۰	۰/۰۸۴	۰/۲۸۴
	توقف هیجان	-۰/۱۰۸	-۰/۱۲۵	۰/۱۲۱
	راهبرد مسئله مدار	۰/۰۷۲	۰/۰۸۸	۰/۲۸۳
	خودکارآمدی مقابله ای	۰/۰۱۷	۰/۰۲۳	۰/۷۸۲

مندرجات جدول ۳ نشان می دهد که هیچکدام از مولفه های خودکارآمدی مقابله با مشکلات قادر به پیش‌بینی علائم وسواس نشدند.

پیشنهادهای پژوهش

با توجه به چالش ها و محدودیت های پژوهش حاضر پیشنهاد های پژوهشی زیر برای پژوهشگران و علاقه مندان به کارهای پژوهشی ارائه می شود: اطلاعات تحقیق حاضر می تواند در اختیار مدیران، معلمان و مشاوران گذاشته شود تا با شناخت دقیق این سازه ها و رابطه آن ها باهم، سلامت روان معلمان بررسی شود. اجرای برنامه های آموزشی و کارگاه های آشنایی با متغیرهای روانشناختی مرتبط با وسواس و نحوه مقابله با انواع وسواس برای معلمان مفید خواهد بود. پیشنهاد می شود پژوهشگران در پژوهش های آتی از پژوهش های طولی (جهت برنامه ریزی میان مدت و بلند مدت) استفاده کنند. پیشنهاد می شود از مصاحبه های ساختاریافته و نیمه ساختاریافته برای جمع آوری داده ها به ویژه برای وسواس استفاده شود. با توجه به متفاوت بودن ویژگی های معلمان شهرها و استان های مختلف، انجام پژوهش در معلمان سایر شهرها و استان ها می تواند پیشنهاد پژوهشی مناسبی باشد.

منابع

۱. ابوالقاسمی، عباس، رفیعی، مریم و نریمانی، محمد. (۱۳۹۰). نقش سرشت و منش در پیش بینی نشانه های اختلال وسواس در نوجوانان. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان شناسی): دوره ۱، شماره ۱؛ از ۱۱۹ تا ۱۳۲.
۲. باوی، ساسان، مسعودی فر، معصومه، رضایی، سعید و طیب، عبدالرضا. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با علائم وسواسی- اجباری دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز. علوم رفتاری: دوره ۵، شماره ۱۶؛ از ۹ تا ۲۴.
۳. بهرامیان، سیده فاطمه، مروتی، ذکرا، یوسفی افراشته، مجید و امیری، محسن. (۱۳۹۶). بررسی ویژگیهای روانسنجی و ساختار عامل تأییدی پرسشنامه خودکارآمدی مقابله ای. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار) دوره، ۱۵ شماره، ۲ پیاپی ۲۹؛ ۲۱۵-۲۲۶.
۴. بیگی پور، فاطمه. (۱۳۹۹). بررسی نقش میانجیگرانه خودکارآمدی مقابله ای در رابطه ویژگیهای مثبت شخصیتی با مشغولیت شغلی در معلمان زن ابتدایی شهرستان مهاباد. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد.
۵. پوراحمدی، ژیلدا. (۱۳۹۹). پیش‌بینی علائم وسواس بر اساس طرح‌واره‌های هیجانی و الگوهای سرشت و منش در میان معلمان ابتدایی شهر شاهیندژ در سال تحصیلی ۹۹-۹۸. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان.
۶. دشتیان جامی، سعید، بیاضی، زعیمی، محمدحسین و حجت، سیدکاوه. (۱۳۹۳). بررسی رابطه طرح‌واره‌های هیجانی و باورهای فراشناختی با افسردگی در مراجعه کنندگان به مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره ایی شهرستان تربت جام. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. ۶ (۲): ۳۰۵-۲۹۷.
۷. دلشادی بزدی، قاسم. (۱۳۹۴). پیش بینی علایم وسواسی اجباری در دانشجویان بر اساس باورهای فراشناختی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. کنفرانس بین المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی.
۸. رحیمی، مهدی؛ زارعی، الهام. (۱۳۹۵). نقش ابعاد دلبستگی بزرگ‌سالی در سرزندگی تحصیلی با واسطه‌گری ابعاد خودکارآمدی مقابله با مشکلات و کمال‌گرایی. پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی. دوره ۳، شماره ۱۲، صفحه ۵۷-۶۹.
۹. علایی خرایم، رقیه؛ نریمانی، محمد؛ علایی خرایم، سارا. (۱۳۹۱). مقایسه ی باورهای خود کارآمدی و انگیزه ی پیشرفت در میان دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. ناتوانی های یادگیری « تابستان ۱۳۹۱ - شماره ۳. از ۸۵ تا ۱۰۴.
۱۰. قربانی، رقیه و خرمائی، فرهاد. (۱۳۹۵). تبیین خردمندی بر اساس هوش موفق و خودکارآمدی مقابله. روان شناسی تحولی روان شناسان ایرانی « پاییز ۱۳۹۵ - شماره ۴۹ علمی-پژوهشی/ISC (۱۳ صفحه - از ۴۳ تا ۵۵).
۱۱. معروفی، کاوه. (۱۳۹۳). بررسی رابطه خودکارآمدی تحصیلی و پیشرفت تحصیلی در دانش‌آموزان تیزهوش و عادی دبیرستانهای سردشت. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه. روانشناسی عمومی.
۱۲. نظری شاکر، حسین؛ حکیم زاده، رضوان؛ معظمی گودرزی، مصطفی. (۱۳۸۹). اثر بخشی دوره‌های ترک اعتیاد پرهیزمدار - ایمان‌مدار بر خودکارآمدی عمومی و مقابله با مشکلات. اعتیاد پژوهی « بهار ۱۳۸۹ - شماره ۱۳ ISC (۱۰ صفحه - از ۵۱ تا ۶۰).

۱۳. یعقوبی، حسن. (۱۳۹۳). الگوی ارتباطی بین ابعاد سرشت - منش و سامانه های مغزی رفتاری با علائم وسواس جبری. پژوهش های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز): دوره ۹، شماره ۳۴؛ از ۲۱۹ تا ۲۳۶.

14. Alonso, P., Menchon, J.M., Jimenez. S., Segalas. J., Mataix-Cols, D., Jaurrieta, N., et al. (2008). *Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables*, Psychiatry Res, 157 (1-3),159-68.
15. Bandura, A. (1997). Self-efficacy. J. Harvard Mental Health Letter, Vol, 13, No. 9: pp. 4-7.
16. Chesney, M. A., Neilands, T. B., Chambers, D. B., Taylor, J. M., & Folkman, S. (2006). A validity and reliability study of the Coping Self-Efficacy Scale. J. British Journal of Psychology, Vol, 11, pp, 421-437.
17. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984a). Stress, appraisal, and coping. New York: Speinger.
18. Leahy, R.L. (2016). *Emotional Schema Therapy: A Meta-experiential Model*. Australian Psychologist, 5, 82-88.
19. OguzG., Celikbas,Z, Batmaz,S, Cagli,S & Sungur,M. (2019). *Comparison Between Obsessive Compulsive Disorder and Panic Disorder on Metacognitive Beliefs, Emotional Schemas, and Cognitive Flexibility*. International Journal of Cognitive Therapy volume 12, pages157–178 (2019).
20. Pelissolo, A., Moukheiber, A., & Mallet, L. (2015). *Obsessive-compulsive disorders and anxiety disorders: A comparison of personality and emotionality patterns*. Psychiatry Research, 30 (3), 695-701.