

پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس علائم اختلال وسواسی - اجباری: نقش واسطه‌ای شفقت به خود Predicting Social Health Based on Obsessive-Compulsive Symptoms: The Mediating Role of Self-Compassion

Bahman Esmaeili-Anamagh, MSc

Niloofar Mikaeili, PhD✉

بهمن اسماعیلی انامق^۱

نیلوفر میکائیلی^۲

Abstract

Social health can be affected by psychological health. Obsessive-compulsive traits are among the mental disorders that may harm social health. Accordingly, the present study aimed to predict social health based on symptoms of obsessive-compulsive disorder with the mediating role of self-compassion. This was a descriptive, correlational study based on structural equation modeling. The statistical population is 20,997 students of Tabriz University. According to Krejcie-Morgan table, 380 people were selected as a sample using available sampling method. Data collection tools included Hodgson and Rachman's Obsession Scale (1977), Keyes and Shapiro's Social Health Scale (2004), and Neff's Self-Compassion Scale (2003). The data was analyzed by SPSS24 AMOSE24 software. The findings indicated significant relationships among obsessive symptoms, self-compassion, and social health ($P < 0.01$). Overall, 81% of the variance in social health was explained by obsessive symptoms. Both obsessive symptoms and self-compassion had significant direct effects on social health ($P < 0.001$), and the indirect effect of obsessive symptoms on social health through self-compassion was also significant ($P < 0.01$). As a result, the research conceptual model had a favorable statistical fit. It is concluded that people with obsessive traits have lower levels of self-compassion, which may contribute to reduced social health.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Social Health, Self-Compassion

چکیده

سلامت اجتماعی می‌تواند متأثر از سلامت روان‌شناختی باشد. ویژگی‌های وسواسی از جمله اختلال‌های روانی هستند که ممکن است به سلامت اجتماعی آسیب وارد کنند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس علائم اختلال وسواسی - اجباری با نقش میانجی شفقت به خود انجام گرفته است. این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی و مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری ۲۰ هزار و ۹۹۷ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز بود که بر اساس جدول کریسی - مورگان، ۳۸۰ نفر به‌عنوان نمونه به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل، سیاهه وسواس هاجسون و راجمن (۱۹۷۷)، مقیاس سلامت اجتماعی کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) و مقیاس شفقت به‌خود نف (۲۰۰۳) بود. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS و AMOSE نسخه ۲۴ تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد بین علائم وسواسی - اجباری، شفقت به‌خود و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). به‌طور کلی، ۸۱ درصد از واریانس سلامت اجتماعی توسط علائم وسواسی تبیین شد. علائم وسواسی و شفقت به‌خود اثر مستقیم معناداری بر سلامت اجتماعی داشتند ($P < 0.001$) و مسیر غیرمستقیم علائم وسواسی بر سلامت اجتماعی با میانجی‌گری شفقت به‌خود نیز معنادار بود ($P < 0.01$). در نتیجه، مدل مفهومی پژوهش دارای برازش آماری مطلوب بود. نتیجه‌گیری می‌گردد، افراد دارای ویژگی‌های وسواسی معمولاً از سطح پایینی از شفقت به‌خود برخوردارند که می‌تواند از عوامل تضعیف سلامت اجتماعی آنان باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی - اجباری، سلامت اجتماعی، شفقت به‌خود

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۹/۲۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۴/۳/۱۸

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول)

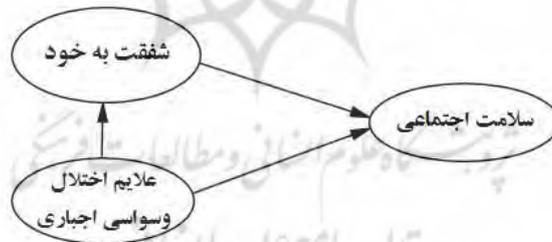
● مقدمه

سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد کل‌نگر سلامت روانی، نقشی اساسی در کیفیت زندگی انسان‌ها ایفا می‌کند. این مفهوم نشان‌دهنده توانایی فرد در ایجاد و حفظ روابط بین‌فردی سالم، احساس تعلق به جامعه و مشارکت مؤثر در شبکه‌های اجتماعی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۳). سلامت اجتماعی نخستین‌بار در سال ۱۹۴۸ توسط سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی سلامت انسان، در کنار سلامت جسمی و روانی مطرح شد (ورنویچ داسن و همکاران، ۲۰۲۳). با این حال، این مفهوم در طول دهه‌های بعد به شیوه‌های مختلفی مفهوم‌سازی و عملیاتی شده است. یکی از برجسته‌ترین نظریه‌ها در این زمینه، نظریه سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸)، است که توانست چارچوبی نظام‌مند برای سلامت اجتماعی ارائه دهد (سیکوکنانی، ۲۰۲۴). کیز (۱۹۹۸)، سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش فرد از کیفیت زندگی خود در رابطه با افراد دیگر، محله و جامعه تعریف می‌کند. کیز (۱۹۹۸) و بعداً کیز و لویز (۲۰۰۲)، در یک تحلیل عاملی گسترده، سلامت اجتماعی را متشکل از پنج جزء زیر مطرح کردند: ۱- یکپارچگی اجتماعی (social integration): به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابل‌اش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه بوده و از طرف جامعه حمایت می‌شوند و احساس صمیمیت با جامعه دارند. ۲- سهم‌داشت اجتماعی (social contribution): بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است و افرادی که این بُعد را دارند اعتقاد دارند عضو مهم جامعه هستند و چیزهای ارزشمند برای ارائه به دیگران دارند. ۳- پذیرش اجتماعی (social acceptance): تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است، افراد دارای این خصیصه دیگران را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی که دارند، می‌پذیرند و اعتماد و اطمینان نسبت به دیگران دارند ۴- پیوستگی اجتماعی (social coherence): اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است و علاقه به جامعه دارند. ۵- شکوفایی اجتماعی (social actualization): باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد و جهان می‌تواند برای آنها و دیگران بهتر شود (اسماعیلی انامق و عطادخت، ۱۴۰۳). برخلاف تمرکز سنتی بر جنبه‌های فردی سلامت روانی، پژوهش‌های اخیر به اهمیت سلامت اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روانی، عملکرد تحصیلی و شغلی و حتی سلامت جسمی تأکید کرده‌اند (الکساندر هاسلام، ۲۰۱۸). در این میان، شناخت عواملی که می‌توانند سلامت اجتماعی را تهدید یا تقویت کنند، از اهمیت بسزایی برخوردار است. براساس مفروضات پژوهش، یکی از عوامل روان‌شناختی که می‌تواند سلامت اجتماعی را به چالش بکشد، وجود علائم و سواسی است. چنانکه پژوهش‌های گوناگون نشان داده است، بین سلامت اجتماعی و سلامت روانی رابطه وجود دارد (سان و لو، ۲۰۲۰). علائم و سواسی شامل افکار مزاحم، ناخواسته و مکرر و رفتارهای تکراری و اجباری برای کاهش اضطراب است که ممکن است حتی در افرادی بدون تشخیص اختلال و سواسی - اجباری (OCD) نیز بروز یابد (جانسن و همکاران، ۲۰۲۰). اختلال و سواسی - اجباری یکی از اختلال‌های روانی پراکنده و مزاحم است که تأثیرات بسیاری بر زندگی روزمره افراد دارد و با پیامدهای جدی برای سلامت روانی و کیفیت زندگی اجتماعی افراد همراه است (آقایی مزرچی و همکاران، ۱۴۰۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این علائم می‌توانند منجر به نقض همدلی اجتماعی، کاهش قابل توجه در شناخت اجتماعی و اختلال در روابط بین‌فردی، انزوای اجتماعی و کاهش مشارکت اجتماعی شود (بورا، ۲۰۲۲). در همین راستا، مطالعه جانسن و همکاران (۲۰۲۰)، نشان داد، افرادی که درگیر افکار و رفتارهای و سواسی هستند، ممکن است در ایجاد و حفظ روابط صمیمی دچار مشکل شوند، از موقعیت‌های اجتماعی کناره‌گیری کنند و احساس بیگانگی یا طرد اجتماعی را تجربه نمایند. افراد دارای و سواسی دارای تغییرات شناختی اجتماعی مختلف هستند. بیماران واکنش‌های عاطفی شدید و پاسخ عصبی تغییر یافته به احساسات خود و دیگران و همچنین مهارت‌های ضعیف تنظیم هیجان را نشان می‌دهند که می‌تواند باعث عملکرد اجتماعی ضعیف بیماران باشد (جانسن و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعه گادلکریم و همکاران (۲۰۱۹)، نشان داد افراد دارای علائم و سواسی دارای علائم انعطاف‌ناپذیری شناختی، انسجام مرکزی ضعیف و ارتباطات اجتماعی ضعیف است. در این راستا، محققان با بررسی تأثیر اختلال‌های روانی دریافتند که این اختلال نه تنها برای خود بیماران، بلکه برای خانواده نیز ناراحت‌کننده است و منجر به بروز اختلال در روابط خانوادگی می‌شود (مورفی و فلسنر، ۲۰۱۵).

در این میان، نقش تأثیرگذار مفهوم شفقت به‌خود به‌عنوان یکی از سازه‌های نوظهور و امیدوارکننده برای تعدیل اثرات منفی علائم و سواسی بر سلامت اجتماعی نیازمند مطالعه است. شفقت به‌خود که توسط نف (۲۰۰۳)، تعریف شده، به‌معنای گشوده‌بودن و همراه‌شدن

با رنج‌های خود، تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش غیرقضاوتی و همراه با درک و فهم نسبت به بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص این است که تجربه فرد بخشی از تجربه بشری است. شفقت به خود دارای سه مؤلفه اصلی مهربانی با خود (درمقابل خودقضاتی)، با مردم‌بودن (در مقابل انزوا) و ذهن‌آگاهی یا به‌شیرازی (درمقابل همانندسازی افراطی یا اجتناب) است (نف، ۲۰۱۶). افرادی که دارای سطح بالاتری از شفقت به خود هستند، کمتر دچار خودانتقادی، شرم و اضطراب می‌شوند و توانمندتر در مقابله با چالش‌های روان‌شناختی عمل می‌کنند (گرمر، ۲۰۲۵). پژوهش سنگانی و همکاران (۱۳۹۸) و لیووریک و همکاران (۲۰۲۰)، نشان داد که خود شفقت‌ورزی در افراد با خصیصه وسواسی در سطح پایین بود. در همین راستا، مطالعه مریت و پردون (۲۰۲۱) و ایکولز و همکاران (۲۰۲۰)، نیز نشان داد، افراد وسواسی در داشتن رویکردی شفقت‌مندانه نسبت به خود مشکل دارند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که شفقت به خود نه تنها می‌تواند علائم وسواسی را کاهش دهد (مورون و کوکور، ۲۰۲۳؛ کاپارباشاران و کوکداغ، ۲۰۲۵)، بلکه نقش مهمی در ارتقای سلامت و کفایت اجتماعی ایفا می‌کند، چراکه موجب پذیرش خود و دیگران، تنظیم بهتر هیجان‌ها و ایجاد روابط بین‌فردی مثبت‌تر می‌شود (مک‌براید، ۲۰۲۲، استفان و چپی، ۲۰۲۲). چنان‌که، مطالعه حسین‌پور و همکاران (۱۴۰۰)، رابطه معکوس شفقت به خود و اضطراب اجتماعی را نشان داد و در مطالعه حسنی و همکاران (۲۰۲۱) و عاشوری و همکاران (۱۴۰۱)، شفقت خود تأثیر مستقیمی بر احساس تنهایی و انزوای اجتماعی داشت. همچنین در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۹۸)، افزایش شفقت به خود باعث افزایش سلامت اجتماعی شد.

با توجه به مجموع شواهد پیشین، می‌توان این فرض را مطرح کرد که شفقت به خود به‌عنوان یک متغیر میانجی، قادر است اثر منفی علائم وسواسی بر سلامت اجتماعی را پیش‌بینی کند. با این حال، تاکنون مطالعه‌ای جامع که به‌صورت مدل‌سازی ساختاری به بررسی نقش علائم وسواسی - اجباری در سلامت اجتماعی با توجه به نقش واسطه‌ای شفقت به خود پرداخته باشد، انجام نشده است. این خلاء پژوهشی، ضرورت انجام مطالعه‌ای هدف‌مند در این زمینه را آشکار می‌سازد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف مدل‌سازی سلامت اجتماعی براساس علائم وسواسی - اجباری و با در نظر گرفتن نقش میانجی شفقت به خود طراحی شده است تا ضمن تبیین دقیق‌تر مسیرهای روان‌شناختی مؤثر بر سلامت اجتماعی، زمینه را برای ارائه راهکارهای درمانی مؤثرتر در حوزه روان‌شناسی بالینی و اجتماعی فراهم آورد. بر این اساس، مدل فرضی پژوهش مطابق شکل ۱ ترسیم می‌گردد.



نمودار ۱. مدل فرضی پژوهش

• روش

پژوهش حاضر از نظر میزان و درجه کنترل متغیرها، یک مطالعه غیرآزمایشی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها، میدانی محسوب می‌شود. این پژوهش با طرح همبستگی و با بهره‌گیری از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام گرفت. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ به تعداد ۲۰ هزار و ۹۹ نفر نفر بود. با استفاده از جدول کرجسی - مورگان، حجم نمونه ۳۸۰ نفر (شامل ۲۳۰ دانشجوی مرد و ۱۵۰ دانشجوی زن) تعیین شد و به دلیل محدودیت منابع انسانی، مالی و زمانی، نمونه‌گیری به‌شیوه در دسترس و از طریق مراجعه میدانی صورت گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، توانایی پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها و اشتغال به تحصیل در دانشگاه بود و در مقابل، ملاک خروج شامل ناتوانی در تکمیل پرسشنامه‌ها یا ارائه پاسخ‌های نامعتبر (مانند انتخاب یک پاسخ برای تمام ماده‌ها) در نظر گرفته شد. پیش‌از اجرای پرسشنامه‌ها، اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و بر رعایت اصول اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه، اختیار ورود و خروج از پژوهش، محرمانه‌بودن اطلاعات، تضمین حریم

خصوصی، نبود ضرر برای شرکت کنندگان و مسئولیت‌پذیری محقق در قبال حقوق آنها تأکید گردید. در پایان، پرسشنامه‌ها اجرا و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۴ از طریق روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

• ابزارها

الف) سیاهه وسواس مادزلی (Maudsley obsessive compulsive inventory -MOCI): سیاهه وسواس هاجسون و راچمن (۱۹۷۷)، دارای ۳۰ ماده دو گزینه‌ای (بله/خیر) است. آزمون علاوه بر یک نمره کلی چهار نمره جداگانه برای کنترل کردن، شستشو، کندی و تکرار و شک/تردید دارد. هاجسون و راچمن در سال ۱۹۷۷ ضریب اعتبار این آزمون را به روش بازآزمایی ۰/۸۹ و روایی همگرا را رضایت‌بخش گزارش کردند و روایی سازه این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی تأیید نمودند. بیشترین نمره کلی آزمون ۳۰ است و بیشترین نمره در ۴ خرده‌مقیاس کنترل کردن، شستشو، کندی/تکرار و شک/تردید به ترتیب ۹، ۱۱، ۷ و ۷ است. برخی ماده‌ها به بیش از یک زیرمجموعه تعلق دارند و بنابراین نمره کلی آزمون کمتر از جمع نمره‌های زیرمقیاس‌ها است (غفاری و همکاران، ۱۴۰۰). ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه در ایران در پژوهش‌های مختلف بررسی و رضایت بخش بوده است. برای مثال غفاری و همکاران (۱۴۰۰) اعتبار کل آزمون را ۰/۸۷ و روایی همگرای آن را با مقیاس وسواسی-اجباری ییل ۰/۸۷ و محمودعلیلو و همکاران در سال ۱۳۸۲ ضریب اعتبار کل را ۰/۷۰ گزارش شده است. اعتبار کل مقیاس وسواس در این پژوهش برابر ۰/۷۸ به دست آمد.

ب) مقیاس سلامت اجتماعی کیز و شاپیرو (Keyes and Shapiro's social health scale- KSHQ): این مقیاس ۲۰ ماده‌ای را کیز و شاپیرو در سال (۲۰۰۴)، ساختند که ۵ زیرمقیاس شکوفایی اجتماعی (ماده ۱-۴)، همبستگی اجتماعی (ماده ۵-۷)، انسجام اجتماعی (ماده ۸-۱۰)، پذیرش اجتماعی (ماده ۱۱-۱۵) و مشارکت اجتماعی (ماده ۱۶-۲۰) را روی طیف ۵ درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. روایی هم‌زمان این مقیاس با پرسشنامه شادکامی دانشگاه مموریال نیوفاندلند و خرده‌مقیاس روابط بین فردی چک‌لیست علائم مرضی (SCL-90) در پژوهش هاشمی و همکاران (۱۳۹۲) به ترتیب ۰/۶۶ و ۰/۵۶- به دست آمد که نشان از معتبر بودن مقیاس است. ساختار ۵ عاملی مقیاس سلامت اجتماعی کیز در پژوهش هاشمی و همکاران (۱۳۹۲)، در جامعه دانشجویی تأیید گردیده است. باباپور و همکاران (۱۳۸۸) اعتبار مقیاس مذکور را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۱ برای یکپارچگی اجتماعی، ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۰ برای خودشکوفایی اجتماعی و ۰/۷۷ برای همبستگی اجتماعی گزارش کردند. روایی محتوایی و اعتبار مطلوب کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن در مطالعه زینی حسونود و گلابی (۱۴۰۳)، نیز تأیید شد. در پژوهش حاضر اعتبار کل مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد.

پ) مقیاس شفقت به خود (self-compassion scale -SCS): یک مقیاس خودگزارشی است که در سال ۲۰۰۳ توسط نف طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۲۶ ماده است و جنبه‌های مثبت و منفی سه بعد اصلی خود شفقت‌ورزی را می‌سنجد: مهربانی با خود در برابر قضاوت در مورد خود (۱۰ ماده)، اشتراکات انسانی در برابر انزوا (۸ ماده) و ذهن‌آگاهی در برابر فزون همانندسازی یا اجتناب (۸ ماده). مجموع نمرات این سه بعد نمره کل خود شفقت‌ورزی را گزارش می‌دهد. نمره‌گذاری مقیاس در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است. نف (۲۰۰۳)، همسانی درونی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و در سال (۲۰۰۹) روایی همگرا این مقیاس را با اعتماد به نفس ۰/۶۲ گزارش کرد. در ایران مومنی و همکاران (۱۳۹۲)، روایی واگرا مقیاس شفقت خود را با مقیاس‌های افسردگی و اضطراب بک به ترتیب (۰/۳۴-) و (۰/۴۱-) و روایی همگرا با مقیاس حرمت خود روزنبرگ (۰/۵۹) گزارش کردند. اعتبار مقیاس در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲)، با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کلی ۰/۸۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ مقیاس محاسبه و اعتبار کل ۰/۸۵ به دست آمد.

• یافته‌ها

در این پژوهش، تعداد ۳۸۰ دانشجوی شرکت داشتند که شامل ۲۳۰ مرد و ۱۵۰ زن با میانگین سنی ۲۳ سال بودند. براساس گروه‌های تحصیلی، تعداد ۱۲۵ نفر (۳۳/۸۹ درصد) در گروه تحصیلی علوم پایه، تعداد ۱۲۳ نفر (۳۲/۳۶ درصد) در گروه تحصیلی فنی و مهندسی و تعداد ۱۳۲ نفر (۳۴/۷۳ درصد) در گروه تحصیلی علوم انسانی بود. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار،

کجی (skewness) و کشیدگی (Kurtosis) متغیرهای پژوهش را نمایش می‌دهد. مقدار کجی و کشیدگی همه متغیرها در بازه مجاز برای نرمال بودن توزیع داده‌ها (± 2) قرار دارد که نشان‌دهنده رعایت یکی از مفروضه‌های اساسی در مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	کنترل کردن	شست و شو	تزدید / اشک	کندی / تکرار	علائم و سواسی	مهربانی بخود	تجارب مشترک	ذهن آگاهی	شفقت به خود	شکوفایی اجتماعی	همبستگی اجتماعی	انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	سلامت اجتماعی
میانگین	۲/۰۷	۱/۹۱	۱/۹۴	۱/۹۱	۷/۷۹	۴۱/۶۱	۳۱/۱۷	۳۰/۸۱	۱۰۳/۴۹	۱۵/۵۳	۱۳/۵۷	۱۳/۵۷	۱۹/۰۷	۱۹/۱۷	۸۰/۹۱
انحراف معیار	۱/۰۵	۱	۱/۰۶	۰/۹۸	۳/۱۸	۸/۸۸	۸/۲۶	۸/۱۲	۲۲/۴۶	۴/۳۷	۳/۹۷	۳/۷۹	۶/۳۳	۶/۳۲	۲۰/۱۹
جولگی	۰/۲۶	۰/۳۴	۰/۳۹	۰/۴۱	۰/۲۹	-۰/۲۶	-۰/۵۴	-۰/۳۷	-۰/۴۷	-۰/۲۶	۰/۳۳	۰/۲۲	-۰/۱۳	-۰/۰۵	-۰/۲۸
کشیدگی	-۰/۴۸	-۰/۳۴	-۰/۳۱	-۰/۰۵	-۰/۶۲	-۰/۸۸	-۰/۵۸	-۱/۲۱	-۱/۰۴	-۰/۴۰	۰/۵۵	-۰/۲۳	-۰/۷۶	-۰/۸۹	-۰/۹۱

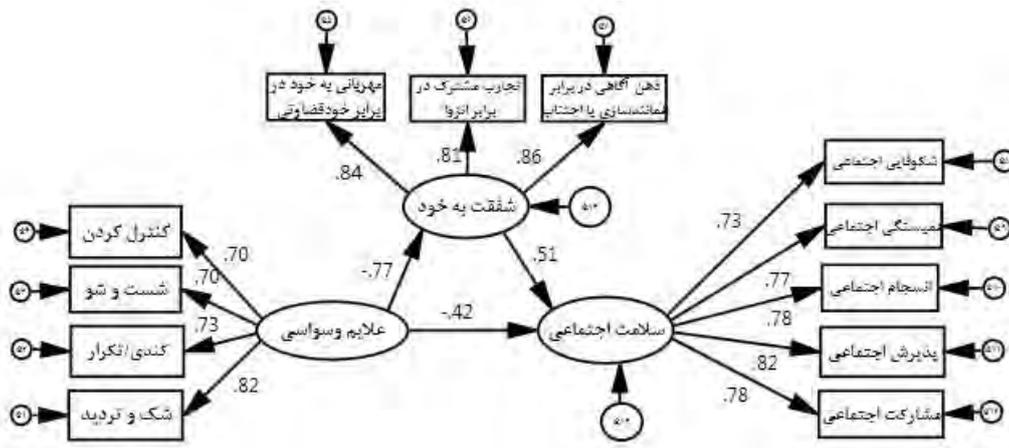
در ادامه، روابط بین متغیرهای مشاهده‌پذیر با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین متغیرهای پژوهش رابطه‌ای معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). بررسی‌ها بیانگر آن است که همبستگی بین خصیصه و سواسی و مؤلفه‌های آن (به‌عنوان متغیر پیش‌بین) با شفقت به خود و مؤلفه‌هایش (به‌عنوان متغیر میانجی) و سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن (به‌عنوان متغیر ملاک)، از نظر آماری معنادار است (جدول ۲).

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش ($p < 0/01$) **

متغیرها	کنترل کردن	شست و شو	تزدید / اشک	کندی / تکرار	علائم و سواسی	مهربانی بخود	تجارب مشترک	ذهن آگاهی	شفقت به خود	شکوفایی اجتماعی	همبستگی اجتماعی	انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	سلامت اجتماعی
علائم و سواسی	۰/۷۶	۰/۷۴	۰/۷۶	۰/۷۹	۱	۰/۵۷	۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۶۳	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۵۱	۰/۵۶	۰/۵۳	۰/۶۴
شفقت به خود	۰/۴۹	۰/۵۰	۰/۴۷	۰/۴۸	۰/۶۳	۰/۸۸	۰/۸۶	۰/۸۹	۱	۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۵۹	۰/۵۹	۰/۵۵	۰/۷۰
سلامت اجتماعی	۰/۴۶	۰/۵۳	۰/۵۰	۰/۵۲	۰/۶۴	۰/۶۵	۰/۶۰	۰/۶۱	۰/۷۰	۰/۷۶	۰/۷۸	۰/۷۸	۰/۸۶	۰/۸۴	۱

افزون بر آن مفروضه‌های مربوط به داده‌های از دست‌رفته و موارد دورافتاده (پرت) مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش، داده‌های از دست‌رفته با میانگین مقادیر هرمتغیر جایگزین شدند. نتایج بررسی موارد پرت نشان داد که در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش، مورد پرت مشاهده نشد. همچنین مفروضه‌های تحلیل مسیر از جمله نبود هم‌خطی چندگانه، وجود رابطه خطی بین متغیرها، یک‌سویه بودن جهت روابط یا نبود حلقه در مسیرها، استفاده از متغیرهای فاصله‌ای یا نسبی و نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد توجه قرار گرفت. به‌طور کلی، تمامی مفروضه‌های اساسی مدل‌یابی معادلات ساختاری برقرار گردید.

همان‌گونه که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، رابطه مستقیم استاندارد بین خصیصه و سواسی و سلامت اجتماعی منفی است ($\beta = -0/42$). همچنین، رابطه بین خصیصه و سواسی و شفقت به خود نیز منفی گزارش شده است ($P = -0/77$). از سوی دیگر، شفقت به خود با سلامت اجتماعی رابطه‌ای مثبت دارد ($\beta = 0/51$). این الگوی روابط نشان‌دهنده آن است که علائم و سواس- اجباری نه تنها به‌طور مستقیم سلامت اجتماعی را تضعیف می‌کند، بلکه به‌طور غیرمستقیم نیز از طریق کاهش سطح شفقت به خود بر سلامت اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارد.



شکل ۱. مدل ساختاری روابط متغیرهای پژوهش

در ادامه، ضرایب مسیر مستقیم به صورت غیراستاندارد و استاندارد برای مسیرهای موجود در مدل در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، تمامی ضرایب استاندارد متغیرهای برون‌زا در پیش‌بینی متغیرهای درون‌زا دارای سطح معناداری کمتر از ($P < 0/001$) و مقدار ضریب بحرانی آنها (Critical Ratio) بیشتر از $1/96$ است. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که مسیرهای موجود در مدل از لحاظ آماری معنادار بوده و فرضیه‌های مربوط به روابط بین متغیرها در مدل پژوهش تأیید می‌شوند.

جدول ۳. مسیرها و ضرایب استاندارد و غیراستاندارد در مدل (اثر مستقیم)

متغیرها	غیراستاندارد	استاندارد	S.E	C.R	P
علائم و سواسی - اجباری ← سلامت اجتماعی	-۱/۳۷	-۰/۴۲	۰/۲۷	-۵/۰۴	۰/۰۰۱
علائم و سواسی - اجباری ← شفقت به خود	-۵/۹۶	-۰/۷۷	۰/۴۶	-۱۲/۹۱	۰/۰۰۱
شفقت به خود ← سلامت اجتماعی	۰/۲۲	۰/۵۱	۰/۰۳	۶/۰۴	۰/۰۰۱

یکی از اهداف اصلی در تحلیل معادلات ساختاری، بررسی رابطه غیرمستقیم متغیرهای مستقل (برون‌زا) بر متغیرهای وابسته (درون‌زا) از طریق متغیرهای میانجی بود. در این راستا، نتایج مربوط به رابطه غیرمستقیم و کل در جدول ۴ براساس روش بوت‌استرپ (Bootstrap) گزارش شده است. نتایج تحلیل نشان می‌دهد که مقدار صفر بین حدود بالا و پایین فاصله اطمینان بوت‌استرپ قرار نگرفته و همچنین سطح معناداری به دست آمده کمتر از ($P < 0/001$) است؛ بنابراین، رابطه غیرمستقیم علائم و سواسی - اجباری بر سلامت اجتماعی از طریق شفقت به خود، معنادار و منفی گزارش می‌شود. به عبارت دیگر، خصیصه‌های و سواسی با کاهش سطح شفقت به خود، منجر به افت سلامت اجتماعی افراد می‌شوند. همچنین، براساس نتایج حاصل از آزمون شمول واریانس (variance accounted for) که مقدار آن در بازه $0/20$ تا $0/80$ قرار دارد، می‌توان نتیجه گرفت که میانجی‌گری از نوع ناقص (partial mediation) بوده است.

جدول ۴. روابط غیرمستقیم در مدل (آزمون میانجی)

متغیرها	غیراستاندارد	استاندارد	Lower Bounds	Upper Bounds	VAF	P
علائم اختلال و سواسی اجباری ← شفقت به خود ← سلامت اجتماعی	-۱/۲۹	-۰/۳۹	-۱/۷۸	-۰/۸۶	۰/۴۸	۰/۰۰۲

بررسی برازش مدل پیشنهادی با داده‌های پژوهش براساس شاخص‌های برازندگی در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که مقدار شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) برابر با $0/056$ بوده که در دامنه برازش خوب (کمتر از $0/08$) قرار دارد. همچنین، شاخص کای دو بهنجار (χ^2/df) کمتر از ۳ گزارش شده است که نشان‌دهنده برازش قابل قبول مدل است. علاوه بر این، سایر شاخص‌های برازش از جمله GFI, CFI, NFI و TLI نیز مطابق با معیارهای پیشنهادی Hair و همکاران (۲۰۱۹)، در محدوده قابل قبول قرار گرفته‌اند. بنابراین، براساس مجموع شاخص‌های گزارش شده، می‌توان نتیجه گرفت که مدل مفهومی پژوهش دارای برازش مطلوب با داده‌های تجربی است.

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری

شاخص	Df/x2	GFI	AGFI	NFI	IFI	CFI	TLI	RMSEA
مقدار شاخص	۱/۹۲	۰/۹۵	۰/۹۲	۰/۹۴	۰/۹۶	۰/۹۷	۰/۹۶	۰/۰۵۶
مقدار قابل قبول	۵-۱	>۰/۹	>۰/۹	>۰/۹	۱-۰	>۰/۹	>۰/۹	<۰/۰۸

● بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی‌گری شفقت به‌خود در رابطه میان علائم اختلال وسواسی-اجباری و سلامت اجتماعی بود. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل مدل نشان داد که علائم وسواسی به‌طور مستقیم با کاهش سلامت اجتماعی رابطه دارند و از سوی دیگر، با کاهش شفقت به‌خود نیز مرتبط هستند. همچنین، شفقت به‌خود نقش میانجی معناداری در این رابطه ایفا می‌کند، به‌گونه‌ای که سطوح پایین‌تر شفقت به‌خود در افراد دارای علائم وسواسی به افت سلامت اجتماعی آنها منجر می‌شود.

رابطه منفی علائم وسواس-اجباری با سلامت اجتماعی در پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات پیشین هم‌راستا است. نتایج این پژوهش مؤید پژوهش‌هایی همچون بهزادپور و همکاران (۱۳۹۴)، قائینی و همکاران (۱۳۹۴)، ساکو و همکاران (۲۰۲۲)، بورا (۲۰۲۲)، جانسن و همکاران (۲۰۲۰) و گادالکریم و همکاران (۲۰۱۹) بود. بهزادپور و همکاران (۱۳۹۴)، در مطالعه خود نشان دادند که نشخوار فکری با کاهش سازگاری هیجانی و اجتماعی در ارتباط است. همچنین، نتایج پژوهش قائینی و همکاران (۱۳۹۴)، بیانگر آن است که افراد مبتلا به وسواس، سطوح بالایی از هراس اجتماعی را تجربه می‌کنند. در مطالعه‌ای توسط ساکو و همکاران (۲۰۲۲)، نیز مشخص شد، افرادی که درگیر وسواس مربوط به بازی‌های اینترنتی هستند، آسیب‌پذیری بیشتری در ابعاد سلامت اجتماعی دارند. جانسن و همکاران (۲۰۲۰)، نیز گزارش کردند که افراد دارای افکار و رفتارهای وسواسی اغلب در ایجاد و حفظ روابط صمیمانه دچار مشکل بوده، از موقعیت‌های اجتماعی کناره‌گیری می‌کنند و احساس طرد یا بیگانگی اجتماعی را تجربه می‌نمایند. همچنین، گادالکریم و همکاران (۲۰۱۹)، تأکید کردند که این افراد معمولاً دارای انعطاف‌ناپذیری شناختی، انسجام مرکزی ضعیف و روابط اجتماعی ناکارآمد هستند. این مجموعه از شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که علائم وسواسی می‌توانند با تضعیف تعاملات اجتماعی، موجب کاهش سلامت اجتماعی شوند؛ یافته‌ای که در پژوهش حاضر نیز تأیید شد.

از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که علائم وسواسی با کاهش شفقت به‌خود همراه است؛ این یافته با نتایج مطالعات پیشین هم‌راستا و قابل تأیید است. در این راستا، یافته‌های پژوهش با نتایج مطالعات سلطانی و محمدی‌فروود (۱۳۹۸)، سنگانی و همکاران (۱۳۹۸)، مریت و پردون (۲۰۲۱)، مورون و کوکور (۲۰۲۳)، ایکولز و همکاران (۲۰۲۰) و کاجار-باشاران و کوكداغ (۲۰۲۵) همخوانی دارد. به‌طور خاص، سلطانی و محمدی‌فروود (۱۳۹۸)، گزارش کردند که مقوله ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از ابعاد شفقت به‌خود، نقش مؤثری در کاهش نشخوار فکری دارد. سنگانی و همکاران (۱۳۹۸)، نیز نشان دادند که در افراد مبتلا به علائم وسواسی، سطح شفقت به‌خود به‌طور معناداری پایین‌تر از جمعیت عادی است. در پژوهش‌های مریت و پردون (۲۰۲۱) و ایکولز و همکاران (۲۰۲۰)، لیووریک و همکاران (۲۰۲۰)، شفقت به‌خود با کاهش معنادار نشخوار ذهنی و علائم وسواسی همراه بود. همچنین، در مطالعه مورون و کوکور (۲۰۲۳) که بر روی نمونه‌ای غیربالینی انجام شد، مشخص شد که سطوح بالاتر شفقت به‌خود با شدت کمتر علائم وسواسی همراه است. این مطالعه تأکید می‌کند افرادی که شفقت به‌خود بیشتری دارند، بهتر می‌توانند با افکار مزاحم و رفتارهای اجباری مقابله کنند و کمتر درگیر چرخه‌های ناکارآمد شناختی و هیجانی می‌شوند. در همین زمینه، یافته‌های کاجار-باشاران و کوكداغ (۲۰۲۵) نیز نشان داد که افراد دارای سطوح پایین‌تر شفقت به‌خود، در مواجهه با موقعیت‌های مبهم دچار اضطراب بیشتری می‌شوند و این اضطراب به‌عنوان یک عامل واسطه‌ای در افزایش افکار وسواسی و رفتارهای اجباری ایفای نقش می‌کند.

از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کاهش شفقت به‌خود با کاهش سلامت اجتماعی همراه است؛ یافته‌ای که با نتایج مطالعات پیشین از جمله پژوهش‌های جوانمرد و همکاران (۱۴۰۱)، سلطانی و محمدی‌فروود (۱۳۹۸)، حسنی و همکاران (۲۰۲۱)، عاشوری و همکاران (۱۴۰۱)، مک‌براید و همکاران (۲۰۲۲) و استفان و چیه (۲۰۲۲) همسو است. به‌طور خاص، جوانمرد و همکاران (۱۴۰۱)، نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و دارای افکار خودکشی، موجب افزایش احساس تعلق اجتماعی و کاهش ادراک سربار بودن می‌شود. سلطانی و محمدی‌فروود (۱۳۹۸)، نیز به این نتیجه رسیدند که علائم

اضطراب اجتماعی با سطوح پایین‌تر شفقت به خود همراه است. در مطالعه حسنی و همکاران (۲۰۲۱) و عاشوری و همکاران (۱۴۰۱)، شفقت به خود پیش‌بینی‌کننده معنادار احساس تنهایی و انزوای اجتماعی گزارش شد. همچنین یافته‌های استفان و چیه (۲۰۲۲)، در میان نوجوانان اواخر بلوغ نشان داد که سطوح بالاتر شفقت به خود با اضطراب اجتماعی کمتر همراه است و این رابطه با واسطه بینش فردی و خودبازتابی تقویت می‌شود. در همین راستا، مک‌براید و همکاران (۲۰۲۲)، نیز بر نقش کلیدی شفقت به خود در ارتقاء سلامت روانی اجتماعی تأکید کرده و بیان می‌کنند که افزایش شفقت به خود می‌تواند از طریق بهبود راهبردهای تنظیم هیجان به کاهش پیامدهای منفی مانند اضطراب اجتماعی منجر شود.

بر اساس شواهد پژوهشی و نتایج این مطالعه، می‌توان نتیجه گرفت که شفقت به خود نقشی میانجی‌گرانه و مهم در رابطه بین علائم وسواسی و سلامت اجتماعی ایفا می‌کند. به بیان دیگر، افرادی که از سطح بالاتری از شفقت به خود برخوردارند، در مواجهه با علائم وسواسی، کمتر درگیر آسیب‌های اجتماعی می‌شوند. در راستای تبیین این رابطه و با استناد به نظریه شفقت به خود نف (۲۰۰۹)، این سازه دارای سه مؤلفه اصلی است: مهربانی با خود در برابر خودانتقادی، احساس انسانیت مشترک در برابر انزوا، ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی با هیجانات منفی. از سوی دیگر، افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، معمولاً با افکار مزاحم، نگرانی‌های کنترل‌ناپذیر و رفتارهای اجباری روبه‌رو هستند. این وضعیت اغلب ناشی از ویژگی‌هایی مانند خودانتقادی شدید، ناتوانی در تنظیم هیجان، ادراک منفی از خود، احساس گناه، کمال‌گرایی افراطی و ناتوانی در تحمل عدم قطعیت است (مورون و کوکور، ۲۰۲۳). این ویژگی‌ها با تضعیف مؤلفه‌های شفقت به خود همراه است. در نتیجه، افراد وسواسی ممکن است افکار مزاحم یا شکست‌ها را به جای آنکه بخشی طبیعی از تجربه انسانی بدانند، به‌عنوان نشانه‌ای از نقص یا معیوب بودن خود تلقی کنند. این تفسیر منفی می‌تواند منجر به احساس طرد، انزوا و کاهش تعاملات اجتماعی شده و سلامت اجتماعی آنان را تهدید کند. در مقابل، اگر فرد وسواسی درک کند که داشتن افکار و احساسات ناخوشایند بخشی از تجربه مشترک انسانی است، احساس درک‌شدگی و ارتباط اجتماعی بیشتری را تجربه خواهد کرد. این تجربه به‌طور مستقیم با مؤلفه احساس انسانیت مشترک در نظریه نف مرتبط است (کاپار-باشاران و کوکداغ، ۲۰۲۵). افزون‌بر این، افراد وسواسی معمولاً افکار ناخواسته را به‌طور تحریف‌شده تفسیر می‌کنند و باور دارند که داشتن چنین افکاری نشانه «بد یا خطرناک بودن» آنها است. این باور منجر به گفت‌وگوی درونی منفی و خودانتقادی شدید می‌شود (ریسکیند و همکاران، ۲۰۱۸). این مسئله با مؤلفه «مهربانی با خود» در نظریه شفقت به خود در ارتباط مستقیم قرار دارد. سومین مؤلفه نظریه نف (۲۰۰۹)، یعنی ذهن‌آگاهی نیز نقش مهمی در این رابطه ایفا می‌کند. نبود ذهن‌آگاهی در افراد وسواسی، آنها را در چرخه افکار مزاحم و هیجان‌های منفی گرفتار می‌سازد. چنین شرایطی منجر به تنظیم هیجانی ناکارآمد و مشکلاتی در روابط اجتماعی، از جمله اجتناب، انزوای بین‌فردی و اضطراب اجتماعی می‌شود (مک‌براید و همکاران، ۲۰۲۲). چنان‌که، پرورش ذهن‌آگاهی در این افراد می‌تواند باعث کاهش واکنش‌پذیری نسبت به افکار مزاحم شده، فعالیت‌های اجباری را کاهش دهد و علائم وسواسی را بهبود بخشد (باقری شیخانگش، ۱۴۰۲). یافته‌های مک‌براید و همکاران (۲۰۲۲)، نیز نشان می‌دهد که شفقت به خود، با ارتقاء تنظیم هیجان، می‌تواند اضطراب اجتماعی را کاهش داده و عملکرد اجتماعی را بهبود بخشد.

همچنین، افرادی که از شفقت به خود پایین‌تری برخوردارند، به‌دلیل ناتوانی در کنترل افکار و اعمال خود، بیشتر احساس شرم، نقص شخصی و ناکارآمدی را تجربه می‌کنند. این وضعیت، سلامت اجتماعی آنان را مستقیماً تهدید می‌کند (گرم، ۲۰۲۵). در این میان، شفقت به خود به‌عنوان یک «ضربه‌گیر روانی» عمل کرده و نقش پادزهر برای شرم را ایفا می‌کند (دایر ویتنی، ۲۰۲۲). به‌طور کلی، شفقت به خود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد را در مواجهه با رویدادهای منفی افزایش می‌دهد (پریسانی و لیستیاندینی، ۲۰۱۷). شفقت به خود زمانی کامل می‌شود که فرد نه تنها نسبت به خود، بلکه نسبت به دیگران نیز نگرشی مشفقانه داشته باشد. افرادی که این نگرش را دارند، احساس سلامت اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند و در برابر افسردگی، اضطراب و استرس مقاومت بیشتری از خود نشان می‌دهند (علوی، ۲۰۲۱). بنابراین، رابطه منفی بین علائم وسواسی و سلامت اجتماعی از طریق تضعیف مؤلفه‌های شفقت به خود میانجی‌گری می‌شود. افرادی که از سطح پایین شفقت به خود برخوردارند، بیشتر در معرض آسیب‌های روانی و اجتماعی ناشی از وسواس قرار دارند و احتمال تجربه طرد، انزوا، اضطراب و کاهش سرمایه اجتماعی در آنها بیشتر است.

• نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر، هم‌راستا با نتایج تحقیقات پیشین، رابطه‌ی معنادار علائم وسواسی-اجباری با سلامت اجتماعی را با نقش واسطه‌ای شفقت به خود تأیید می‌کند. به عبارتی، سطح پایین شفقت به خود در افرادی با علائم اختلال وسواسی-اجباری می‌تواند یکی از عوامل تبیین‌کننده کاهش سطح سلامت اجتماعی آنان باشد.

با وجود نتایج ارزشمند این مطالعه، باید به برخی محدودیت‌ها توجه داشت: روش نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش، قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها به کل جامعه آماری را محدود می‌سازد. پژوهش به صورت مقطعی انجام شده و تحلیل‌ها مبتنی بر همبستگی و مدل‌یابی مسیر هستند؛ بنابراین، نمی‌توان درباره‌ی علیت و جهت اثرگذاری متغیرها با قطعیت اظهار نظر کرد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی، احتمال بروز سوگیری پاسخ‌دهی اجتماعی یا خطاهای ادراکی را افزایش می‌دهد. تمرکز پژوهش بر جمعیت غیربالینی (نمونه عادی)، امکان بررسی عمیق‌تر اثرات اختلال وسواسی-اجباری در موقعیت‌های بالینی را محدود کرده است.

در راستای غلبه بر محدودیت‌های فوق، پیشنهاد می‌شود: در پژوهش‌های آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی یا طبقه‌ای و نیز نمونه‌های بالینی استفاده شود تا دقت و تعمیم‌پذیری افزایش یابد. طراحی مطالعات طولی یا مداخله‌ای می‌تواند امکان بررسی روابط علی و تغییرپذیری متغیرها در طول زمان را فراهم آورد و به غنای نظری حوزه مورد مطالعه بیفزاید. متغیرهای تعدیل‌گر مانند سبک‌های دلبستگی، کمال‌گرایی، تاب‌آوری یا حمایت اجتماعی در مدل‌های آینده مورد بررسی قرار گیرند. اثربخشی مداخلات مبتنی بر شفقت به خود (نظیر درمان مبتنی بر شفقت یا ذهن آگاهی) بر کاهش علائم وسواسی و ارتقای سلامت اجتماعی، مورد مطالعه قرار گیرد.

از منظر کاربردی، نتایج پژوهش می‌تواند به روان‌شناسان و درمانگران توصیه کند که در درمان مراجعان دارای علائم وسواسی-اجباری، بر آموزش مهارت‌های شفقت به خود تأکید نمایند. همچنین، مداخلات پیشگیرانه در مدارس، دانشگاه‌ها و مراکز مشاوره می‌تواند با تمرکز بر تقویت مؤلفه‌های شفقت به خود، در کاهش انزوای اجتماعی و اضطراب ناشی از افکار وسواسی مؤثر باشد. یافته‌های این مطالعه می‌تواند در طراحی برنامه‌های ارتقای سلامت روانی اجتماعی و نیز در رویکردهای شناختی-رفتاری نوین مورد استفاده قرار گیرند.

• تعارض منافع

در پژوهش حاضر بین نویسندگان، تعارض منافی وجود ندارد.

• تشکر و قدردانی

پژوهشگران از همه شرکت‌کنندگانی که پژوهش حاضر را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

• منابع

اسماعیلی انامق، بهمن؛ عطادخت، اکبر. (۱۴۰۳). نیاز به بازخوردهای اجتماعی در کاربران شبکه‌های اجتماعی و بهزیستی اجتماعی؛ نقش میانجی نیازهای بنیادین عمومی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۴(۵۳)، ۶۴-۴۷.

<https://doi.org/10.22034/spr.2024.421965.1873>

آقایی مزرچی، مصطفی؛ نجفی، محمود؛ شیرمحمدعلی، مینا. (۱۴۰۳). نقش میانجی باورهای فراشناختی در رابطه بین حساسیت اضطرابی و مسئولیت‌پذیری افراطی با علائم وسواسی-اجباری. *مجله روان‌شناسی*، ۱(۲۸)، ۲۱-۱۲.

<http://iranapsy.ir/Article/42765/FullText>

باباپورخیرالدین، جلیل؛ طوسی، فهیمه؛ حکمتی، عیسی (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۴(۱۶)، ۱-۱۹. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4311.html

باقری شیخانگفشه، فرزین؛ کیانی، مریم؛ صوابی نیری، وحید؛ نخستین آصف، زهرا؛ بوربور، زینب. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری. *مجله روان‌شناسی*، ۱(۲۷)، ۳۷-۲۸.

<http://www.iranapsy.ir/Article/36447>

بهزادپور، سمانه؛ سادات مطهری، زهرا؛ سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). پیش‌بینی نشخوار فکری بر اساس سازگاری اجتماعی و هیجانی در بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۶(۴)، ۵۳-
<http://sanad.iau.ir/Journal/jsrp/Article/891416>

حسین پور، محمدرضا؛ قربانی مقدم، پریسا؛ علیزاده، اصغر. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اختلال اضطراب اجتماعی اندام بر مبنای خودشفقت‌ورزی و عزت‌نفس در زنان ورزشکار. توسعه پرستاری در سلامت، ۱۲(۲)، ۳۸-۴۶.
<http://ndhj.lums.ac.ir/article-1-313-fa.html>

خسروی، صداله؛ صادقی، مجید؛ یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس شفقت خود (SCS). روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۳)، ۵۸-۴۷.
https://jppmm.marvdasht.iau.ir/article_339.html

زینی حسونند، ناهید؛ گلابی، مها. (۱۴۰۳). سلامت اجتماعی و اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر: نقش جو عاطفی خانواده. مجله روان‌شناسی، ۲۸(۲)، ۴۷۵-۴۶۶.
<http://iranapsy.ir/Article/43372>

سلطانی، نسرين؛ محمدی فرود، حمید. (۱۳۹۸). اثر بخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر نشخوار ذهنی و اضطراب اجتماعی زنان دارای وسواس. مجله علوم روان‌شناختی، ۱۸(۵۵)، ۶۱۵-۶۲۹.
<http://psychologicalscience.ir/article-1-300-fa.html>

سنگانی، علیرضا؛ خوش وقت، نگین؛ سادات عزیز، لیلا؛ ابوالقاسم زاده، مونا. (۱۳۹۸). مدل‌یابی وسواس با احساس گناه با نقش واسطه‌گری خود شفقت‌ورزی در پرستاران. نشریه روان پرستاری، ۷(۳)، ۷۱-۷۷.
<https://doi.org/10.52547/jcoc.12.2.133>

عاشوری، میترا؛ کچویی، محسن؛ وحیدی، الهه. (۱۴۰۱). بررسی ارتباط خود شفقتی با بهزیستی روان‌شناختی در مبتلایان به مولتیپل اسکروزیس با میانجی‌گری احساس تنهایی اجتماعی. مجله سلامت و مراقبت، ۲۴(۱)، ۶۳-۵۲.
<http://dx.doi.org/10.52547/jhc.24.1.52>

عزیز محمدی، ساناز؛ راکبی، نازنین؛ کامران کوچ اصفهانی، سودابه؛ اسدی، هادی. (۱۳۹۸). نقش شفقت به‌خود و تحمل‌پریشانی در سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. مجله مطالعات ناتوانی، ۹، ۵۶-۵۶.
<http://jdisabilstud.org/article-1-1462-fa.html>

غفاری، خلیل؛ سادات موسوی آهو قلندری، عالمه. (۱۴۰۰). بررسی مقایسه‌ای کمال‌گرایی و وسواس فکری عملی در دانش‌آموزان مضطرب و دانش‌آموزان غیر مضطرب پایه ششم شهرستان قرچک. مجله پیشرفت‌های نوین در روان‌شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۴(۳۵)، ۵۴-۴۲.
<https://jonapte.ir/showpaper/5636406>

قائینی، آزاده؛ موسوی، اسحاق؛ میرزایی، رضا؛ ستوده زاده، صغری. (۱۳۹۴). رابطه بین علائم افسردگی، هراس اجتماعی و وسواس فکری و عملی با اختلال بدشکلی بدن در بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های زیبایی شهر تهران. مجله علوم پزشکی صدر، ۴(۲)، ۱۳۷-۱۴۸.

https://smsj.sums.ac.ir/article_44088.html

محمود علیلو، مجید؛ عاطف وحید، محمدکاظم؛ بیان زاده، سیداکبر؛ ملکوتی، سیدکاظم. (۱۳۸۲). بررسی آزمایشی مشکلات حافظه در مبتلایان به نوع واریسی اختلال وسواسی- جبری. مجله روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۱)، ۶۲-۷۰.

<http://jpcp.iuums.ac.ir/article-1-85-fa.html>

مومنی، فرشته؛ شهیدی، شهریار؛ موتابی، فرشته؛ حیدری، محمود (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خودشفقت‌ورزی. روان‌شناسی معاصر، ۸(۲)، ۲۷-۴۰.
<http://bjcp.ir/article-1-386-fa.pdf>

هاشمی، تورج؛ حکمتی، عیسی؛ واحدی، شهرام؛ باباپور، جلیل. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه مقیاس سلامت اجتماعی کیس. مجله علوم رفتاری، ۸(۱)، ۱۱-۲۰.
https://www.behavsci.ir/article_67854

Alavi, K. (2021). The Role of Social Safeness and Self-Compassion in Mental Health Problems: A Model Based on Gilbert Theory of Emotion Regulation Systems. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 9(3), 237-246.
<https://doi.org/10.32598/jpcp.9.3.768.1>

Alexander Haslam, S. (2018). Unlocking the social cure. *The Psychologist*, 31(5), 28-31.
<https://doi.org/10.53841/bpscpf.2018.1.311.50>

Bora, E. (2022). Social cognition and empathy in adults with obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychiatry Research*, 316, 114752. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114752>

Cicognani, E. (2024). Social well-being. In *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 6714-6717). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-17299-1_2797

Dyer, Whitney E. (2022). "Bolstering the effectiveness of exposure-response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: using self-compassion as an adjunctive intervention". DSW Capstone Projects. 18.
<https://orcid.org/0000-0003-1722-6092>

Eichholz, A. Schwartz, C. Meule, A. Heese, JNeumüller, J. Voderholzer, U. (2020). Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Psychother*, 27(5):630-639. DOI: 10.1002/cpp.2451

Gadelkarim, W., Shahper, S. Reid, J., Wikramanayake, M., Kaur, S. Kolli, S. Osman S, Fineberg N. A. (2019) Overlap of obsessive-compulsive personality disorder and autism spectrum disorder traits among OCD outpatients: an

- exploratory study, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 23:4, 297-306 .DOI: 10.1080/ 1 3 6 51501.2019.1638939.
- Germer, C. (2025). A model of self-compassion-based therapy. In G. T. Ronen & S. Geller (Eds.), *Grounding psychotherapy in self-compassion* (pp. 13–29). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2025-67779-001>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed., pp. 667–668). Cengage Learning. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3504987>
- Hassani SF, Tizdast T, Zarbakhsh MR. (2021). The role of self-compassion and Hope in the relationship between psychological wellbeing, maladaptive schemas, resilience, and social support in women with multiple sclerosis. *Journal of Client-Centered Nursing Care*; 7(3):195-204. <http://dx.doi.org/10.32598/JCCNC.7.3.372.1>
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15(5), 389–395. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
- Jansen, M., Overgaauw, S., & De Bruijn, E. R. (2020). Social cognition and obsessive-compulsive disorder: a review of subdomains of social functioning. *Frontiers in psychiatry*, 13(11), 118. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00118>
- Kaçar-Başaran, S., & Gökdağ, C. (2025). From self-compassion to obsessive-compulsive symptoms: the mediator role of intolerance of uncertainty. *Current Psychology*, 44(4):2375-2384. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-07324-x>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 350 – 372). Chicago, IL: University of Chicago Press. <https://psycnet.apa.org/record/2004-00121-012>
- Keyes, Corey Lee.M. (1998). *Social well-being, social Psychology quarterly*. (61) 2: 121-190. <https://midus.wisc.edu/findings/pdfs/58.pdf>
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K. & Strauss, C. (2020). The Association of Trait Mindfulness and Self-compassion with Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: Results from a Large Survey with Treatment-Seeking Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 44(1), 120–135. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10049-4>
- McBride, N. L., Bates, G. W., Elphinstone, B., & Whitehead, R. (2022). Self-compassion and social anxiety: The mediating effect of emotion regulation strategies and the influence of depressed mood. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(4), 1036-1055. <https://doi.org/10.1111/papt.12417>
- Merritt, O. A., & Purdon, C. (2021). Fear of compassion is associated with treatment ambivalence and negative expectations for treatment in people with anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 546–555. <https://doi.org/10.1111/bjc.12313>
- Moroñ, M., & Kocur, D. (2023). Self-compassion and obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample: Insights from network analysis and canonical correlation analysis. *Mindfulness*, 14(12), 3052-3068. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12671-023-02256-8>
- Murphy, Y.E., & Flessner, C.A. (2015). Family functioning in pediatric obsessive compulsive and related disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 414–434. <https://doi.org/10.1111/bjc.12088>
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264–274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Priatni, Mutia Rahayu & Listyandini, Ratih Arrum. 2017. The Influence of Self Compassion toward Resilience among Medical Students. *Conference: International Conference The 1st South East Asia Regional Conference of Psychology (RCP) 2017At: Hanoi, Vietnam Volume: 1*.
- Riskind, J. H., Wright, E. C., & Scott, M. (2018). Anticipated criticism/rejection and negative self-appraisals: Do they independently predict ocd symptoms and the negative. Significance of intrusive thoughts? *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(1), 4-16. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0006-0>
- Sachu, B. Joy, E; Raj, M. (2020). Internet Gaming Obsession: An Explorative Study of Connotation between Massively Multiplayer Online Role-Playing Games and Social Health. *International Conference for Advancement in Technology (ICONAT)*.1-7. <https://doi.org/10.1109/ICONAT53423.2022.9725987>
- Stefan, C. A., & Cheie, L. (2022). Self-compassion and social anxiety in late adolescence: Contributions of self-reflection and insight. *Self and Identity*, 21(2), 210–222. <https://doi.org/10.1080/15298868.2020.1861082>
- Sun, Q & Lu, N (2020). Social Capital and Mental Health among Older Adults Living in Urban China in the Context of COVID-19 Pandemic. *Journal Article published in International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (21), 7947. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217947>
- Vernooij-Dassen, M., Verspoor, E., Samtani, S., Sachdev, P. S., Ikram, M. A., Vernooij, M. W., ... & Wolf-Ostermann, K. (2023). Conceptual framework for social health: identification of modifiable and protective and risk factors. *International Psychogeriatrics*, 35(S1), 15-15. <https://doi.org/10.1017/S1041610223001710>
- World Health Organization. Investing in school health. Geneva: World Health Organization. (2023). Available at: <https://www.who.int/activities/investing-in-school-Health>.