

## The Effect of the Variables of Multidimensional Spiritual Pattern on Obsessive-Compulsive Disorder with the Mediation of Dysfunctional Beliefs

Maryam Ahmadi\*

Javad Khalatbari\*\*

Alireza Aghayousefi\*\*\*

Masoud Janbozorgi\*\*\*\*

### Abstract

The present research was conducted with the aim of examining the effect of the variables of multidimensional spiritual treatment on the intensity and symptoms of obsessive-compulsive disorder with the mediation of dysfunctional cognitive beliefs using the path analysis. This descriptive research applied the structural equation modeling. The population included all patients with the obsessive-compulsive disorder referring to the counseling centers in the city of Qom in 2021. 240 patients were selected by the judgmental sampling as the sample. The sample members were selected by replying to the Yale-Brown obsessive-compulsive scale with the obsession intensity score of higher than 9 based on the standardized cut line. They replied to the following questionnaires: psychological-spiritual transformation, religious adherence, self-image and God-image (Janbozorgi), guilt inventory (Kugler and Jones), and dysfunctional cognitive beliefs. The data were analyzed by the path analysis using LIZREL and SPSS. According to the results, there is a negative and significant relationship among the intensity of psychological-spiritual transformation, religious adherence, and God-concept, and there is a positive and significant relationship between the variable of God-image and the variable of the symptoms of obsessive-compulsive disorder. With the mediation of dysfunctional cognitive beliefs, the religious adherence has a negative and significant relationship and guilt has a positive and significant relationship with the symptoms of obsessive-compulsive disorder. In addition, the present model has a good fit. As a result, if the intensity of psychological-spiritual transformation, religious adherence, and God-concept increases and the intensity of God-image, guilt, and dysfunctional cognitive beliefs decreases, the symptoms of obsessive-compulsive disorder will be reduced.

**Keywords:** guilt, symptoms of obsessive-compulsive disorder, dysfunctional cognitive beliefs, religious adherence, God-image, God-concept, intensity of psychological-spiritual transformation, obsession intensit

---

\* Ph.D. Student in Psychology, Islamic Azad University, Qom, amz.ahmadi2019@gmail.com

\*\* Ph.D., Associate Professor of Department of Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Corresponding Author, javadkhalatbaripsy2@gmail.com

\*\*\* Ph.D., Associate Professor of Department of Psychology, Payam Nour University, Qom, arayeh11@gmail.com

\*\*\*\* Ph.D., Professor, Research Institute of Hawzeh and University, psychjan@gmail.com

## تأثیر متغیرهای الگوی چند بعدی معنوی با میانجی‌گری باورهای ناکارآمد بر اختلال وسواس

مریم احمدی\*  
جواد خلعتبری\*\*  
علیرضا آقابوسفی\*\*\*  
مسعود جان‌بزرگی\*\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر متغیرهای درمان چندبعدی معنوی بر شدت وسواس و علائم اختلال وسواس-بی‌اختیاری با میانجی‌گری باورهای ناکارآمد شناختی با استفاده از تحلیل مسیر انجام شده است. طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه بیماران وسواس-بی‌اختیاری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم در سال ۱۴۰۰ با شکایت اصلی اختلال وسواس-بی‌اختیاری بودند. تعداد ۲۴۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. اعضای نمونه با پاسخ‌دادن به پرسشنامه وسواس «بیل-براون» و نمره شدت وسواس بالاتر از ۹ براساس خط برش هنجار شده انتخاب شدند و به پرسشنامه تحول روانی-معنوی، پرسشنامه پایبندی مذهبی و پرسشنامه خودپنداره-خداپنداره جان‌بزرگی و پرسشنامه احساس گناه گوگلر و جونز و پرسشنامه باورهای ناکارآمد شناختی پاسخ دادند. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از روش تحلیل مسیر و با نرم‌افزار لیزرل و SPSS تحلیل شدند. نتایج نشان داد که سطح تحول روانی-معنوی، پایبندی مذهبی و خداپنداشت رابطه منفی و معنادار و متغیرخداپنداره رابطه مثبت و معنادار با علائم وسواس فکری و عملی دارند. پایبندی مذهبی به صورت منفی و معنادار و احساس گناه به صورت مثبت و معنادار با میانجی‌گری باورهای ناکارآمد شناختی با علائم وسواس فکری رابطه دارند؛ همچنین مدل ارائه‌شده از برازش مطلوبی برخوردار است. در نتیجه با افزایش سطح تحول روانی-معنوی، پایبندی مذهبی و نمره خداپنداشت و نیز کاهش نمره خداپنداره، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی، علائم وسواس فکری و عملی کاهش می‌یابد. وازگان کلیدی: احساس گناه مرضی، علائم اختلال وسواس-بی‌اختیاری، باورهای ناکارآمد شناختی، پایبندی مذهبی، خداپنداره، خداپنداشت، سطح تحول روانی-معنوی، شدت وسواس.

\* دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، سایر، دانشگاه آزاد اسلامی قم.

amz.ahmadi2019@gmail.com

\*\* دکتری تخصصی، دانشیار، دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن (نویسنده مسئول).

javadkhalatbaripsy2@gmail.com

arayeh11@gmail.com

psychjan@gmail.com

\*\*\* دکتری تخصصی، دانشیار، دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور قم

\*\*\*\* دکتری تخصصی، استاد، استاد تمام پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۸/۲۱ تاریخ تأیید: ۱۴۰۱/۹/۱۹

## مقدمه

اختلال وسواس-بی‌اختیاری با وسواس‌ها یا بی‌اختیاری‌ها یا هر دو مشخص می‌شود. وسواس‌ها شامل افکار، تمایلات یا تصورات مکرر و پایدار و شک‌های بی‌معنایند که به شکل مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند و شخص آنها را تفرآمیز، مهارنشده، محرک احساس گناه و حتماً پایدار می‌داند (آبرامویتز، ۲۰۱۴)؛ در حالی که بی‌اختیاری‌ها شامل رفتارها یا فعالیت‌های ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند باید آنها را در پاسخ به یک فکر وسواسی یا براساس تشریفات انجام دهد که باید به طور دقیق اجرا شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). معمولاً محتوای وسواس‌ها با نظام باورهای فرد ناهماهنگ است؛ در واقع افکار وسواسی تهدید را روی موضوعاتی می‌برند که برای فرد بیشترین ارزش را دارد، اما رفتارهای وسواسی به‌طور عمدی در پاسخ به افکار وسواسی انجام می‌شوند و معمولاً هدف از آن، جلوگیری از حادثه ترسناک یا کاهش ناراحتی و استرس مربوط به افکار وسواسی است (آبرامویتز، ۲۰۱۴).

سالکوسکیس نخستین مدل شناختی جامع دربارهٔ اختلال وسواس-بی‌اختیاری را مطرح کرده است. او معتقد است زمانی که افکار مزاحم، باورهای ناکارآمد درباره میزان مسئولیت افراد در قبال سلامتی خود و دیگران را فعال می‌سازند، شدت و فراوانی آنها افزایش می‌یابد. این باورها نقش مهمی در افزایش مسائل وسواسی دارند، زیرا سبب به وجود آمدن پیش‌بینی‌های منفی دربارهٔ افکار و در پی آن سبب پیدایش این باور می‌شود که فرد برای جلوگیری از این اعمال درباره افکارش باید کاری کند (سالکوسکیس، ۱۹۸۵).

در شکل‌گیری و تداوم وسواس، نقش عامل شناخت و باورها و ارزیابی‌های ناکارآمد از اهمیت نظری و تحقیقاتی بهتری برخوردار است. پنج حیطه به‌عنوان عوامل مرکزی در OCD (اختلال وسواس-بی‌اختیاری) در نظر گرفته می‌شوند که عبارتند از: احساس مسئولیت بیش از حد؛ ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید؛ ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم؛ اهمیت افکار؛ کنترل افکار. بعدها حیطه ششم، یعنی کمال‌گرایی هم به این پنج حیطه افزوده شد (شمس و صادقی، ۱۳۸۵).

OCD در سرتاسر جهان ساختار نشانه‌ای مشابهی دارد؛ اما با این حال در ابراز نشانه‌ها، تنوع منطقه‌ای وجود دارد و عامل فرهنگی می‌تواند محتوای وسواس را شکل دهد (آبرامویتز، ۲۰۰۹؛ گرانت، ۲۰۱۴). فصل هفتم پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات روانی به فرمول‌بندی فرهنگی در آسیب‌شناسی اختلال‌های روانی اشاره کرده و در تمامی اختلال‌ها، معنای فرهنگی آنها را مورد توجه قرار داده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

تأثیر عمیق فرهنگ مذهبی بر علائم وسواس در ایران نیز وجود دارد. فتی (۱۳۷۶) بیان می‌کند

مبتلایان به وسواس-بی‌اختیاری با محتوای مذهبی در کشور ما بیشترین موارد را تشکیل می‌دهند و از نوعی تحریف شناختی مزاحم درمان رنج می‌برند که هرگز با آن برخورد تخصصی نشده است؛ بنابراین نادیده گرفتن این افکار مداخله‌گر سبب می‌شود درمان رفتاری و حتی درمان دارویی ناموفق باشد (دادفر و همکاران، ۱۳۸۰؛ رضوانی‌فرانی و دادفر، ۱۳۸۴). نتایج پژوهش نظییری و همکاران (۱۳۸۴) در ایران نشان داد که باورهای ناکارآمد دینی نسبت به باورهای ناکارآمد شناختی پیش‌بینی‌کننده بهتری برای شدت علائم وسواس-بی‌اختیاری است. آنها نتیجه گرفتند که در این صورت در کار روان‌درمانی با این بیماران باید تجدیدنظر کرد و باورهای دینی به‌عنوان یک جنبه مهم فرهنگی جامعه مورد توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان در کار بالینی قرار گیرد (انصاری و همکاران، ۱۳۹۷).

بی‌توجهی درمان شناختی-رفتاری به معنادهی‌های نادرست افراد مبتلا به وسواس-بی‌اختیاری نسبت به مبدأ (خداوند) و معاد سبب شده این درمان برای بیماران وسواس-بی‌اختیاری با محتوای مذهبی تأثیر کمی داشته باشد (جان‌بزرگی و غروی‌راد، ۱۳۹۵).

در درمان شناختی-رفتاری، فرد پیش از مواجهه با رفتارهای وسواسی با باورهای ناکارآمد شناختی و سوءتعبیر افکار ناخواسته‌اش آشنا می‌شود (کامر، ۲۰۱۵). سوءتعبیرها معمولاً این نگرانی را برای فرد وسواسی به وجود می‌آورند که واکنش‌های فرد می‌تواند به خسارت و آسیب به خود یا دیگران بینجامد؛ بنابراین برای کاهش این نگرانی‌ها به رفتارهای وسواسی متوسل می‌شود، اما در درمان شناختی-رفتاری، معنا و جهت‌گیری فرهنگی مذهبی خسارت و آسیب مورد توجه قرار نگرفته است (ورهاگن و همکاران، ۲۰۱۰). تحقیقات تجربی نشان می‌دهد ترس از خسارت و آسیب در فرهنگ‌های دینی، جهت‌گیری مذهبی اخلاقی پیدا می‌کند و با سوءبرداشت در مورد خداوند و قوانین الهی یا خداپنداشت نادرست (حدادی کوهسار و غباری‌بناب، ۱۳۹۱؛ سیلتون و همکاران، ۲۰۱۳)، نگاه نادرست به عذاب اخروی (شاپیرو و استوارت، ۲۰۱۱) و معنادهی منفی اخلاقی در مورد خود (ویل و ویلسون، ۲۰۰۵؛ آردن و دالکورسو، ۲۰۰۹) همراه است. برداشت نادرست در مورد خداوند، فرد را با یک خدای سختگیر، غضب‌کننده و طردکننده در مورد آخرت با جهنم و عذاب الهی و در مورد خود با احساس بی‌ارزشی و گناهکار بودن روبه‌رو خواهد کرد. این معنادهی‌های منفی در مورد خداوند، آخرت و خود، معمولاً با احساس گناه مرضی خویش را نشان می‌دهند (هایمن و پدریک، ۲۰۰۸).

اگر معنویت را جستجوی امر قدسی بدانیم (پارگامنت، ۲۰۱۳)، پس مهم‌ترین مفهوم بیشتر مذاهب رابطه انسان با خدا است و تصور فرد از خداوند مفهوم محوری در معنویت و مذهب

دارد (جان‌بزرگی و غروی‌راد، ۱۳۹۵). تصور از خدا پدیده چندبعدی یا چندمتغیری است که بیشتر در حیطه گسترده‌تری به نام دین قرار دارد. این تصویرپردازی از عوامل تحولی تأثیر می‌گیرد و تحول روانی-معنوی متأثر از سایر خطوط تحول از جمله تحول شناختی است. سطح تحول روانی-معنوی به این موضوع اشاره دارد که انسان‌ها در هر مرحله از تحول دارای آسیب‌پذیری‌های خاص معنوی و در نتیجه نیازمند درمانگری‌های خاصی هستند. قرار گرفتن افراد در هر یک از سطوح تحول دینی به سطح شناختی افراد و میزان سازش‌یافتگی شخصیتی بازمی‌گردد؛ بنابراین میزان تحول در شناخت و شخصیت تأثیر خود را در چگونگی میزان تحول روانی-معنوی خواهد گذاشت (جان‌بزرگی، ۱۳۹۸). جنیا، (۱۹۹۵)؛ به نقل از جان‌بزرگی و همکاران، (۱۳۹۰) مراحل تحول روانی-معنوی را از زاویه بالینی معرفی کرده، آن را در پنج مرحله توصیف می‌کند: دین خودمیان‌بین؛ دین جزمی‌نگر؛ دین برزخی یا گذاری؛ دین بازساخت‌یافته و دین متعالی. در تعامل بین آسیب‌دیدگی روانی و مراحل تحول روانی-معنوی، نوع نشانه‌های اختلال در هر مرحله متفاوت است و می‌توان از راه این نشانه‌ها سطح تحول یا از راه تشخیص سطح تحول، نوع بروز نشانه‌ها را مشخص کرد (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰).

برخی مطالعات، تحول روانی-معنوی را با پدیده‌های روان‌شناختی بررسی کرده‌اند؛ از جمله دلجو و همکاران (۱۳۹۲) به این نتیجه رسیدند که بین تحول روانی-معنوی و اضطراب وجودی رابطه معکوسی وجود دارد؛ هرچه سطح تحول روانی-معنوی بیشتر باشد، اضطراب وجودی کمتر می‌شود. توپچی (۱۴۰۰) نشان داد که در افراد مبتلا به اضطراب در مقایسه با افراد غیرمبتلا به اضطراب در خداپنداره منفی، سطح تحول روانی-معنوی، احساس مراقبت خدا (خداپنداره مثبت)، احساس حضور خدا (تجارب) تفاوت معنادار دارند؛ اما در احساس حضور خدا (خداپنداره مثبت)، مسئولیت در قبال دیگران، ارتباط با خدا تفاوت معناداری ندارند. جان‌بزرگی و سرآبادانی تفرشی (۱۳۹۷) نشان دادند که بین متغیر سطح تحول روانی-معنوی با افسردگی، اضطراب و استرس رابطه معناداری وجود دارد. سطح تحول روانی-معنوی سهم مهمی در پیش‌بینی افسردگی و خداپنداره سهم مهمی در پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس دارد. دانش و مهدوی (۱۳۹۶) نشان دادند که خودپنداره توانایی پیش‌بینی معنادار بیماری و سواس را دارد. انصاری و جان‌بزرگی (۱۳۹۵) به این نتیجه رسیدند که حضور و غنی شدن شناخت‌ها و باورهای مذهبی مربوط به تصور از خدا در همه افراد به اصلاح خداپنداره و سلامت روانی می‌انجامد. جان‌بزرگی و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند، رابطه مثبت معناداری بین سلامت روانی و مراحل تحول روانی-معنوی وجود دارد.

زمانی که فرد به باورهای مذهبی معتقد باشد و رفتار خود را براساس این باورها به طور نسبتاً دقیق تنظیم کند؛ به او پایبند می‌گویند. این پایبندی شکل‌های مختلفی به خود می‌گیرد، پایبندی از روی شناخت و پایبندی‌های سنتی-عاطفی که سطحی متفاوت از پایبندی است. گذشته از درک تعارض‌های مذهبی، میزان پایبندی فرد، شکل و سطح مداخله مذهبی را تعیین می‌کند. پژوهش‌های فراوانی رابطه منفی بین پایبندی مذهبی و اختلالات روانی را نشان داده‌اند. هرچه پایبندی مذهبی بیشتر باشد، اختلالات روان‌شناختی کمتر است. در پژوهش بوچالز و همکاران (۲۰۱۹) افرادی که خود را کاتولیک معرفی کردند، نسبت به افرادی که خود را پروتستان، یهودی یا بدون مذهب معرفی می‌کردند، بیشترین میزان وسواس مذهبی را داشتند. وسواس مذهبی با شدت علائم OCD در سطح گسترده و با میزانی از علائم همراه بود و اندازه این روابط با پایبندی مذهبی متفاوت بود. برزگر بفروئی و جان‌بزرگی (۱۳۹۱) نشان دادند پایبندی مذهبی و اضطراب امتحان رابطه منفی معناداری دارند. شمس و میلوسویک در پژوهشی در دو گروه با پایبندی بالا و پایین مذهبی، نقش مذهب را در باورها و علائم OCD بررسی کردند. نتایج پژوهش نشان داد مذهب بیشتر به‌عنوان یک عامل زمینه‌ای برای نحوه بروز علائم OCD است تا اینکه یک عامل تعیین‌کننده در خود اختلال باشد (شمس و میلوسویک، ۲۰۱۳). اینوزو و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که روان‌رنجوری و درجاتی از دینداری، باورهای ناکارآمد شناختی را پیش‌بینی می‌کنند که به طور مثبت با احساس گناه و خودتنبیهی همراه هستند که هر دو سبب پیش‌بینی بروز وسواس مذهبی و دیگر علائم وسواس فکری عملی می‌شوند. کورونو و همکاران (۲۰۰۳)؛ به نقل از نظیری و همکاران (۱۳۸۴) در مطالعه‌شان برای بررسی رابطه اختلالات روان‌شناختی و پایبندی مذهبی نشان دادند که رابطه معناداری بین آنها وجود ندارد. الاتونزی و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند احساس گناه مرضی با نشانه‌های وسواس-بی‌اختیاری همبستگی قوی دارند. کاویانی و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند احساس گناه مرضی با نمره کل نشانه‌های وسواس-بی‌اختیاری رابطه‌ای معنادار دارد و این ارتباط معنادار نشان می‌دهد احساس گناه مرضی فزاینده‌تر از باورهای مرتبط با فرهنگ است و احتمالاً با آسیب‌شناسی وسواس-بی‌اختیاری ارتباط دارد. شاپیرو و استوارت (۲۰۱۱) بیان کردند احساس گناه مرضی محدود به خرده‌مقیاس وسواس مذهبی-اخلاقی نیست، بلکه تقریباً در تمام خرده‌مقیاس‌ها می‌تواند رخ دهد. تحقیقات المپیو و همکاران (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که بیماران OCD مستعدتر به احساس گناه نسبت به اختلالات اضطرابی هستند. احساس گناه با شدت علائم OCD دارای همبستگی معنادار است و با تمام خرده‌مقیاس‌های OCD و با نمره کل OCD رابطه دارد. شاپ‌جانکر و همکاران (۲۰۱۰)، در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که بین تصور فرد از خدا با افکار وسواسی همبستگی معناداری وجود دارد.

گرچه مطالعات پیشین به عوامل مؤثر بر شدت و علائم وسواس فکری و عملی پرداخته‌اند، اما هیچ‌یک از پژوهش‌ها مدلی به این گستردگی ارائه نکرده است. متغیرهای پیش‌بین پژوهش شامل سطح تحول روانی-معنوی، خداینداشت، خداینداره، پایبندی مذهبی و احساس گناه از متغیرهای مهم درمان چندبعدی معنوی است. الگوی درمان چندبعدی معنوی جان‌بزرگی با ویژگی‌های قابل توجه خود؛ یعنی «اصالت دادن به بعد معنوی انسان» و «کاملاً برگرفته شده از متون دینی» و «همخوان با منابع علمی و فرهنگ اسلامی ایرانی» در جوامع علمی مطرح شده است. پژوهش‌های فراوانی رابطه بین این متغیرها و اختلالات روانی را نشان داده‌اند. در این مدل درمان تکنیک‌های مختلفی برای بهبود اختلال در این زمینه‌ها ارائه شده است. پژوهش‌های انصاری و همکاران (۱۳۹۷)، توپچی (۱۴۰۰)، جان‌بزرگی و سرآبادانی تفرشی (۱۳۹۷)، جان‌بزرگی و همکاران (۱۳۹۰) مؤید اثربخشی این روش درمان در OCD است. از آنجا که شیوع و بروز اختلالات روان‌شناختی رو به افزایش است و با وجود مطالعات فراوان دال بر اثربخشی درمان‌های معنوی و دین‌محور در کاهش و رفع مشکلات روان‌شناختی و نیز با توجه به مسئله مطرح‌شده و پیشینه پژوهش‌های فراوان در زمینه متغیرهای پژوهش و ارتباط آنها با یکدیگر، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر متغیرهای درمان چندبعدی معنوی (سطح تحول روانی-معنوی، پایبندی مذهبی، خداینداشت، خداینداره، احساس گناه مرضی) بر شدت وسواس و علائم اختلال وسواس-بی‌اختیاری با میانجی‌گری باورهای ناکارآمد شناختی از راه تحلیل مسیر انجام شده است و به دنبال پاسخگویی به این سؤال اصلی می‌باشد که آیا شدت وسواس و علائم وسواس فکری و عملی را می‌توان از راه سطح تحول، پایبندی مذهبی، خداینداره، خداینداشت و احساس گناه با میانجی‌گری باورهای ناکارآمد شناختی پیش‌بینی کرد؟

## روش

طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری روش تحلیل مسیر است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه افراد هجده سال و بالاتر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم در سال ۱۴۰۰ با شکایت اصلی اختلال وسواس-بی‌اختیاری به تعداد ۶۰۰ نفر بودند که با مصاحبه بالینی، تشخیص OCD دریافت کرده بودند. پرسشنامه‌های این پژوهش به روش آنلاین برای اعضای جامعه (۶۰۰ نفر) ارسال شد. در انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند (در دسترس) استفاده شد. با توجه به تعداد متغیرهای پژوهش و روش تحلیل داده‌ها که تحلیل مسیر بود، تعداد ۲۴۰ نفر به‌عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. اعضای نمونه با پاسخ دادن به پرسشنامه وسواس «بیل-براون» و نمره شدت وسواس بالاتر از ۹ براساس خط برش هنجار شده انتخاب

شدند و به پرسشنامه باورهای ناکارآمد شناختی، پرسشنامه احساس گناه گوگلر و جونز و پرسشنامه‌های تحول روانی-معنوی، پایبندی مذهبی، خودپنداره-خداپنداره جان‌بزرگی پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل مسیر و با نرم‌افزار لیزرل و SPSS تحلیل شدند.

### ابزارهای پژوهش

#### پرسشنامه باورهای ناکارآمد و سواسی (OBQ 44)

پرسشنامه باورهای ناکارآمد شناختی<sup>۱</sup> (OBQ): این پرسشنامه شامل ۴۴ پرسش است که ابعاد بیماری‌زایی را در حیطه شناختی بیماران مبتلا به وسواس مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه را کارگروه شناخت‌های اختلال وسواسی طراحی و تهیه کردند. این آزمون در ایران به وسیله شمس و همکاران (۲۰۰۵) هنجاریابی شد که در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۹۲، ضریب همبستگی به روش دو نیمه‌سازی ۰/۹۴، ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۲ و روایی آن با دو پرسشنامه وسواس فکری-عملی<sup>۲</sup> (R-OCI) و وسواسی-جبری مادزلی، ۰/۵۰ گزارش شده است (شهامت دسرخ، ۱۳۹۶). در ایران، پایایی همزمان، ثبات درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب دو نیمه‌سازی با عنوان همبستگی اصلاح‌شده ۰/۹۴ برآورد شد و برای مصاحبه پایایی غیرهمزمان از ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۲ به دست آمد. پرسشنامه OBQ-۴۴ در شرایط خاص ایران از ثبات درونی بالایی برخوردار است. روایی پرسشنامه OBQ-۴۴ با محاسبه همبستگی نمره‌های آن با نمره‌های حاصل از پرسشنامه MOCI بررسی شد که مقدار آن ۰/۵ به دست آمد که معنادار بود (شمس و صادقی، ۱۳۸۵؛ شمس و همکاران، ۲۰۰۵).

#### پرسشنامه وسواس ییل-براون

به منظور بررسی شدت و انواع وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها از پرسشنامه ییل براون استفاده شد. این مقیاس را گودمن و همکاران در سال ۱۹۸۹ تهیه و تدوین کردند. ییل براون، وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها را جداگانه بررسی می‌کند که دو بخش دارد: سیاهه نشانه و مقیاس شدت. سیاهه نشانه خرده‌مقیاس‌ها را نشان می‌دهد و در افکار وسواسی شامل وسواس‌های پرخاشگرانه، آلودگی، جنسی، احتکار، مذهبی، تقارن و نظم، متفرقه و جسمی و در رفتارهای وسواسی شامل شستشو و نظافت، وارسی، آداب تکرار، شمارش، نظم و ترتیب، احتکار و متفرقه است. این نشانه‌ها در

1. Obsessional Beliefs Questionnaire-44 (OBQ)

2. Obsessive Compulsive Inventory-Revised



مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و به صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شوند. مقیاس شدت، شدت وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها را در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای در پنج بعد فراوانی، تداخل در کارکردها، آشفتگی ذهنی، میزان مقاومت و کنترل نشانه‌ها ارزیابی می‌کند. یافته‌ها ثبات درونی دوبخش سیاهه نشانه (SC) و مقیاس شدت (SS) را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دونیمه‌سازی برای SC و SS را به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۹۹ به دست آورده‌اند (راجزی اصفهانی و همکاران، ۱۳۹۰).

#### مقیاس سطح تحول روانی-معنوی

جان‌بزرگی و فاخر (۱۳۹۰) این پرسشنامه را با جهت‌گیری فرهنگی و دینی، براساس معیارهای بالینی مراجعان مذهبی در مراحل مختلف روانی-معنوی تهیه کرده که جنیا (۱۹۹۵) آن را گزارش کرده است. این ابزار پانزده ماده و هر ماده چهار گزینه دارد که منطبق با چهار مرحله تحول روانی-معنوی است. برای بررسی همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی، روی ۳۴۱ دانشجوی مؤنث اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۸ برای آن به دست آمد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات نیز به ترتیب ۱۰/۴۴ و ۶/۷۰۱ گزارش شد. برای محاسبه نمره پرسشنامه سطح تحول روانی معنوی پاسخ‌های افراد به گزینه‌های هر سؤال در عدد نشانگر سطح تحول روانی-معنوی ضرب می‌شود و در نهایت اعداد به دست آمده برای محاسبه نمره سطح تحول روانی-معنوی با یکدیگر جمع می‌شوند (سرآبادانی تفرشی و جان‌بزرگی، ۱۳۹۷).

#### مقیاس خود پنداره-خدا پنداره

این پرسشنامه براساس مفاهیم مذهبی اسلامی و جهت‌گیری فرهنگی و دینی تهیه شده است و برای سنجش میزان تصورات خودساخته از خداوند (خداپنداره) و همچنین مفهوم‌پردازی مبتنی بر منابع اصیل قرآن کریم از خداوند (خداپنداشت) و نیز مفهوم خودپنداره (مفهوم‌پردازی خود از نگاه دیگران) و مفهوم‌پردازی فاعلی و واقعی از خود (خودپنداشت) ساخته شده است. این مفاهیم براساس چارچوب نظری درمان چندبعدی معنوی (جان‌بزرگی و غروی‌راد، ۱۳۹۵) پردازش شده‌اند. این ابزار ۴۰ سؤال دارد که ۲۵ سؤال مربوط به خداپنداره و ۱۵ سؤال مربوط به خودپنداره است. هر سؤال آن دارای چهار گزینه کاملاً موافق، موافق، مخالف، کاملاً مخالف است. برای بررسی همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی روی ۶۲۸ دانشجوی مقطع کارشناسی اجرا شد. پایایی پرسشنامه به روش همبستگی آزمون-آزمون مجدد در خداپنداره ۰/۵۸۲ است. ضریب

آلفای کرونیباخ پرسشنامه نیز  $\alpha = 0/815$  به دست آمد و تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی ۴ عامل در پاسخ شرکت‌کنندگان شناسایی کرد که شامل ۷ سؤال خودپنداره، ۸ سؤال خودپنداشت، ۱۴ سؤال خداپنداره و ۱۱ سؤال خداپنداشت بود (سرآبادانی تفرشی و جان‌بزرگی، ۱۳۹۸).

### مقیاس پایبندی مذهبی

جان‌بزرگی و همکاران (۱۳۹۱) پرسشنامه پایبندی مذهبی را با هدف ساخت ابزار سنجش مذهبی تدوین کرده است که شامل سه عامل پایبندی مذهبی، دوسوگرایی مذهبی و ناپایبندی مذهبی است. روش ساخت آن دارای دو مرحله بررسی مدارک و اجرای میدانی می‌باشد؛ در مرحله بررسی مدارک به جمع‌آوری آیات قرآن کریم درباره پایبندی مذهبی و بررسی محتوای نهج‌البلاغه به‌عنوان دو منبع معتبر مذهبی پرداخته شده و بر این اساس در قرآن، تمامی آیاتی که در توصیف مؤمنان بیان شده است و در نهج‌البلاغه، ویژگی‌های پرهیزگاران که در خطبه همام (خطبه ۱۹۳) آمده، استخراج و گردآوری شده است. سپس برای هر عبارت مذهبی، جمله فارسی ساده‌ای به صورت یک جمله خبری با زبان اول شخص تدوین شده و عبارات برای سنجش روایی آنها به سه نفر روان‌شناس و سه نفر کارشناس مذهبی ارائه گردیده است. پس از تجربه و تحلیل عبارات‌ها، عباراتی که دست‌کم مورد توافق دو نفر نبوده، و نیز گویه‌های مشابه و گویه‌هایی که همبستگی کافی با نمره کل نداشته‌اند، حذف شده و در نهایت ۶۰ گویه باقی مانده است. از این تعداد، عامل اول پایبندی مذهبی شامل ۲۲ گویه، عامل دوم دوسوگرایی مذهبی شامل ۲۱ گویه و عامل سوم ناپایبندی مذهبی شامل ۱۷ گویه است. ضریب همسانی درونی کل آزمون برابر (۰/۸۱۶)، ضریب همسانی درونی عامل پایبندی مذهبی (۰/۸۷۸)، ضریب همسانی درونی عامل دوسوگرایی مذهبی (۰/۶۸۷) و ضریب همسانی درونی عامل ناپایبندی مذهبی (۰/۷۲۵) محاسبه شده است. روایی این آزمون با تحلیل عاملی و آزمون معادل جهت‌گیری مذهبی آلپورت مورد بررسی قرار گرفته و ضریب همبستگی نمره‌های دو آزمون با تعداد ۶۰ نفر از میان دانشجویان (۰/۴۷) محاسبه شده که در سطح ( $p < 0/01$ ) معنادار بوده است. ضریب آلفای کرونیباخ ۰/۸۰۱ می‌باشد که همسانی درونی مطلوبی را نشان می‌دهد (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۱).

### مقیاس احساس گناه مرضی

پرسشنامه احساس گناه یکی از ابزارهای خودسنجی تهیه‌شده در زمینه احساس گناه است. این پرسشنامه را کوگلر و جونز بین سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۲ ساخته، و پس از آن اصلاح و تکمیل کرده‌اند. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه و سه خرده‌مقیاس است: خصیصه گناه، حالت گناه و

معیارهای اخلاقی. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد. حداقل امتیاز ممکن ۴۵ و حداکثر ۲۲۵ است. در ایران روایی محتوایی و صوری پرسشنامه از سوی نظیری و همکاران (۱۳۸۴) مورد تأیید قرار گرفت. پایایی حاصل از بازآزمایی در یک فاصله ده هفته‌ای برای خرده‌مقیاس معیارهای اخلاقی ۰/۸۱٪، برای خصیصه گناه ۰/۷۲٪ و برای حالت گناه ۰/۵۶٪ ذکر شده است (نظیری و همکاران، ۱۳۸۴).

### یافته‌ها

مطابق اطلاعات توصیفی افراد شرکت‌کننده در پژوهش براساس متغیر جنسیت، ۷۹/۶ درصد آنها زن و ۲۰/۴ درصد آنها مرد بودند. ۳۴/۷ درصد افراد شرکت‌کننده در تحقیق از تحصیلات دیپلم و زیردیپلم، ۳/۳ درصد تحصیلات افراد شرکت‌کننده در تحقیق تحصیلات فوق‌دیپلم، ۵۰/۴ درصد کارشناسی، ۱۰/۴ درصد کارشناسی ارشد و ۰/۴ درصد از تحصیلات دکتری برخوردار بودند. ۳۶/۴ درصد از افراد شرکت‌کننده در پژوهش مجرد و ۶۲/۸ درصد متأهل بودند. ۱۵/۲۹ درصد از افراد شرکت‌کننده در تحقیق زیر ۲۰ سال، ۲۶/۸۶ درصد بین ۲۱ تا ۲۵ سال، ۱۷/۷۷ درصد بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۲۲/۷۳ درصد بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۱۲/۸۱ درصد بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۳/۷۲ درصد هم بالای ۴۰ سال بودند.

اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. یافته‌های این جدول نشان می‌دهد مقدارهای کشیدگی و چولگی هیچ‌یک از متغیرها از محدوده +۲ و -۲ خارج نیست؛ این امر نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها است. با این وصف مفروضه مطالعه مبنی بر نرمال بودن داده‌های تحقیق و استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول شماره ۱: اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

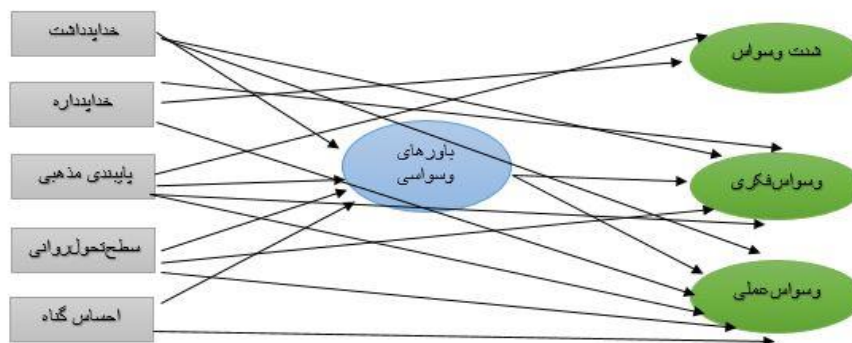
| متغیر                   | تعداد | میانگین | انحراف معیار | کمینه | بیشینه | کشیدگی | چولگی |
|-------------------------|-------|---------|--------------|-------|--------|--------|-------|
| خداپنداشت               | ۲۴۰   | ۲۷/۳۲   | ۶/۶۱         | ۱۱    | ۴۶     | -۰/۱۵  | -۰/۴۴ |
| خداپنداره               | ۲۴۰   | ۳۳/۳۹   | ۷/۲۵         | ۱۴    | ۶۴     | ۲/۳    | ۰/۴۶  |
| پابندی مذهبی            | ۲۴۰   | ۱۰۸/۴۸  | ۲۲/۶۷        | ۶۳    | ۱۵۴    | -۰/۹۲  | -۰/۴۵ |
| سطح تحول روانی معنوی    | ۲۴۰   | ۹۰/۷۷   | ۲۴/۰۲        | ۳۸    | ۱۴۸    | -۰/۴۳  | -۰/۲۱ |
| احساس گناه              | ۲۴۰   | ۱۴۳/۶۲  | ۱۷/۳۹        | ۱۰۹   | ۲۳۸    | ۱/۸۴   | ۰/۹۶  |
| باورهای ناکارآمد شناختی | ۲۴۰   | ۱۹۳/۴۷  | ۵۳/۷۹        | ۷۷    | ۲۹۳    | -۰/۷۷  | ۰/۱۳  |
| شدت وسواس               | ۲۴۰   | ۲۸/۱    | ۹/۶۵         | ۹     | ۵۱     | -۰/۴۸  | ۰/۱۲  |
| وسواس فکری              | ۲۴۰   | ۵۲      | ۳۵/۶۲        | ۰     | ۱۵۹    | -۰/۵۸  | ۰/۵۸  |
| وسواس عملی              | ۲۴۰   | ۲۸      | ۲۰/۲۱        | ۰     | ۸۰     | -۰/۵۷  | ۰/۵۴  |

مفروضه هم‌خطی بودن به وسیله عامل تورم واریانس (VIF) و ضریب تحمل (Tolerance) سنجیده شد. نتایج این دو ضریب در جدول ۲ ارائه شده است. این جدول نشان می‌دهد که مفروضه هم‌خطی چندگانه برقرار است، زیرا مقادیر ضریب تحمل کمتر از ۱ و مقادیر تورم واریانس برای هر یک از متغیرهای پیش‌بین بالاتر از ۱۰ نیست.

جدول ۲: بررسی عامل تورم واریانس و ضریب تحمل متغیرهای پیش‌بین

| متغیرهای تحقیق       | ضریب تحمل | تورم واریانس (VIF) |
|----------------------|-----------|--------------------|
| خداینداشت            | ۰/۵۲      | ۱/۹                |
| خداینداره            | ۰/۶۲      | ۱/۶                |
| پایبندی مذهبی        | ۰/۶۲      | ۱/۵۹               |
| سطح تحول روانی معنوی | ۰/۷۱      | ۱/۴                |
| احساس گناه           | ۰/۹۶      | ۱/۰۴               |

برای بررسی مدل ساختاری، برازش پیش‌بینی شدت وسواس و وسواس فکری و عملی براساس متغیرهای خداینداشت، خداینداره، پایبندی مذهبی، سطح تحول روانی و احساس گناه با میانجی‌گری باورهای ناکارآمد شناختی مورد بررسی قرار گرفت. شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۱: مدل ساختاری پیشنهادی پژوهش

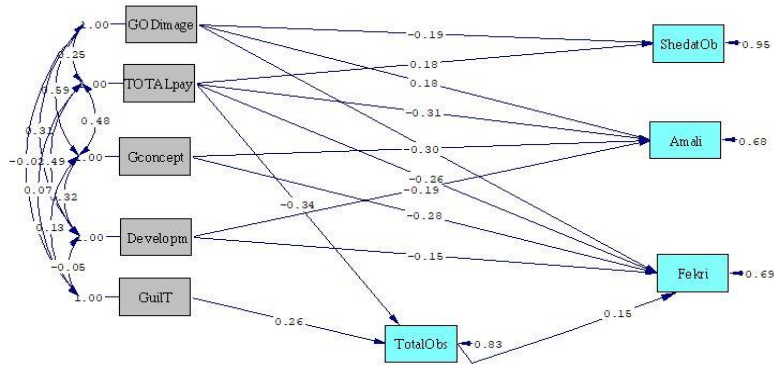
برای بررسی مدل مفهومی، نخست روابط ساده همبستگی بین متغیرهای تحقیق با استفاده از روش همبستگی پیرسون محاسبه شد؛ نتایجی که در جدول ۲ آمده است، نشان می‌دهد که روابط معناداری بین متغیرهای پژوهش وجود دارد (معناداری در سطح ۰/۰۰۱).

جدول ۲: ضریب همبستگی بین متغیرهای تحقیق

| متغیر                     | ضریب همبستگی | ۱       | ۲      | ۳       | ۴       | ۵      | ۶       | ۷      | ۸       | ۹       |
|---------------------------|--------------|---------|--------|---------|---------|--------|---------|--------|---------|---------|
| خدا پنداشت ۱              | ضریب همبستگی | 1.00    | .586** | .483**  | .320**  | .131*  | -.174** | 0.10   | -.398** | -.397** |
|                           | معنی داری    |         | 0.00   | 0.00    | 0.00    | 0.04   | 0.01    | 0.11   | 0.00    | 0.00    |
| خدا پنداره ۲              | ضریب همبستگی | .586**  | 1.00   | .254**  | .315**  | -.02   | -.06    | -.144* | -.150*  | -.128*  |
|                           | معنی داری    | 0.00    |        | 0.00    | 0.00    | 0.77   | 0.38    | 0.03   | 0.02    | 0.05    |
| پابندی مذهبی ۳            | ضریب همبستگی | .483**  | .254** | 1.00    | .493**  | 0.07   | -.326** | .136*  | -.481** | -.496** |
|                           | معنی داری    | 0.00    | 0.00   |         | 0.00    | 0.27   | 0.00    | 0.04   | 0.00    | 0.00    |
| سطح تحول روانی معنوی ۴    | ضریب همبستگی | .320**  | .315** | .493**  | 1.00    | -.005  | -.328** | 0.03   | -.376** | -.375** |
|                           | معنی داری    | 0.00    | 0.00   | 0.00    |         | 0.43   | 0.00    | 0.68   | 0.00    | 0.00    |
| احساس گناه ۵              | ضریب همبستگی | .131*   | -.02   | 0.07    | -.05    | 1.00   | .234**  | 0.07   | -.10    | -.131*  |
|                           | معنی داری    | 0.04    | 0.77   | 0.27    | 0.43    |        | 0.00    | 0.28   | 0.11    | 0.04    |
| باورهای ناکارآمد شناختی ۶ | ضریب همبستگی | -.174** | -.06   | -.326** | -.328** | .234** | 1.00    | 0.03   | .327**  | .278**  |
|                           | معنی داری    | 0.01    | 0.38   | 0.00    | 0.00    | 0.00   |         | 0.60   | 0.00    | 0.00    |
| شدت وسواس ۷               | ضریب همبستگی | 0.10    | -.144* | .136*   | 0.03    | 0.07   | 0.03    | 1.00   | .329**  | .356**  |
|                           | معنی داری    | 0.11    | 0.03   | 0.04    | 0.68    | 0.28   | 0.60    |        | 0.00    | 0.00    |
| وسواس فکری ۸              | ضریب همبستگی | -.398** | -.150* | -.481** | -.376** | -.10   | -.327** | .329** | 1.00    | .923**  |
|                           | معنی داری    | 0.00    | 0.02   | 0.00    | 0.00    | 0.11   | 0.00    | 0.00   |         | 0.00    |
| وسواس عملی ۹              | ضریب همبستگی | -.397** | -.128* | -.496** | -.375** | -.131* | .278**  | .356** | .923**  | 1.00    |
|                           | معنی داری    | 0.00    | 0.05   | 0.00    | 0.00    | 0.04   | 0.00    | 0.00   | 0.00    | 0.00    |

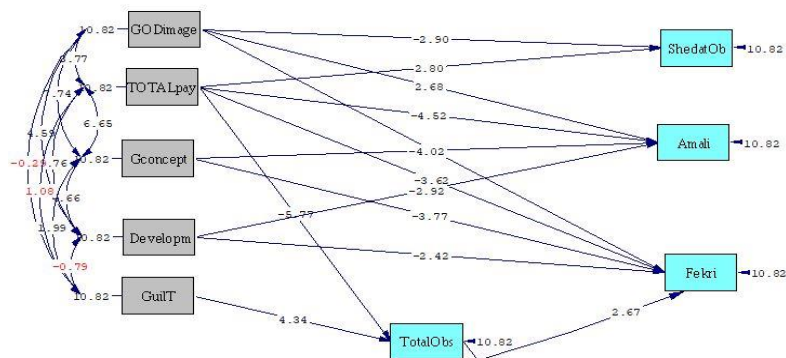
در ادامه تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته و همچنین معناداری آن با استفاده از روش تحلیل مسیر بررسی شد. به منظور ارزیابی و بررسی ساختار ارتباطی متغیرهای موجود در مدل پیشنهادی پژوهش و نیز آزمون نقش واسطه‌گری متغیر باورهای ناکارآمد شناختی در رابطه میان متغیرهای خداپنداشت، خداپنداره، پابندی مذهبی، سطح تحول روانی-معنوی و احساس گناه و شدت وسواس و وسواس فکری و عملی با میانجی‌گری باورهای وسواسی با استفاده از روش آماری تحلیل مسیر مورد آزمون قرار گرفت.

شکل ۱ و ۲ ضرایب مسیر و مقادیر  $t$  تحلیل مسیر را نشان می‌دهد.



Chi-Square=357.92, df=63, P-value=0.4948, RMSEA=0.037

شکل ۱: ضرایب مسیر (استاندارد)



Chi-Square=357.92, df=63, P-value=0.4948, RMSEA=0.037

شکل ۲: مقادیر t (معناداری)

نتایج مربوط به بررسی این مدل در جدول ۳ آمده است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود: متغیر خداینداره تأثیر منفی و معنادار بر شدت وسواس و تأثیر مثبت و معنادار بر وسواس عملی و وسواس فکری دارد. متغیر خداینداشت تأثیر منفی و معنادار بر وسواس عملی و وسواس فکری دارد.

متغیر پایبندی مذهبی تأثیر مثبت و معنادار بر شدت وسواس و تأثیر منفی و معنادار بر وسواس عملی و وسواس فکری دارد؛ همچنین متغیر پایبندی مذهبی تأثیر منفی و معنادار بر باورهای ناکارآمد شناختی دارد.

متغیر سطح تحول روانی-معنوی تأثیر منفی و معنادار بر وسواس عملی و وسواس فکری دارد. متغیر احساس گناه تأثیر مثبت و معنادار بر باورهای ناکارآمد شناختی دارد و متغیر باورهای ناکارآمد شناختی تأثیر مثبت و معنادار بر وسواس فکری دارد.

جدول ۳: بررسی تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیرهای میانجی

| متغیرهای مستقل (یا متغیرهای X) | مقصد رابطه متغیر وابسته (یا متغیر Y) | ضرایب تأثیر استاندارد | آماره T | معناداری |
|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------|----------|
| خداپنداشت                      | وسواس عملی                           | -۰/۳۰                 | -۴/۰۲   | معنادار  |
| خداپنداشت                      | وسواس فکری                           | -۰/۲۸                 | -۳/۷۷   | معنادار  |
| خداپنداره                      | وسواس عملی                           | ۰/۱۸                  | ۲/۶۸    | معنادار  |
| خداپنداره                      | وسواس فکری                           | ۰/۱۴                  | ۱/۹۸    | معنادار  |
| خداپنداره                      | شدت وسواس                            | -۰/۱۹                 | -۲/۹    | معنادار  |
| پایبندی مذهبی                  | وسواس عملی                           | -۰/۳۱                 | -۴/۵۲   | معنادار  |
| پایبندی مذهبی                  | وسواس فکری                           | -۰/۲۶                 | -۳/۶۲   | معنادار  |
| پایبندی مذهبی                  | شدت وسواس                            | ۰/۱۸                  | ۲/۸     | معنادار  |
| پایبندی مذهبی                  | باورهای ناکارآمد شناختی              | -۰/۳۴                 | -۵/۷۷   | معنادار  |
| سطح تحول روانی                 | وسواس عملی                           | -۰/۱۹                 | -۲/۹۲   | معنادار  |
| سطح تحول روانی                 | وسواس فکری                           | -۰/۱۵                 | -۲/۴۲   | معنادار  |
| احساس گناه                     | باورهای ناکارآمد شناختی              | ۰/۲۶                  | ۴/۳۴    | معنادار  |
| باورهای ناکارآمد شناختی        | وسواس فکری                           | ۰/۱۵                  | ۲/۶۷    | معنادار  |

در ادامه مقادیر t مسیرهای غیر مستقیم مدل اصلاح شده با استفاده از آزمون Z سوبل در جدول ۴ ارائه می‌شود.

جدول ۴: مقادیر t مسیرهای غیر مستقیم مدل نهایی

| مبدأ رابطه متغیرهای مستقل (یا متغیرهای X) | مقصد رابطه متغیر وابسته (یا متغیر Y) | متغیر میانجی            | مقدار t | آماره Z sobel | سطح معناداری |
|---|--------------------------------------|-------------------------|---------|---------------|--------------|
| پایبندی مذهبی                             | وسواس فکری                           | باورهای ناکارآمد شناختی | ۱۵/۴    | ۲/۴۵          | ۰/۰۱         |
| احساس گناه                                | وسواس فکری                           | باورهای ناکارآمد شناختی | ۱۱/۵۸   | ۲/۳۱          | ۰/۰۲         |

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، مسیرهای غیر مستقیم پایبندی مذهبی و احساس گناه به

وسواس فکری با میانجی‌گری باورهای ناکارآمد شناختی معنا دارند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که متغیر میانجی باورهای ناکارآمد شناختی در رابطه بین متغیرهای بالا در این مدل مفهومی معناداری لازم را دارد.

از سوی دیگر برازش مدل با معیارهای آماری مطلوب هم مطابقت دارد (جدول ۵)؛ گرچه برخی شاخص‌های برازش در حد مطلوبی قرار ندارند، ولی در مجموع می‌توان با در نظر گرفتن تمامی شاخص‌های برازندگی مدل، مدل پژوهش را قابل پذیرش دانست.

جدول ۵: شاخص‌های برازش مدل

| شاخص‌ها             | مقدار  | ملاک                      |
|---------------------|--------|---------------------------|
| $\chi^2$            | ۳۵۷/۹۲ | غیر معنادار ( $p = .00$ ) |
| $\frac{\chi^2}{df}$ | ۵/۶۸   | $5 <$                     |
| GFI                 | ۰/۸۵   | $.9 >$                    |
| AGFI                | ۰/۹۴   | $.9 >$                    |
| CFI                 | ۰/۸۵   | $.9 >$                    |
| NFI                 | ۰/۸۶   | $.9 >$                    |
| NNFI                | ۰/۸۲   | $.9 >$                    |
| RMSEA               | ۰/۰۳   | $0.08 <$                  |
| PGFI                | ۰/۲    | $.5 >$                    |

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل مسیر مدل نشان داد، متغیر خداینداره تأثیر مثبت و معنادار بر علائم وسواس عملی و فکری دارد؛ یعنی با افزایش خداینداره، علائم وسواس فکری و عملی افزایش می‌یابد و نیز متغیر خداینداشت تأثیر منفی و معنادار بر علائم وسواس عملی و فکری دارد. پس با افزایش خداینداشت، علائم وسواس فکری و عملی کاهش می‌یابد. این نتایج با پژوهش‌های توپچی (۱۴۰۰)، مهدوی و دانش (۱۳۹۶)، انصاری و جان‌بزرگی (۱۳۹۵)، حدادی‌کوهسار و غباری‌بناب (۱۳۸۸)، الیمپیو و همکاران (۲۰۱۳)، شاپیرو و استوارت (۲۰۱۱)، اینوزو و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این موضوع می‌توان گفت، براساس نظریه درمان چندبعدی معنوی، خداینداره یعنی تصویری که فرد به دلایل مختلف (مانند تکامل یافته تصویر والدینی) از خدا در ذهن ساخته و دارای کارکرد خاص خود است. چنین خدایی در ذهن قابل مدیریت است و می‌توان بر آن تسلط یافت یا آن را نادیده گرفت. خداینداشت مفهومی است که خداوند به انسان بالغ و عاقل از راه عقل و وحی می‌آموزد. فرد با آموختن آن به واقعیت نزدیک‌تر شده، کارکرد واقعی‌تر در زندگی خواهد یافت



(جان‌بزرگی، ۱۳۹۸). در درمان چندبعدی معنوی فرض بر این است که ناهمگونی پنداره‌ها با پنداشت‌ها در حوزه‌های کلی ادراکی (خدا، غایت، خود، دنیا و دیگران) زمینه آسیب‌شناسی روانی-معنوی را فراهم می‌کند و تلاش بر این است که فرد از پنداره‌ها فاصله بگیرد و به مفاهیم واقعی (پنداشت) حوزه ادراکی خود نزدیک شود. خداپنداره‌ای که در دوره کودکی شکل گرفته، همچون والد سرزنش‌گری است که به جای حمایت و دلجویی، فرد را سرزنش و به‌طور ناعادلانه مجازات می‌کند. چنین شخصی بین خطاهای خود و مجازات خداوند نمی‌تواند رابطه منطقی برقرار کند. نمره بالا در خداپنداره به معنای نداشتن مفهوم واقعی خدا در ذهن است. کسی که خداوند را در ذهن خود براساس مفاهیم واقعی که در قرآن کریم آمده، مفهوم‌پردازی نمی‌کند و خداوند بیشتر فراقنی‌چهره والدینی است؛ چنین شخصی حوادث سخت زندگی را به خداوند و مجازات او نسبت می‌دهد و در پس هر حادثه به‌طور ناخودآگاه اراده و مشیت انتقام‌جویانه خدا را جستجو می‌کند. طبیعی است احساس خوبی نسبت به خود ندارد و احساس بی‌ارزشی می‌کند و خود را شایسته دوست داشتن خدا و دیگران نمی‌داند، عزت نفس او کاهش می‌یابد و احساس بی‌کفایتی می‌کند. چنین شخصی بیش از دیگران آسیب روانی را تجربه می‌کند. فرد پیش از مواجهه با رفتارهای وسواسی با سوءتعبیر افکار ناخواسته‌اش آشنا می‌شود. چنین سوءتعبیرهایی معمولاً این نگرانی را برای فرد به‌وجود می‌آورند که واکنش‌های فرد می‌تواند به خسارت و آسیب به خود یا دیگران بینجامد؛ بنابراین برای کاهش این نگرانی‌ها به رفتارهای وسواسی متصل می‌شود. تحقیقات تجربی نشان می‌دهند که ترس از خسارت و آسیب در فرهنگ‌های دینی جهت‌گیری مذهبی-اخلاقی پیدا می‌کنند و با سوءبرداشت در مورد خداوند و قوانین الهی و خداپنداشت غلط، نگاه نادرست به عذاب اخروی و معنادهی‌های منفی در مورد خود همراه است. این افکار فرد را با خدای سختگیر، غضب‌کننده، طردکننده و احساس بی‌ارزشی روبه‌رو خواهد کرد و زمینه افزایش OCD را فراهم می‌کند.

نتایج تحلیل مسیر مدل نشان داد، متغیر پایبندی مذهبی تأثیر منفی و معناداری بر علائم وسواس فکری و عملی دارد؛ یعنی با افزایش پایبندی مذهبی، علائم وسواس فکری و عملی کاهش می‌یابد. این نتایج با یافته‌های نظیری و همکاران (۱۳۸۳) و بخشی از پژوهش کوئینگ (۲۰۰۹)، بوچالز و همکاران (۲۰۱۹)، شمس و میلوسویک (۲۰۱۳) همسو است؛ درحالی‌که با نتایج پژوهش‌های کورونو و همکاران، (۲۰۰۳)؛ به نقل از نظیری و همکاران، (۱۳۸۴) ناهمسو است. افرادی که پایبندی مذهبی دارند، بدون تردید رفتار خود را براساس معیارهای مذهبی تنظیم می‌کنند و می‌کوشند همه رفتارهای خود را براساس مذهب طراحی کنند، مناسک مذهبی را به‌جا آورند. روابط خود را براساس اصول اسلامی تنظیم کنند و اهل ذکر و مناجات باشند که سبب کاهش علائم وسواس فکری و علائم وسواس عملی می‌شود.

همچنین یافته‌ها نشان داد، متغیر پایبندی مذهبی تأثیر منفی و معناداری بر باورهای ناکارآمد شناختی دارد و متغیر باورهای ناکارآمد شناختی تأثیر مثبت و معناداری بر وسواس فکری دارد؛ بنابراین متغیر پایبندی مذهبی با میانجی‌گری باورهای ناکارآمد شناختی، علائم وسواس فکری را پیش‌بینی می‌کند. با افزایش پایبندی مذهبی، باورهای ناکارآمد شناختی کاهش می‌یابد و کاهش علائم وسواس فکری را به دنبال دارد. در تبیین این موضوع می‌توان گفت، براساس نظریه درمان چندبعدی معنوی، نداشتن پایبندی مذهبی همراه با برداشت‌های نادرست مذهبی، پیش‌بینی‌کننده باورهای ناکارآمد شناختی در اختلال وسواس-بی‌اختیاری است که زمینه‌ساز بروز علائم وسواس فکری است. ناپایبندی مذهبی، یعنی فرد هیچ تعهدی به تنظیم رفتارها براساس اصول یا دستورالعمل‌های مذهبی ندارد. در این عامل، فاصله فرد از معیارهای تعیین‌شده روشن است. افراد وسواسی برخلاف احکام شرعی، حدود شرعی اعمالشان را خود تعیین می‌کنند و براساس خداپنداره، یعنی خدای ساختگی خودشان عمل می‌کنند. در دوسوگرایی مذهبی، فرد همواره نگران و در حالت تردید مذهبی به سر می‌برد؛ بین کردار و گفتارش ناهماهنگی وجود دارد، در برابر سختی‌ها کم‌تحمل است، احساس خوبی نسبت به خود و رابطه خود با خدا ندارد، از اعمال مذهبی خود ناراضی است، میزان ناهشیاری یا غفلت او زیاد و در زندگی دارای اشتباه‌های تکراری است. برخی مشاهدات بالینی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افزایش پایبندی مذهبی سبب افزایش علائم وسواس می‌شود. کوئینگ (۲۰۰۹) در کتاب خود بیان می‌دارد که بعضاً دین و معنویت خودش علت برای اضطراب می‌شود.

نتایج تحلیل مسیر مدل نشان داد، متغیر سطح تحول روانی-معنوی تأثیر منفی و معنادار بر علائم وسواس فکری و عملی دارد؛ یعنی با افزایش سطح تحول روانی-معنوی، علائم وسواس فکری و علائم وسواس عملی کاهش می‌یابد. این نتایج با پژوهش‌های توپچی (۱۴۰۰)، جان‌بزرگی و همکاران (۱۳۹۰)، دلجو و همکاران (۱۳۹۲)، جان‌بزرگی و سرآبادانی تفرشی (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین این موضوع براساس نظریه درمان چندبعدی معنوی، معنویت به موازات تحول شناختی و تحول روانی اجتماعی متحول می‌شود؛ همچنان‌که در تحول شناختی و تحول روانی اجتماعی، اگر فرد از مرحله‌ای گذر نکند، دچار بحران، تعارض و خودمیان‌بینی می‌شود و در بزرگسالی آسیب می‌بیند. به نظر می‌رسد در تحول روانی-معنوی و باورهای شناختی نیز این مورد مصداق می‌یابد. اگر در تحول روانی-معنوی نیز فرد نتواند تمام مراحل را به‌خوبی سپری کند و یا از مرحله‌ای عبور نکند و به مرحله بعد نرسد، مستعد آسیب روانی و اختلال OCD می‌شود. هرچه سطح تحول روانی-معنوی فرد در مراحل پایین‌تر مانند مرحله نخست، دین

خودمیان‌بین و مرحله دوم، دین‌جزمی‌نگر باشد، آسیب روانی بیشتر است. با توجه به ویژگی‌های افرادی که در مرحله دوم، دین‌جزمی‌نگر قرار دارند که دارای وجدانی سختگیر، بازخوردی کامل‌گرایانه، فعالیت‌های مذهبی بی‌اختیار، در نظر گرفتن خداوند به منزله یک قضاوت‌کننده و درخواست‌کننده هستند، هماهنگ با علائم افراد دارای وسواس فکری و عملی است.

در نتایج تحلیل مسیر مدل، سطح تحول روانی-معنوی به‌طور مستقیم علائم وسواس فکری و عملی را پیش‌بینی می‌کند و با باورهای ناکارآمد شناختی رابطه معنادار ندارد. افراد مبتلا به OCD دارای باورهای ناکارآمد شناختی مانند اهمیت و کنترل فکر، ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید، احساس مسئولیت بیش از حد، ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم و کامل‌گرایی هستند و این باورها منطبق با ویژگی‌های مرحله اول و دوم سطح تحول روانی-معنوی است. این بیماران به دلیل خودمیان‌بینی و جزمی‌نگری مستعد اختلال وسواس و آسیب‌های روان‌شناختی دیگر هستند؛ بنابراین به نظر می‌رسد سطح تحول روانی-معنوی فرد، میزان باورهای ناکارآمد او را نیز مشخص می‌کند. این مسئله در مورد خداپنداشت و خداپنداره هم صدق می‌کند. مبتلابان به وسواس-بی‌اختیاری با محتوای مذهبی در کشور ما بیشترین موارد را تشکیل می‌دهند و از نوعی تحریف شناختی مزاحم درمان رنج می‌برند. پس نادیده گرفتن این افکار مداخله‌گر موجب می‌شود درمان رفتاری و حتی درمان دارویی ناموفق باشد. نتایج پژوهش نظیری و همکاران (۱۳۸۴) در ایران نشان داد که باورهای ناکارآمد دینی نسبت به باورهای ناکارآمد شناختی پیش‌بینی‌کننده بهتری برای علائم وسواس-بی‌اختیاری است که همسو با نتایج پژوهش است. آنها نتیجه گرفتند که در این صورت در کار روان‌درمانی با این بیماران باید تجدیدنظر کرد و باورهای دینی به‌عنوان یک جنبه مهم فرهنگی جامعه مورد توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان در کار بالینی قرار گیرد.

نتایج تحلیل مسیر مدل نشان داد، متغیر احساس گناه تأثیر مثبت و معنادار بر باورهای ناکارآمد شناختی دارد و باورهای ناکارآمد شناختی تأثیر مثبت و معنادار بر وسواس فکری دارد؛ بنابراین متغیر احساس گناه با میانجی‌گری باورهای ناکارآمد شناختی، علائم وسواس فکری را پیش‌بینی می‌کند. پس با کاهش احساس گناه، باورهای ناکارآمد شناختی کاهش می‌یابد و کاهش علائم وسواس فکری را به دنبال دارد. این نتایج با پژوهش‌های جان‌بزرگی و سرآبادانی تفرشی (۱۳۹۷)، الاتونزی و همکاران (۲۰۰۷)، حدادی کوهسار و غبازی بناب (۱۳۸۸)، الیمپیو و همکاران (۲۰۱۳)؛ کاویانی و همکاران (۲۰۱۵)، شاپیرو و استوارت (۲۰۱۱)، اینوزو و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این موضوع می‌توان گفت مدل‌های شناختی جدید OCD بیان می‌کند که هدف نشانه‌های OCD جلوگیری یا خنثی کردن امکان احساس گناه می‌باشد و رفتارهای

وسواسی برای جلوگیری از احساس گناه است. از دیدگاه سایکو دینامیک افراد وسواسی دارای یک وجدان بسیار سختگیرند که موجب می‌شود احساس مسئولیت افراطی، فاجعه‌سازی و سایر باورهای ناکارآمد شناختی و احساس گناه بیشتر داشته باشند. نتایج تحقیق آبرامووتیز و جاکوبی نشان می‌دهد، احساس گناه مرضی افراد مبتلا به OCD معمولاً به‌طور مستقیم در ارتباط با مذهب و معنویت بروز می‌کند.

متغیر خداینداره تأثیر منفی و معنادار و متغیر پایبندی مذهبی تأثیر مثبت و معنادار بر شدت وسواس دارد و متغیرهای پیش‌بین دیگر رابطه معناداری با شدت وسواس ندارند. این نتایج با پژوهش‌های کورنو و همکاران (۲۰۰۳) و بخشی از پژوهش کوئینگ (۲۰۰۹)، بوچالز و همکاران (۲۰۱۹)، شمس و میلوسویک (۲۰۱۳) همسو است؛ ولی با نتایج پژوهش‌های برزگر بفرئی و جان‌بزرگی (۱۳۹۱)، کاویانی و همکاران (۲۰۱۵)، ناهمسو است. توجه به بررسی سؤالاتی که شدت وسواس را بررسی می‌کنند، بیشتر تخریب عملکرد فرد در ارتباط با وسواس را نشان می‌دهند. ممکن است نمره علائم بالا باشد، ولی عملکردها مختل نباشد. این پژوهش نمره علائم و نمره شدت را دو مولفه متفاوت می‌بیند. ممکن است فرد پایبندی مذهبی بالا داشته باشد و شدت وسواس هم بالا باشد و این امر با نتایج پژوهش‌ها همسو است. شمس و میلوسویک (۲۰۱۳) معتقدند، مذهب بیشتر به‌عنوان یک عامل زمینه‌ای برای نحوه بروز علائم OCD است تا اینکه یک عامل تعیین‌کننده در شدت اختلال باشد؛ همچنین کوئینگ (۲۰۰۹) در کتاب خود بیان می‌دارد که بعضاً دین و معنویت خودش علت برای اضطراب می‌شود.

در نهایت تحلیل مسیر مدل پیشنهادی و بررسی شاخص‌های برازش مدل مانند AGFI، GFI، PGFI، RMSEA، NNFI، NFI نشان می‌دهد که مدل پیشنهادی از برازش مطلوب برخوردار است و در دامنه مطلوب قرار دارد؛ اگرچه مطالعات پیشین به عوامل مؤثر بر شدت و علائم وسواس فکری و عملی پرداخته‌اند، اما مطالعه حاضر نخستین پژوهشی است که نقش مجموعه‌ای از متغیرهای الگوی درمان چندبعدی معنوی را در باورهای ناکارآمد شناختی بیماران وسواس بررسی می‌کند. هیچ مطالعه‌ای در ادبیات موجود مدل گسترده‌ای به این شکل ارائه نکرده است و بنابراین نمی‌توان یافته‌های مربوط به مدل پیشنهادی را با آن مقایسه کرد. پژوهش‌های آینده به یافتن مدلی کامل‌تر در این زمینه کمک خواهند کرد.

### محدودیت‌ها و پیشنهادها

با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین شدت وسواس و علائم وسواس فکری و

عملی و متغیرهای درمان چندبعدی معنوی، مانند سطح تحول روانی-معنوی، خداپنداشت، خداپنداره و پایبندی مذهبی و احساس گناه ارتباط معناداری وجود دارد، پیشنهاد می‌شود با اجرای پژوهش‌های گسترده‌تر در این زمینه، مسئولان امر در دانشگاه‌ها به نظریه درمان چندبعدی معنوی و مفهوم تحول‌یافتگی روانی-معنوی توجه کنند و در تبیین آن برای دانشجویان بکوشند.

از جمله محدودیت پژوهش، جنسیت اعضای نمونه است. با توجه به اینکه بیشتر مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره زن بودند، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نمونه مورد بررسی شامل تعداد بیشتری از مردان مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری باشد.

همچنین پیشنهاد می‌شود، این پژوهش از سوی محققان در شهرهای دیگر تکرار شود تا به یافتن مدلی کامل‌تر در این زمینه کمک کند.

## منابع

۱. آردن جان، دال کورسو دانیل (۲۰۰۹)، کتاب کار برای درمان: اختلال وسواس-بی‌اختیاری، ترجمه مسعود جان‌بزرگی و میژگان آگاه هریس (۱۳۹۴)، تهران: انتشارات ارجمند.
۲. انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۴)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی‌آذر و فرهاد شاملو، تهران: انتشارات ارجمند.
۳. انصاری، حسن و مسعود جان‌بزرگی (۱۳۹۵)، «بررسی ارتباط خودپنداره با خداینداره در درمان مذهبی/ معنوی اختلالات روانی»، مجله مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۱۰، ش ۱۹، ص ۱۱۵-۱۳۰.
۴. انصاری، حسن؛ مسعود جان‌بزرگی؛ صدیقه حسینی سمنانی؛ سید محمد غروی؛ سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی (۱۳۹۷)، «طراحی روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال وسواس-بی‌اختیاری»، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۹ (۳۴)، ص ۱۶۷-۱۹۶.
۵. برزگر بفرولی، مرتضی؛ مسعود جان‌بزرگی و نیوشا بهشته (۱۳۹۱)، «نقش پایبندی مذهبی و جنسیت در اضطراب امتحان»، دوفصلنامه علمی پژوهشی مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۶، ش ۱۰، ص ۴۳-۶۱.
۶. توپچی، یاور (۱۴۰۰)، «بررسی مؤلفه‌های معنوی در افراد مبتلا به اضطراب در مقایسه با افراد غیرمبتلا به اضطراب و تبیین مفهومی آن بر اساس منابع اسلامی»، رساله علمی سطح سه، حوزه علمیه قم.
۷. توکلی، سامان و حبیب‌الله قاسم‌زاده (۱۳۸۵)، «نظریه‌ها و درمان‌های شناختی-رفتاری وسواس»، مجله تازه‌های علوم‌شناختی، س ۸، ش ۱، ص ۵۴-۷۶.
۸. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۸)، درمان چندبعدی معنوی، قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۹. جان‌بزرگی، مسعود و آسا سرآبادانی تفرشی (۱۳۹۸)، «اعتبار و روایی و ساختار عاملی پرسشنامه خودپنداره-خداینداره برای مداخله‌های معنوی»، فصلنامه علمی پژوهشی روان‌سنجی، س ۹، ش ۳۳، ص ۴۵-۶۲.

۱۰. جان بزرگی، مسعود و سیدمحمد غروی‌راد (۱۳۹۵)، اصول روان‌درمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی، قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۱۱. جان بزرگی، مسعود؛ حسین فاکر و امین جان‌بزرگی (۱۳۹۰)، «ارزیابی تحول روانی-معنوی در درمانگری مراجعان مذهبی»، فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۵، ش ۸، ص ۴۹-۷۰.
۱۲. جان بزرگی، مسعود و سپیده راجزی اصفهانی (۱۳۹۰)، «گروه درمانی چندبعدی اختلال وسواسی اجباری»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، س ۱۷، ش ۴، ص ۲۹۶-۲۸۹.
۱۳. حدادی کوهسار، علی‌اکبر و باقر غباری‌بناب (۱۳۹۱)، «رابطه تصور فرد از خدا با رفتارهای وسواسی در دانشجویان»، مجله علوم رفتاری، س ۶، ش ۱، ص ۱۱-۱۶.
۱۴. دادفر، مریم؛ جعفر بوالهروی، سیدکاظم ملکوتی و علی‌اکبر بیان‌زاده (۱۳۸۰)، «شیوع علانم وسواس-اجباری»، اندیشه و رفتار، ش ۱ و ۲، ص ۲۷-۳۶.
۱۵. دانش، عصمت و زهرا مهدوی (۲۰۱۷)، «مقایسه خودپنداره افراد وسواسی و افراد سالم و پیش‌بینی بیماری وسواس براساس خودپنداره بیماران»، کنفرانس بین‌المللی دانشگاه شیراز.
۱۶. دلجو، زهرا؛ مسعود جان‌بزرگی، سعیده بزازیان و الهام موسوی (۱۳۹۲)، «رابطه سطح تحول روانی معنوی و احساس تنهایی با اضطراب وجودی در دانشجویان»، دوفصلنامه علمی پژوهشی مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۷، ش ۱۳، ص ۵-۲۴.
۱۷. راجزی اصفهانی، سپیده؛ یاسمن متقی‌پور، کامبیز کامکاری، علیرضا ظهیرالدین و مسعود جان‌بزرگی (۱۳۹۰)، «پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی-اجباری بیل-براون»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، س ۱۷، ش ۴، ص ۲۹۷-۳۰۳.
۱۸. رمضان‌فرائی، عباس و محبوبه دادفر (۱۳۸۴)، «معرفی یک مداخله شناختی-رفتاری دینی در درمان اختلال وسواس و نقد و نظر»، ش ۳۷ و ۳۸، ص ۳۳۸-۳۴۸.
۱۹. سرآبادانی تفرشی، لیلا و مسعود جان‌بزرگی (۱۳۹۷)، «رابطه خداپنداره و تحول روانی معنوی با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان»، پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت، س ۴، ش ۳، ص ۴۵-۵۷.
۲۰. شمس، گیتی و مجید صادقی (۱۳۸۵)، «تازه‌های حوزه شناخت در اختلال وسواس فکری-عملی»، مجله تازه‌های علوم شناختی ایران، س ۸، ش ۴، ص ۷۱-۸۵.
۲۱. شهاخت ده‌سرخ، فاطمه (۱۳۹۶)، «باورهای ناکارآمد شناختی و نقص بازداری شناختی در مبتلایان وسواس فکری و عملی»، فصلنامه روان‌شناسی شناختی دانشگاه خوارزمی، س ۵، ش ۲، ص ۱۱-۲۰.

۲۲. غباری‌بناب، باقر و علی‌اکبر حدادی کوهسار (۱۳۸۸)، «رابطه اضطراب و افسردگی با تصویر ذهنی از خدا در دانشجویان»، مجله علوم روان‌شناختی، س ۸، ش ۳۱، ص ۲۹۷-۳۱۴.
۲۳. فتی، لادن (۱۳۷۶)، «کاربرد شناخت-رفتار درمانی در درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی مقاوم به درمان (گزارش موردی)»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، س ۳، ش ۱ و ۲، ص ۵۲-۶۰.
۲۴. نظیری، قاسم؛ محبوبه دادفر و عیسی کریمی کیسمی (۱۳۸۴)، «نقش پابندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت علائم وسواسی-اجباری»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ش ۳، ص ۲۸۳-۲۸۹.
۲۵. ویل، دیوید و راب ویلسون (۲۰۰۵)، وسواس و درمان آن، ترجمه سیاوش جمالفر (۱۳۸۵)، ج ۱، تهران: نشر ارسباران.
۲۶. هایمن، بروس م. و چری پدریک (۲۰۰۸)، رهایی از وسواس، ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده (۱۳۹۲)، ج اول، تهران: انتشارات ارجمند.
27. Abramowitz, Jonathan, S & Jacoby, Ryan, J. (2014), Scrupulosity: A cognitive – behavioral analysis and implications for treatment, *Journal of Obsessive – Compulsive and Related Disorders* 3,140 – 149.
28. Abramowitz, Jonathan, S. & Jacoby, Ryan, J. (2014), Obsessive –Compulsive Disorder in the DSM, *Clin Psychol Sci Prac* 21:221 – 235.
29. American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM 5*, 5<sup>th</sup> ed.
30. Buchholz, J. L., Abramowitz, j. s., Riemann, B. C., Lillian, R., Blakey, S. M., Leonard, R. C & Thompson, K. A. (2019), Scrupulosity, Religious Affiliation and symptom Presentation in obsessive compulsive Disorder, *Journal of Behavioural and cognitive Psychotherapy*, 47: 478 .۴۹۸ –
31. Comer, Ronald, J. (2015), *Abnormal Psychology*, Worth Publishers.
32. D’ Olimpio Francesca, D. Cosentino Teresa, Basile, B. Tenore, K. Gragnani & A. Mancini F. (2013), Obsessive –Compulsive disorder and Propensity to Guilt Feelings and to Disgust, *Clinical Neuropsychiatry*, 10, 3, Suppl. 1, 20 .۲۹ –
33. Inozu, M., Kahya, Y. & Yorulmaz, O. (2018), Neuroticism and Religiosity: the Role of obsessive Beliefs, Thought–control Strategies and Guilt in Scrupulosity and obsessive–compulsive symptom Among Muslim Undergraduates, *Journal of Relig Health*.



34. Grant, Jon, E. (2014), Obsessive – Compulsive Disorder. The new england journal of medicine, 646 – 653.
35. Kaviani Sara, Ebrahimi Ghavam Soghra & Skandari Hossein (2015), (The Relationship between Scrupulosity, Obsessive – Compulsive Disorder and Its Related Cognitive Styles, Clinical Psychology, 3 (1): 47 .۶۰ –
36. Koenig Harold G, (2009), Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review, The Canadian Journal of Psychiatry, Vol 54, 291 – 283.
37. Olatunji, B. O., Abramowitz, j. S., Williams, N. L., Connolly, K. M. & Lohr, j. M. (2007), Scrupulosity and obsessive –Compulsive symptom: confirmatory factor analysis and validity of the Penn Inventory of Scrupulosity, Journal of Anxiety Disorders. 21: 771 .۷۸۷ –
38. Pargament, Kenneth Lomax, James, W. (2013), Understanding and addressing religion among people with mental illness, World Psychiatry 12: 26 .۳۲ –
39. Salkovskis, P. M. (1985), Obsessional compulsive problems: A cognitive behavioural analysis, Behaviour Research and Therapy, 25. 574 .۵۸۳ –
40. Schaap –Jonker, Hanneke & et. al (2010), image of God and personality pathology: An exploratory study among psychiatric patients, Mental Health, Religion & Culture, p: 55 .
41. Shapiro, Leslie J. Stewart, S. Evelyn (2011), Pathological guilt: A persistent yet overlooked treatment factor in obsessive –compulsive disorder, Annals of Clinical Psychiatry; 23 (1): 63 .۷۰ –
42. Shams Giti, Milosevic Irena. (2013), Obsessive - Compulsive Cognitions, Symptoms and Religiousness in an Iranian Population. International Journal of Clinical Medicine, 4: 479 – 484.
43. Siltan, Nava, R. Kevin, J. Flannelly, Kathleen, Galek & Christopher, G. Ellison (2013), Beliefs About God and Mental Health Among American Adults, Journal of Religion and Health: 10. 1007 / s 10943 .۳ – ۹۷۱۲ – ۰۱۳ –
44. Verhagen P J, Van praag HM, Lopez - lbor Jr JJ, Cox JL, Moussaoui D (2010), Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries. John Wiley & Sons Ltd. ISBN: 978 - 0 - 470 - 69471 - 8.