


پیش‌بینی سطح تحول روانی - معنوی از طریق باورهای ناکارآمد شناختی و احساس گناه در مبتلایان به اختلال وسواس - بی‌اختیاری

مریم احمدی / دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران amz. ahmadi2019@gmail.com
 جواد خلعتبری / دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران javadkhalatbaripsy2@gmail.com  orcid.org/0000-0002-9519-9686
 علیرضا آقاییوسفی / دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد قم، دانشگاه پیام نور، قم، ایران aghayousefi@pnu.ac.ir
 مسعود جان‌بزرگی / استاد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران psychjan@gmail.com
 دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۱۱ - پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۱۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سطح تحول روانی - معنوی از طریق باورهای ناکارآمد شناختی و احساس گناه در مبتلایان به اختلال وسواس - بی‌اختیاری شکل گرفته است. طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری در این پژوهش، کلیه بیماران وسواس - بی‌اختیاری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم با شکایت اصلی اختلال وسواس - بی‌اختیاری به تعداد ششصد نفر بود، که تعداد ۲۴۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. اعضای نمونه با پاسخ دادن به پرسش‌نامه وسواس ییل - براون و نمره شدت وسواس بالاتر از ۷، انتخاب شدند و به پرسش‌نامه باورهای ناکارآمد شناختی، پرسش‌نامه تحول روانی - معنوی جان‌بزرگی و پرسش‌نامه احساس گناه گوگلر و جونز پاسخ دادند. در تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های متغیر باورهای ناکارآمد شناختی در مجموع توانستند ۲۱ درصد واریانس نمره‌های سطح تحول روانی - معنوی را در بیماران OCD پیش‌بینی کنند. همچنین بررسی ضریب بتا نشان داد که از بین مؤلفه‌های باورهای ناکارآمد شناختی، تنها مؤلفه انجام کامل امور توانست پیش‌بینی‌کننده معنادار متغیر سطح تحول روانی-معنوی باشد. یافته‌ها، فرضیه دوم پژوهش را مبنی بر پیش‌بینی سطح تحول روانی-معنوی از طریق احساس گناه در بیماران OCD تأیید نکردند.

کلیدواژه‌ها: سطح تحول روانی - معنوی، باورهای ناکارآمد شناختی، احساس گناه، اختلال وسواس بی‌اختیاری.

اختلال وسواس - بی‌اختیاری (obsessive - compulsive disorder) با وسواس‌ها یا بی‌اختیاری‌ها یا هر دو مشخص می‌شود. وسواس‌ها شامل افکار، تمایلات یا تصورات مکرر و پایدار و شک‌های بی‌معنایند که به‌شکل مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند و شخص آنها را تنفرآمیز، هجوم‌آور، کنترل‌ناپذیر، محرک احساس گناه و حتماً پایدار می‌داند (آبرامویتز، ۲۰۱۴)؛ حال آنکه بی‌اختیاری‌ها شامل رفتارها یا فعالیت‌های ذهنی تکراری‌اند که فرد احساس می‌کند باید آنها را در پاسخ به یک فکر وسواسی یا برطبق تشریفات که باید به‌طور دقیق اجرا شوند، انجام دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). محتوای وسواس‌ها معمولاً با نظام باورهای فرد ناهماهنگ است و با آنچه از فرد انتظار می‌رود، مطابق نیست. درواقع افکار وسواسی تهدید و ارباب را معمولاً 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 حادثهٔ ترسناک یا کاهش ناراحتی و استرس مربوط به افکار وسواسی است (آبرامویتز، ۲۰۱۴).

OCD در سرتاسر جهان ساختار نشانه‌ای مشابهی دارد که نظافت و شست‌وشو، نظم و تقارن، اختکار، افکار ممنوع، یا ترس از آسیب را شامل می‌شود؛ باین‌حال در ابراز نشانه‌ها تنوع منطقه‌ای وجود دارد و عامل فرهنگی می‌تواند محتوای وسواس را شکل دهند (آبرامویتز، ۲۰۰۹؛ گران، ۲۰۱۴). فصل هفتم پنجمین مجموعهٔ تشخیصی و آماری اختلال روانی به فرمول‌بندی فرهنگی در آسیب‌شناسی اختلال‌های روانی اشاره کرده و در تمامی اختلال‌ها معنای فرهنگی آنها را مورد توجه قرار داده است. در این مجموعه آمده است که فرهنگ بر سازوکارهای روان‌شناختی اختلال، که پرداختن به آنها جهت بهبود کارایی بالینی ضرورت دارد، تأثیر می‌گذارد. بنابراین بعد از اینکه اختلال تشخیص داده شد، اصطلاحات و توجیه‌های فرهنگی باید در فرمول‌بندی‌های موردی منظور شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

فتی (۱۳۷۶) بیان می‌کند که 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 باعث می‌شود که درمان رفتاری و حتی درمان دارویی ناموفق باشد. پژوهشگران دیگری نیز گزارش داده‌اند که در کشور ایران افکار وسواسی یا مناسک بی‌اختیاری، رنگ‌وبوی دینی دارند (دادفر و همکاران، ۱۳۸۰؛ رضانی فرانی و دادفر، ۱۳۸۴). همچنین نتایج مطالعات متعدد نشان داده است که اگر بیماران مذهبی به OCD مبتلا شوند، علائم بیماری آنها بیشتر در قالب وسواس‌های مذهبی تظاهر می‌کند (هرمش و همکاران، ۲۰۰۳).

توجه به معنویت مراجع، به‌عنوان یک بعد اساسی نظام روان‌شناختی او، همواره در زمرهٔ موضوعات بحرانی در روان‌درمانی مطرح بوده است. برخلاف بعضی از روان‌درمانگران بزرگ، مانند فروید و الیس، امروزه بر این باور تأکید می‌شود که مراجع نمی‌تواند بعد معنوی خود را پشت در اطاق درمانگر بگذارد (پارگامنت، ۲۰۰۷). مطالعات اخیر نشان

می‌دهند که معنویت بدون مذهب نیز در درمان مشکلات روان‌شناختی پاسخگو نیست و مذهب به‌عنوان هسته اصلی معنویت، نقش بنیادینی برای حل بسیاری از مسائل انسان‌ها دارد. سلامتی معنوی و مداخله‌های مذهبی - معنوی، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های درمانی مهم در بیماری‌های مزمن و سخت شناخته شده است. مداخله‌های روان‌شناختی برای مراجعان مذهبی، حساسیت بالایی دارد؛ اما هیچ‌یک از مداخله‌ها به ارزیابی سطح تحول روانی معنوی مراجع نمی‌پردازند. گاهی مراجعان مذهبی نشانه‌های خود را به زبان مذهبی بیان می‌کنند و به دلایل فرهنگی، نزدیک شدن به ساخت‌های مذهبی آنها برای بسیاری از روان‌شناسان کار آسانی نیست (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰).

تحول روانی - معنوی از شاخص‌هایی است که در درمان مذهبی مورد توجه قرار می‌گیرد. بررسی تحول روانی - معنوی مشخص می‌کند که فرد در چه سطحی از تحول قرار دارد. این داده‌ها در فرمول‌بندی درمان و جهت‌گیری تحلیلی و غیرمستقیم یا شناختی - رفتاری و مستقیم درمانگر اهمیت دارد. تحول روانی - معنوی در متون دینی تحت عنوان مراتب ایمان قابل پیگیری است (جان‌بزرگی و غروی‌راد، ۱۳۹۵).

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 خاصی‌اند. 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).

تحولی‌نگری، درک پدیده‌ها را آسان و تعریف آنها را مشکل می‌کند؛ چراکه تعریف باعث تعیین و تقید می‌شود و ادراک تحولی هر پدیده‌ای را در جایگاه خود بررسی می‌کند. نگاه صرفاً عینی‌نگر مستلزم از دست دادن تعامل و تقابل است. اگر ذهن انسان متحول می‌شود، معنای رفتارها نیز تغییر می‌کند. در این راستا، معنویت نیز به‌عنوان یک ساخت، همواره دگرگون می‌شود و برخی این دگرگونی را تحت تأثیر تحول شناختی می‌دانند. اگر بپذیریم که جست‌وجوی معنویت، جست‌وجویی موقعیتی فراتر از موقعیت کنونی فرد است و بسیاری از افراد از راه تأکید بر آرمان‌های معنوی می‌توانند بر عادت‌های مخرب و الگوهای رفتاری ناکارآمد خود غلبه کنند، باید پذیرفت که شناخت الگوهای تحول دین و ایمان فرد، مهم‌ترین راه موفقیت در درمان مبتنی بر مذهب به‌شمار می‌آید و احتمال درمان را بیشتر و زمینه را برای پیشگیری از بازگشت بیماری هموارتر می‌کند (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰).

ورتینگتون (۱۹۸۹) تحول ایمان مذهبی را با توجه به تحول فرد در طول زندگی بررسی کرد و به هفت الگوی مختلف برای تحول دین یا ایمان دست یافت. یکی از مهم‌ترین الگوهای تحولی، الگوی فولر است. این مؤلفان تلاش کرده‌اند که در راستای تحول شناختی، یک الگوی کلی از سطح تحول ارائه دهند. جنیا (۱۹۹۵) مراحل تحول روانی - معنوی را از زاویه بالینی معرفی و آن را در پنج مرحله توصیف می‌کند: دین خودمیان‌بین؛ دین جزمی‌نگر؛ دین برزخی یا گذاری؛ دین بازساخت‌یافته؛ دین متعالی (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰).

در همین راستا، جان‌بزرگی (۱۳۷۸) با در نظر گرفتن مراحل تحول روانی - معنوی جنیا تأکید می‌کند که شیوه مداخله برای مراجعانی که در مرحله دین خودمیان‌بین، یعنی پایین‌ترین مرحله تحول روانی - معنوی قرار دارند، همان شیوه‌هایی نیست که در دیگر مراحل تحول مورد استفاده قرار می‌گیرد. در مراحل پایین تحول روانی - معنوی، افراد برای خدا ویژگی‌های انسانی قائل‌اند و به‌طور سحرآمیزی با خدا همسان‌سازی کرده، خود را با دستورهای مذهبی هم‌نوا می‌کنند؛ با این حال از رفتار و خشم خود شدیداً احساس گناه دارند و همین احساس گناه، درونی‌سازی ارزش‌ها را در آنها بازداری می‌کند. در ارزیابی تحول روانی - معنوی نمی‌توان تحول معنوی را در کنار سایر خطوط تحول و هم‌وزن آنها در نظر گرفت؛ چراکه معنویت ویژگی تعالی‌سازی دارد و سایر خطوط تحول را متأثر می‌کند. معنویت در دین اسلام اعمال ارادی انسان را دارای ارزش (میزان خلوص و اولویت در رابطه با هدف)، معنا (در رابطه بودن عمل با مبدأ و معاد) و هدف (تعالی‌بخشی و تقرب) می‌کند (جان‌بزرگی و غروی‌راد، ۱۳۹۵).

در تعامل بین آسیب‌دیدگی روانی و مراحل تحول روانی - معنوی، نوع نشانه‌های اختلال در هر مرحله متفاوت است و روان‌شناس می‌تواند از راه این نشانه‌ها سطح تحول را معلوم کند یا از راه تشخیص سطح تحول، نوع بروز نشانه‌ها را بشناسد؛ همچنین با در نظر گرفتن عوامل گوناگون تحولی، مانند سن، درباره بهنجار یا نابهنجار بودن آن و نوع مداخله تصمیم بگیرد. امروزه تشخیص و فرمول‌بندی مشکل مراجع، سهم مهمی در موفقیت درمانگر دارد. ارزیابی دقیق و جامع مراجع می‌تواند چشم‌انداز درستی از درمان و موفقیت مراجع در دستیابی به اهداف درمان ارائه کند. در درمانگری چندبعدی معنوی، علاوه بر ارزیابی‌های عینی چندبعدی، ارزیابی تحول روانی - معنوی صورت می‌گیرد (جان‌بزرگی و غروی‌راد، ۱۳۹۵؛ جان‌بزرگی، ۱۳۷۸).

نتایج پژوهش جان‌بزرگی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که با کاهش سطح تحول روانی - معنوی، نمره سلامت عمومی وضعیت وخیم‌تری را نشان می‌دهد. همچنین با کاهش سطح تحول روانی - معنوی، نمره افسردگی افزایش می‌یابد. ماندن در مرحله تردیدهای مذهبی، با بی‌خوابی‌های خسته‌کننده همراه است.

یافته‌های زیادی رابطه سلامت معنوی و سلامت روانی و جسمی را نشان داده‌اند که با این یافته‌ها هماهنگ است. از جمله، پژوهش‌های برادی و دیگران (۱۹۹۹)، هشائو و دیگران (۲۰۰۸)، گلدشتاین و دیگران (۲۰۰۸)، گانسلیتر و دیگران (۲۰۰۸)، گاسلیت و ویکرز (۲۰۰۵)، پترمن و دیگران (۲۰۰۲)، مایتکر و نایت (۱۹۹۹)، مارتنز و دیگران (۲۰۰۸)، لیوین و دیگران (۲۰۰۹)، ویتفرد و دیگران (۲۰۰۸) و پیولا و دیگران (۲۰۰۶) با این یافته‌ها هماهنگ‌اند (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰).

پژوهش دلجو و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که اضطراب وجودی از طریق سطح تحول روانی - معنوی می‌تواند تأثیر غیرمستقیم بر بحران وجودی داشته باشد و افزایش سطح تحول روانی - معنوی، یک عامل کلیدی در کاهش اضطراب وجودی و بحران وجودی، و در نتیجه ارتقای سلامت روان به‌شمار می‌آید؛ که این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های هونزر (۲۰۱۱)، ماسکار و روسن (۲۰۰۸)، کسبیر (۲۰۰۹)، دلجو و همکاران (۱۳۹۹)،

مرعشی (۱۳۹۰)، معینی (۱۳۸۹)، عباری بناب و همکاران (۱۳۹۰) و نورعلی‌زاده و جان‌بزرگی (۱۳۸۹) همسوست (به نقل از: دلجو و همکاران، ۱۳۹۹).

عزیزی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی تأثیر ACT و CBT بر افسردگی را با توجه به سطح تحول روانی - معنوی افراد بررسی کرده‌اند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کاهش افسردگی افراد با سطح تحول روانی - معنوی پایین اثرگذاری بیشتری دارد و درمان شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی افراد با سطح تحول روانی - معنوی بالا تأثیر بیشتری دارد. این پژوهش نشان داد که توجه به سطح تحول روانی - معنوی فرد، در تعیین نوع درمان اثرگذار است.

سرآبادانی تفرشی و جان‌بزرگی (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه‌ی خداپنداره و سطح تحول روانی - معنوی با میزان افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان»، نشان دادند که متغیر سطح تحول روانی - معنوی با افسردگی، اضطراب و استرس رابطه‌ی مثبت و مستقیم معناداری دارد. سطح تحول روانی - معنوی سهم مهمی در پیش‌بینی افسردگی، و خداپنداره سهم مهمی در پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس داشت.

در نظریه‌ی شناختی OCD روی شیوه‌ی تفسیر فرد از محتوا و وقوع افکار مزاحم تکیه می‌شود. شیوه‌های ناکارآمد برخورد با افکار مزاحم باعث ایجاد خلق منفی و رفتارهای خنثاسازی می‌شود. سالکوسکیس (۱۹۸۵) معتقد است که اگرچه مؤلفه‌ی اصلی در نظریه‌ی شناختی وسواس، همانند مدل شناختی اضطراب، در برداشت فرد از احساس خطر و تهدید نهفته است، ولی ویژگی بارز محتوای افکار وسواسی، وقوع افکار مربوط به احساس خطر و تهدید نیست؛ بلکه گرایش فرد به رفتارهای آیینمند، اجباری است. ارزیابی فرد از وقایع می‌تواند به‌صورت آسیب‌پذیری شناختی کاملاً کلی یا آسیب‌پذیری شناختی خاص و ویژه باشد. در شکل‌گیری و تداوم وسواس، نقش عامل شناخت (باورها و ارزیابی‌های ناکارآمد) در مقایسه با پردازش اطلاعات، از ارجحیت نظری و تحقیقاتی بهتری برخوردار شده است (شمس و صادقی، ۱۳۸۵). پنج حیطه به‌عنوان عوامل مرکزی در OCD در نظر گرفته شده‌اند که عبارت‌اند از: ۱. احساس مسئولیت بیش از حد؛ ۲. ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید؛ ۳. ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم؛ ۴. اهمیت افکار؛ ۵. کنترل افکار. بعدها حیطه‌ی ششم، یعنی کمال‌گرایی نیز به این پنج حیطه افزوده شد.

سالکوسکیس اولین الگوی شناختی جامع درباره‌ی اختلال وسواس - بی‌اختیاری را مطرح کرده است. او معتقد است که وقتی افکار مزاحم باورهای ناکارآمد درباره‌ی 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 به‌وجود آمدن پیش‌بینی‌های منفی درباره‌ی افکار می‌شوند (مانند: «داشتن چنین افکاری بدین معناست که من می‌خواهم آنها را انجام دهم») و در پی آن، سبب پیدایش این باور می‌شوند که فرد برای جلوگیری از این اعمال باید در مورد افکارش کاری انجام دهد (فعالیت‌های خنثی‌ساز؛ مانند: فرونشانی، جست‌وجوی ایمنی، اجتناب و اعمال اجباری). به‌طور کلی او در نظریه‌اش به نقش احساس مسئولیت و به‌تبع آن، احساس گناه، اهمیت بیشتری می‌دهد

(سالکوسکیس، ۱۹۸۵). از دیدگاه سایکو دینامیک، افراد وسواسی دارای یک وجدان بسیار سخت‌گیرند که باعث می‌شود احساس مسئولیت افراطی و احساس گناه بیشتر داشته باشند (مانسینی و گانگمن، ۲۰۱۱).

«احساس گناه مرضی» با تمایل به اطمینان درباره اینکه آیا عمل فرد در مورد قوانین اجتماعی و مذهبی درست انجام شده است یا نه، شکل می‌گیرد و در مقابل آن، «احساس گناه کارآمد» قرار دارد. «احساس گناه مرضی» یک نشانه برجسته در نشانه‌های پذیرفته‌شده OCD است که با عنوان «وسواس مذهبی - اخلاقی» مشخص می‌شود (شاپیر و استوارت، ۲۰۱۱). اساسی‌ترین معنای «وسواس مذهبی - اخلاقی» یا «احساس گناه مرضی»، ترس از گناه است در جایی که گناهی وجود ندارد (آبرامو ویتز و جاکوبی، ۲۰۱۴).

نتایج تحقیقات الیمپیو و همکاران نشان داد که بیماران OCD در زمینه احساس گناه و انزجار از خود، مستعدتر از گروه کنترل و اختلالات اضطرابی دیگرند و تمایل به احساس گناه و انزجار از خود، با شدت علائم OCD همبستگی معنادار دارد (مانسینی و گانگمن، ۲۰۱۱). مطالعات الیمپیو و مانسینی (۲۰۱۱) نشان داد که رفتار تمیزی بیشتر در اثر القای احساس گناه اخلاقی (نه احساس گناه نوع دوستانه) در شرکت‌کنندگان غیربالینی برانگیخته شد و این رفتارها احساس گناه اخلاقی را کاهش داد (الیمپیو و همکاران، ۲۰۱۳).

الاتونزی، آبراموویتز، ناتان، کوین و کانولی (۲۰۰۷)، ارتباط معنادهی‌های نادرست مذهبی - اخلاقی (احساس گناه مرضی) با نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری را بررسی کردند. نتایج تحقیق نشان داد که احساس گناه مرضی با نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری (شامل حوزه‌های شست‌وشو، واری، شک و تردید، افکار وسواسی، خنثاسازی ذهنی، نظم و انباشت)، همبستگی قوی دارد. شاپیرو و استوارت (۲۰۱۱) بیان کردند که معنادهی مذهبی - اخلاقی نادرست یا احساس گناه مرضی، محدود به خرده‌مقیاس وسواس مذهبی - اخلاقی نیست؛ بلکه تقریباً در تمام خرده‌مقیاس‌ها می‌تواند رخ دهد؛ بنابراین یک عامل مهم استمراربخش برای نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری است و توجه به این عامل تأثیرگذار بر وسواس - بی‌اختیاری، نتایج درمانی را بهبود و میزان عود این بیماری مزمن عودکننده و ناتوان‌کننده را کاهش خواهد داد (ر.ک: انصاری، ۱۳۹۵).

در بررسی ادبیات پژوهش در داخل و خارج از کشور، هیچ‌یک از پژوهش‌ها به پیش‌بینی سطح تحول روانی - معنوی از طریق باورهای ناکارآمد شناختی و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری نپرداخته‌اند. مراجعان مذهبی، بسیاری از رفتارهای خود را براساس چارچوب ایدئولوژیکی خود تنظیم می‌کنند. مداخله‌های درمانگری مؤثر نیز بر همین اساس تنظیم می‌شوند. این مراجعان براساس سطح تحول خود، دارای الگوی ثابتی نیستند و برداشت یکسانی از مذهب خود ندارند. این تفاوت برداشت را می‌توان دست‌کم با علائم گوناگون آسیب‌دیدگی، به تفاوت سطح تحول روانی - معنوی مربوط دانست و متخصص بالینی بهتر است که به این فرایند تحولی توجه کند و آن را در فرمول‌بندی درمان استفاده کند. بنابراین، انجام این پژوهش با توجه به زمینه مذهبی جامعه و آسیب‌های روانی و اختلال وسواس - بی‌اختیاری، ضرورت می‌یابد.

با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوالات است:

۱. آیا باورهای ناکارآمد شناختی بیماران OCD، سطح تحول روانی - معنوی آنها را پیش‌بینی می‌کند؟
۲. آیا احساس گناه مرضی بیماران OCD، سطح تحول روانی - معنوی آنها را پیش‌بینی می‌کند؟

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری در این پژوهش، کلیه بیماران وسواس - بی‌اختیاری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم با شکایت اصلی اختلال وسواس - بی‌اختیاری به تعداد ششصد نفر بوده است که از طریق نرم‌افزار جی‌پاور تعداد ۲۴۰ نفر به‌عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. در انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. معیارهای ورود افراد به نمونه، شامل OCD (نمره پرسش‌نامه بیل - براون بالاتر از ۷) و سن بالای هجده سال بود. اعضای نمونه با پاسخ دادن به پرسش‌نامه وسواس بیل - براون و نمره شدت وسواس بالاتر از ۷ انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های باورهای ناکارآمد شناختی یا باورهای وسواسی، پرسش‌نامه تحول روانی - معنوی جان‌بزرگی و پرسش‌نامه احساس گناه گوگلر و جونز پاسخ دادند. داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون استفاده شد.

۱. ابزارهای پژوهش

۱-۱. پرسش‌نامه باورهای وسواسی (Obsessional Beliefs Questionnaire - 44 (OBQ))

این پرسش‌نامه شامل ۴۴ پرسش است که ابعاد بیماری‌زایی را در حیطه شناختی بیماران مبتلا به وسواس ارزیابی می‌کند. این پرسش‌نامه توسط کارگروه شناخت‌های اختلال وسواسی طراحی و ساخته شده است. سه خرده‌مقیاس این پرسش‌نامه عبارت‌اند از: «احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب و ارزیابی خطر» (شانزده گویه)؛ «کمال‌طلبی و نیاز به برخورداری از اطمینان» (شانزده گویه)؛ و «اهمیت و کنترل افکار» (دوازده گویه). این آزمون در ایران توسط شمس، قدیری، اسماعیلی و ابراهیمی (۲۰۰۵) هنجاریابی شد که در این مطالعه، آلفای کرونباخ ۰/۹۲، ضریب همبستگی به‌روش دونیمه‌سازی ۰/۹۴، ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۲ و روایی آن با دو پرسش‌نامه وسواس فکری - عملی (Obsessive Compulsive Inventory - Revised (OCI-R) و وسواسی - جبری مادزی (MOCI) ۰/۵۰ گزارش شده است (شهامت ده‌سرخ، ۱۳۹۶). تحقیقات نسبتاً خوبی روی پرسش‌نامه OBQ به‌عنوان یک پرسش‌نامه معتبر در سنجش حوزه‌های شناخت در وسواس (OCCWG، ۱۹۹۷، ۲۰۰۱) اجرا شده است. اولین نتایج تحقیق، متعلق به OCCWG (۲۰۰۳) است. در تحقیق آنها، OBQ دارای ثبات درونی، پایایی بازآزمون مناسب و همین‌طور همبستگی بالای مواد پرسش‌نامه بود؛ به‌علاوه، افراد مبتلا به وسواس در مقایسه با دانشجویان گروه کنترل (جامعه عادی)، در کلیه خرده‌مقیاس‌های OBQ از تفاوت معناداری برخوردار بودند. در ایران پایایی هم‌زمان،

ثبات درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب دونیمه‌سازی با عنوان همبستگی اصلاح‌شده ۹۴٪ برآورد شد و برای مصاحبه پایایی غیرهم‌زمان، از ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی استفاده شد که مقدار آن ۸۲٪ به‌دست آمد. با بررسی فوق به‌نظر می‌رسد که پرسش‌نامه 44-OBQ در شرایط خاص ایران، از ثبات درونی بالایی برخوردار است. روایی پرسش‌نامه 44-OBQ با محاسبه همبستگی نمره‌های آن با نمره‌های حاصل از پرسش‌نامه MOCI بررسی شد که مقدار آن ۵٪ به‌دست آمد که معنادار بود. تحلیل عاملی بیانگر اشباع این آزمون از سه عامل با همبستگی بالا بود. QEEWG (۲۰۰۵) با بررسی تحلیل عاملی OBQ، به سه عامل دست یافتند. عامل اول، احساس مسئولیت / ارزیابی خطر و تهدید (RT)، عامل دوم، کمال‌طلبی / نیاز به کسب اطمینان و یقین (PC) و عامل سوم، اهمیت و کنترل افکار (ICT) بود (شمس و صادقی، ۱۳۸۵).

۱-۲. پرسش‌نامه وسواس ییل‌جراون

به‌منظور بررسی شدت و انواع وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها، از پرسش‌نامه ییل‌جراون استفاده خواهد شد. این مقیاس در سال ۱۹۸۹م توسط گودمن و همکاران تهیه و تدوین شده است. این پرسش‌نامه وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها را جداگانه بررسی می‌کند و به‌منظور بررسی میزان وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌های افراد مختلف طراحی شده است. BOCS_Y دو بخش دارد: «سیاهه نشانه» و «مقیاس شدت». «سیاهه نشانه» خرده‌مقیاس‌ها را نشان می‌دهد و در افکار وسواسی شامل وسواس پرخاشگرانه، وسواس‌های آلودگی، وسواس‌های جنسی، وسواس‌های احتکار یا جمع‌آوری، وسواس‌های مذهبی، وسواس‌های مربوط به تقارن و نظم، وسواس‌های متفرقه و وسواس‌های جسمی، و در رفتارهای وسواسی شامل شست‌وشو و نظافت، واریسی، آداب تکرار، رفتارهای وسواسی مربوط به شمارش، نظم و ترتیب، احتکار و رفتارهای وسواسی متفرقه است. این نشانه‌ها در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای و به‌صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شوند. «مقیاس شدت» شدت وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها را در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای در پنج بعد «فراوانی»، «تداخل در کارکردها»، «آشفستگی ذهنی»، «میزان مقاومت» و «کنترل نشانه‌ها» ارزیابی می‌کند. در تحقیقی، پژوهشگران ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه (SC) و مقیاس شدت (SS) را به‌ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دونیمه‌سازی برای SC و SS را به‌ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۹۹ به‌دست آوردند. روایی آزمون به‌صورت ملاک هم‌زمان، میان SC با 90 - R - SCL - OCS (سیاهه نودگویی‌های نشانه‌ها) و SS با I - SCID (مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محوری) همبستگی مثبت ($p < 0/001$) نشان داد و تحلیل عامل اکتشافی برای SC و SS به‌ترتیب سه و دو عامل نشان داد. در این پژوهش، نقطه برش فرد سالم از بیمار عدد ۹ به‌دست آمد که نسبت به نقطه برش ۱۶ که مربوط به نسخه اصلی است، می‌توان گفت که شدت وسواس در ایران نسبت به آمریکا بالاتر است. البته تعمیم یافته‌ها به سراسر ایران باید با احتیاط صورت گیرد و این امر نیازمند تحقیقات بیشتر است (انصاری و همکاران، ۱۳۹۷؛ راجزی اصفهانی و همکاران، ۱۳۹۰).

۲. مقیاس سطح تحول روانی - معنوی

جان‌بزرگی و همکاران (۱۳۹۰) این پرسش‌نامه را با جهت‌گیری فرهنگی و دینی، براساس معیارهای بالینی مراجعان مذهبی در مراحل مختلف روانی-معنوی، که جنیا (۱۹۹۵) آن را گزارش کرده است، تهیه کرده‌اند. این ابزار پانزده ماده دارد و هر ماده دارای چهار گزینه است که منطبق با چهار مرحله تحول روانی-معنوی است. پژوهشگر برای بررسی همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی، آن را روی ۳۴۱ دانشجوی مؤنث اجرا کرد 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 شد و در نهایت اعداد به دست آمده برای محاسبه نمره سطح تحول روانی - معنوی با یکدیگر جمع شدند (سرآبادانی تفرشی و جان‌بزرگی، ۱۳۹۷).

۳. مقیاس احساس گناه مرضی

پرسش‌نامه احساس گناه یکی از ابزارهای خودسنجی تهیه‌شده در زمینه احساس گناه است. این پرسش‌نامه توسط کوگلر و جونز بین سال‌های ۱۹۸۸م تا ۱۹۹۲م ساخته و تکمیل و اصلاح شده است. این پرسش‌نامه دارای ۴۵ گویه و سه خرده‌مقیاس است: خصیصه گناه، حالت گناه و معیارهای اخلاقی. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» می‌باشد. حداقل امتیاز ممکن ۴۵ و حداکثر ۲۲۵ خواهد بود.

نمره بین ۴۵ تا ۷۵: احساس گناه در فرد کم است؛

نمره بین ۷۵ تا ۱۵۰: احساس گناه در فرد متوسط است؛

نمره بالاتر از ۲۲۵: احساس گناه در فرد زیاد است.

در ایران روایی محتوایی و صوری پرسش‌نامه توسط نظیری و همکاران (۱۳۸۴) تأیید شد. پایایی حاصل از بازآزمایی در یک فاصله ده‌هفته‌ای برای خرده‌مقیاس معیارهای اخلاقی ۰/۸۱٪، برای خصیصه گناه ۰/۷۲٪ و برای حالت گناه ۰/۵۶٪ ذکر شده است (نظیری و همکاران، ۱۳۸۴).

یافته‌های پژوهش

مطابق اطلاعات توصیفی افراد شرکت‌کننده در تحقیق برحسب متغیر جنسیت، ۷۹/۶ درصد آنها زن و ۲۰/۴ درصد آنها مرد بودند. ۳۴/۷ درصد افراد شرکت‌کننده در تحقیق دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم، ۳/۳ درصد فوق دیپلم، ۵۰/۴ درصد کارشناسی، ۱۰/۴ درصد کارشناسی ارشد و ۰/۴ درصد دکتری بودند. ۳۶/۴ درصد از افراد شرکت‌کننده در تحقیق مجرد و ۶۲/۸ درصد متأهل بودند. ۱۵/۲۹ درصد از افراد شرکت‌کننده در تحقیق زیر بیست سال، ۲۶/۸۶

درصد بین ۲۱ تا ۲۵ سال، ۱۷/۷۷ درصد بین ۲۶ تا سی سال، ۲۲/۷۳ درصد بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۱۲/۸۱ درصد بین ۳۶ تا چهل سال و ۳/۷۲ درصد هم بالای چهل سال بودند.

ابتدا مفروضه‌های مربوط به انجام تحلیل رگرسیون بررسی شد. با توجه به عدم معناداری مقدار آزمون کولموگراف، شکل توزیع مربوط به متغیرهای تحقیق نرمال بود ($p > 0/05$). مقدار آزمون دوربین و آتسون (۱/۵۸) برقراری پیش فرض عدم همبسته بودن خطاها و استقلال خطاها را تأیید کرد. بررسی آماره‌های مربوط به باقی‌مانده‌ها و رسم نمودار مربوط به باقی‌مانده‌های استاندارد نیز استقلال باقی‌مانده‌ها و نرمال بودن توزیع آن را نشان داد. هر دو شاخص «ضریب تحمل» (تولرانس) و «عامل تورم واریانس» (VIF) هم گواهی بر عدم وجود همخطی دادند.

با توجه به تأیید مفروضه‌های مطالعه، از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. بدین منظور داده‌های حاصل از مؤلفه‌های پرسش‌نامه باورهای ناکارآمد شناختی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین، و متغیر سطح تحول روانی - معنوی به‌عنوان متغیر ملاک، با استفاده از تحلیل رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج مربوط به تحلیل واریانس رگرسیون که در جدول (۱) ارائه شده است، حمایت خوبی از مناسب بودن مدل تحلیل رگرسیون به‌عمل آورد و نشان‌دهنده وجود رابطه خطی بین متغیرها بود. به‌عبارت‌دیگر، مدل رگرسیون با توجه به نسبت‌های معنادار f توانسته است بیشتر تغییرات متغیر وابسته را در خود جای دهد و نشان داد که متغیر پیش‌بین باورهای ناکارآمد شناختی از قدرت تبیین خوبی برخوردار است ($p < 0/05$).

جدول ۱: تحلیل واریانس رگرسیون سطح تحول روانی - معنوی براساس باورهای ناکارآمد شناختی

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
رگرسیون	۲۸۷۲۱/۲۵	۵	۵۷۴۴/۲۵	۱۲/۳۱	* / ۰۰۰
باقی‌مانده‌ها	۱۰۹۱۸۰/۵۹	۲۳۴	۴۶۶/۵۸		
مجموع	۱۳۷۹۰۱/۸۵	۲۳۹			

همان‌گونه که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، مؤلفه‌های متغیر باورهای ناکارآمد شناختی، در مجموع توانستند ۲۱ درصد واریانس نمره‌های سطح تحول روانی - معنوی را در بیماران پیش‌بینی کنند. همچنین بررسی ضرایب بتا (ضریب رگرسیون استاندارد) نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های باورهای ناکارآمد شناختی، تنها مؤلفه «انجام کامل امور» توانست پیش‌بینی‌کننده معنادار متغیر سطح تحول روانی - معنوی باشد.

مؤلفه اهمیت و کنترل افکار به‌تنهایی توانسته است $0/04$ درصد از واریانس نمرات سطح تحول روانی - معنوی را در بیماران تبیین کند. ضرایب رگرسیون استاندارد ($\beta = -0/20$) نیز حاکی از آن بود که مؤلفه اهمیت و کنترل افکار با توجه به آماره t می‌تواند به‌تنهایی تغییرات مربوط به متغیر سطح تحول روانی را با اطمینان 99% به‌صورت معکوس پیش‌بینی کند.

مؤلفه انجام کامل امور به‌تنهایی توانسته است $0/19$ درصد از واریانس نمرات سطح تحول روانی - معنوی را در بیماران تبیین کند. ضرایب رگرسیون استاندارد ($\beta = -0/44$) نیز حاکی از آن بود که مؤلفه انجام کامل امور با توجه به آماره t می‌تواند به‌تنهایی تغییرات مربوط به متغیر سطح تحول روانی را با اطمینان 99% به‌صورت معکوس پیش‌بینی کند.

پیش‌بینی سطح تحول روانی - معنوی از طریق متغیر احساس گناه

نتایج مربوط به آنالیز تحلیل واریانس رگرسیون که در جدول (۳) ارائه شده است، حمایت خوبی از مناسب بودن مدل تحلیل رگرسیون برای داده‌های مربوط به این فرضیه به‌عمل نیامد و نشان‌دهنده عدم وجود رابطه خطی بین متغیرها بود. به‌عبارت‌دیگر، مدل رگرسیون نتوانسته است تغییرات متغیر وابسته را در خود جای دهد و در نتیجه مدل مناسبی توسط روش رگرسیونی ارائه شده نیست.

جدول ۳: تحلیل واریانس رگرسیون سطح تحول روانی - معنوی براساس مؤلفه‌های احساس گناه

سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مربعات	مدل
0/14	1/83	1045/02	3	3135/07	رگرسیون
		571/04	236	134766/78	باقی‌مانده‌ها
			239	137901/85	مجموع

با توجه به مقدار این آزمون ($Durbin-Watson = 1/2$) برقراری پیش‌فرض عدم همبسته بودن خطاها و استقلال خطاها تأیید نمی‌شود.

همان‌گونه که در جدول (۴) نیز مشاهده می‌شود، مؤلفه‌های متغیر احساس گناه نتوانستند واریانس نمره‌های سطح تحول روانی - معنوی را در بیماران پیش‌بینی کنند. همچنین بررسی ضرایب بتا (ضریب رگرسیون استاندارد) نشان می‌دهد که هیچ‌کدام از مؤلفه‌های احساس گناه نتوانست پیش‌بینی‌کننده معنادار متغیر سطح تحول روانی - معنوی باشد.

جدول ۴: پیش‌بینی متغیر سطح تحول روانی - معنوی از روی متغیر باورهای ناکارآمد شناختی

متغیرها	ضریب تعیین کل	مقدار F_r	درجه آزادی	ضریب تغییرات	F تغییرات	ضریب رگرسیون استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
متغیر وابسته: سطح تحول روانی - معنوی متغیر مستقل:	۰/۰۲	۱/۸۳	۳	۰/۰۲	۱/۸۳	-	-	۰/۱۴
خصیصه گناه						- ۰/۱۴	- ۱/۸۳	۰/۰۷
حالت گناه						۰/۱۴	۱/۸۵	۰/۰۶
معیارهای اخلاقی						- ۰/۰۷	- ۰/۹۷	۰/۳۳

در ادامه، میزان پیش‌بینی‌کنندگی هر کدام از مؤلفه‌های پرسش‌نامه احساس گناه نیز به‌عنوان متغیر پیش‌بین به‌تنهایی نسبت به متغیر سطح تحول روانی - معنوی با استفاده از تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج، حاکی از عدم توان پیش‌بینی متغیر سطح تحول روانی - معنوی توسط مؤلفه‌های پرسش‌نامه احساس گناه بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سطح تحول روانی - معنوی از طریق باورهای ناکارآمد شناختی و احساس گناه در بیماران مبتلا به اختلال OCD انجام شد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که مؤلفه‌های متغیر باورهای ناکارآمد شناختی در مجموع توانستند ۲۱ درصد واریانس نمره‌های سطح تحول - روانی معنوی را در بیماران OCD پیش‌بینی کنند. همچنین بررسی ضریب بتا (ضریب رگرسیون استاندارد) نشان داد که از بین مؤلفه‌های باورهای ناکارآمد شناختی، تنها مؤلفه «انجام کامل امور» توانست پیش‌بینی‌کننده معنادار متغیر سطح تحول روانی - معنوی باشد. مؤلفه عمومی به‌تنهایی ۱۳/۰ درصد، مؤلفه کمال‌طلبی و قطعیت ۰/۰۲ درصد، مؤلفه احساس مسئولیت و احساس خطر و تهدید ۰/۰۴ درصد، مؤلفه اهمیت و کنترل افکار ۰/۰۴ درصد و مؤلفه انجام کامل امور ۰/۹ درصد از واریانس نمرات سطح تحول روانی - معنوی را در بیماران OCD پیش‌بینی کردند.

یافته‌های زیادی رابطه سلامت معنوی و سلامت روانی و جسمی را نشان داده‌اند که با این یافته‌ها هماهنگ‌اند؛ مانند: برادی و دیگران، ۱۹۹۹؛ هشانو و دیگران، ۲۰۰۸؛ گلدشتاین و دیگران، ۲۰۰۸؛ گانسler و دیگران، ۲۰۰۸؛ کاسیلت و ویکرز، ۲۰۰۵؛ پترمن و دیگران، ۲۰۰۲؛ مایتکر و نایت، ۱۹۹۹؛ مارتنز و دیگران، ۲۰۰۸؛ لیوین و دیگران، ۲۰۰۹؛ ویترفرد و دیگران، ۲۰۰۸؛ و بیولا و دیگران، ۲۰۰۶ (به نقل از: جانیزرگی، ۱۳۹۸).

همچنین پژوهش دلجو و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که اضطراب وجودی از طریق سطح تحول روانی - معنوی می‌تواند تأثیر غیرمستقیم بر بحران وجودی داشته باشد و افزایش سطح تحول روانی - معنوی، یک عامل کلیدی در کاهش اضطراب وجودی و بحران وجودی و در نتیجه ارتقای سلامت روان به‌شمار می‌آید؛ که این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های هولنر (۲۰۱۱)، ماسکار و روسن (۲۰۰۸)، کسبیر (۲۰۰۹)، دلجو و همکاران (۱۳۹۲)، مرعشی (۱۳۹۰)، معینی (۱۳۸۹)، غباری‌ناب و همکاران (۱۳۹۰) و نورعلی‌زاده و جان‌بزرگی (۱۳۸۹) همسوست (به نقل از: دلجو و همکاران، ۱۳۹۹).

در تبیین این موضوع بر طبق نظریهٔ درمان چندبعدی معنوی، معنویت به‌موازات تحول شناختی و تحول روانی - اجتماعی متحول می‌شود؛ چنان‌که در تحول شناختی و تحول روانی - اجتماعی، اگر فرد از مرحله‌ای گذر نکند، دچار بحران، تعارض و خودمیان‌بینی می‌شود و در بزرگ‌سالی آسیب می‌بیند. به‌نظر می‌رسد که در تحول روانی - معنوی و باورهای شناختی نیز این مورد مصداق پیدا می‌کند. اگر در تحول روانی - معنوی نیز فرد نتواند تمام مراحل را به‌خوبی طی کند یا از مرحله‌ای عبور نکند و به مرحلهٔ بعد نرسد، باورهای ناکارآمد شناختی در او شکل می‌گیرد و مستعد آسیب روانی و اختلال OCD می‌شود. هرچه سطح تحول روانی - معنوی فرد در مراحل پایین‌تر باشد، مثل مرحلهٔ نخست (دین خودمیان‌بین) و مرحلهٔ دوم (دین جزمی‌نگر)، آسیب روانی بیشتر است. هرچه سطح تحول روانی - معنوی بالاتر باشد، این آسیب کمتر است. با توجه به ویژگی‌های افرادی که در مرحلهٔ دوم (دین جزمی‌نگر) قرار دارند، که دارای وجدانی سخت‌گیر، بازخوردی کامل‌گرایانه، فعالیت‌های مذهبی بی‌اختیار و در نظر گرفتن خداوند به‌منزلهٔ یک قضاوت‌کننده و درخواست‌کننده، هماهنگ با نتایج پژوهش است. افراد مبتلا به OCD دارای باورهای ناکارآمد شناختی هستند؛ 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. این باورها منطبق با ویژگی‌های مرحلهٔ اول و دوم‌اند. این بیماران به‌دلیل خودمیان‌بینی و جزمی‌نگری، مستعد اختلال وسواس و آسیب‌های روان‌شناختی دیگر هستند.

یافته‌ها فرضیهٔ دوم پژوهش را مبنی بر پیش‌بینی سطح تحول روانی - معنوی از طریق احساس گناه در بیماران OCD تأیید نکردند. این نتایج با پژوهش نظیری و همکاران (۱۳۷۴) همخوان است؛ اما با نتایج پژوهش‌های الیمپیو و همکاران (۲۰۱۳) و *الاتونزی، آبرامویتز، ناتان، کوبین و کانولی* (۲۰۰۷) همخوانی ندارد. در تبیین این موضوع، بر طبق دیدگاه رینولتز و *سالکوسکیس* (۱۹۹۱)، احساس گناه ممکن است نقش بااهمیتی در برخی اختلال‌های نورتیک، از جمله اختلال وسواس - بی‌اختیاری داشته باشد، که این امر تنها شاخصی غیرمستقیم از ارزیابی‌های بیمار پیرامون احساس مسئولیت او در برابر افکار وسواسی‌اش می‌باشد، نه یک ویژگی ذاتی خود افکار یا اعمال وسواسی (نظیری و همکاران، ۱۳۷۴). در پژوهش‌های انجام‌گرفته، رابطهٔ دینداری و

معنویت با اضطراب، رابطه متناقضی است. در برخی پژوهش‌ها اضطراب و معنویت (دینداری) رابطه مثبت دارند و در بعضی موارد رابطه منفی. برای مثال، در پژوهشی از کوئینگ (۲۰۰۹)، نقل می‌شود که تا سال ۲۰۰۰م، ۶۹ مقاله در حوزه ارتباط اضطراب با معنویت و دینداری کار شده است که از این تعداد، ۳۵ مورد نشان می‌دهند افرادی که از سطح دینداری و معنویت بالایی برخوردارند، اضطراب کمتری دارند. ۲۴ پژوهش ارتباط معناداری بین این دو را گزارش نکرده‌اند و ده پژوهش نشان می‌دهند که آنان اضطراب بیشتری دارند. بنابراین باید به این نکته توجه کنیم که در این حوزه، تمام مؤلفه‌های معنوی و مذهبی ارتباط مناسبی با اضطراب ندارند. همچنین باید این احتمال را هم در نظر داشت که ممکن است پرسش‌نامه احساس گناه گوگلر و جونز با توجه به بافت فرهنگی جامعه ایران، حساسیت لازم را در تعیین احساس گناه مرضی نداشته باشد.

با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که باورهای ناکارآمد شناختی توانستند سطح تحول روانی - معنوی افراد مبتلا به OCD را پیش‌بینی کنند و به عبارتی دستیابی به سطح تحول روانی - معنوی بالاتر به کاهش OCD می‌انجامد، پیشنهاد می‌شود با اجرای پژوهش‌های گسترده‌تر در این زمینه، مسئولان امر در دانشگاه‌ها به مفهوم تحول‌یافتگی روانی - معنوی توجه کنند و در تبیین آن برای دانشجویان بکوشند.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اجرای آن در شهر قم است که با توجه به بافت مذهبی شهر قم، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، نمونه‌های مورد بررسی از شهرهای دیگر انتخاب شوند. محدودیت دیگر پژوهش، جنسیت اعضای نمونه است. با توجه به اینکه اکثر مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره زن بودند، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی، نمونه‌های مورد بررسی شامل تعداد بیشتری از مردان مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری باشد و در نهایت آنچه در روند درمان مراجعان، بخصوص در مراجعان مذهبی، بسیار تأثیرگذار است، توجه به سطح تحول روانی - معنوی آنان است که می‌تواند پیش‌بینی‌کننده موفقیت در درمان و ماندگاری آثار آن باشد.

از آنجاکه الگوی درمانگری چندبعدی معنوی به‌نوعی نخستین نظریه جامعی است که به‌صورت کامل با فرهنگ اسلامی - ایرانی همخوانی دارد و اصول و استانداردهای علمی کاملاً در آن رعایت شده است، پیشنهاد می‌شود این‌گونه نظریات، که به افزایش اعتمادبه‌نفس اندیشمندان و روان‌شناسان داخلی در نظریه‌پردازی می‌انجامد، مورد حمایت قرار گیرد.

منابع

- انصاری، حسن و همکاران، ۱۳۹۷، «طراحی روش درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال وسواس - بی‌اختیاری»، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ش ۹ (۳۴)، ص ۱۶۷-۱۹۶.
- انصاری، حسن، ۱۳۹۵، *طراحی روش درمانی شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری*، رساله دکتری روان‌شناسی، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جان‌بزرگی، مسعود و سیدمحمد غروی‌راد، ۱۳۹۵، *اصول روان‌درمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جان‌بزرگی، مسعود و همکاران، ۱۳۹۰، «ارزیابی تحول روانی - معنوی در درمانگری مراجعان مذهبی»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۵ (۸)، ص ۴۹-۷۰.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۷۸، *انریختشی روان‌درمانگری کوتاه مدت (آموزش خود مهارگری) با و بدون جهت‌گیری مذهبی در مهار اضطراب و تنبیدی*، رساله دکتری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- _____، ۱۳۹۸، *درمان چندبعدی معنوی*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- دافر، مریم و همکاران، ۱۳۸۰، «شیوع علایم وسواس - اجباری»، *اندیشه و رفتار*، ش ۱ و ۲، ص ۲۷-۳۶.
- دلجو زهرا و همکاران، ۱۳۹۹، «ارزیابی مدل علی تحول روانی معنوی جامعه دانشجویی با تأکید بر بحران‌های انسان معاصر»، *پژوهش‌های جامعه‌شناسی*، ش ۱۴ (۳)، ص ۱۵۷-۱۷۳.
- دلجو زهرا، جان‌بزرگی مسعود، بزازیان سعیده، موسوی الهام، ۱۳۹۲، «رابطه سطح تحول روانی معنوی و احساس تنهایی با اضطراب وجودی در دانشجویان»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۷ (۱۳)، ص ۲۴-۵.
- راجزی اصفهانی، سپیده و همکاران، ۱۳۹۰، «پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی - اجباری بیل - براون»، *روان‌پژشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، ش ۴، ص ۲۹۷-۳۰۳.
- رضائی فرائی، عباس و محبوبه دافر ۱۳۸۴، «معرفی یک مداخله شناختی - رفتاری دینی در درمان اختلال وسواس»، *نقد و نظر*، ش ۳۷ و ۳۸، ص ۳۴۸-۳۴۸.
- سر آبادانی تفرشی، لیلا و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۹۷، «رابطه خداپنداره و تحول روانی معنوی با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان»، *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ش ۴ (۳)، ص ۴۵-۵۷.
- شمس، گیتی و مجید صادقی، ۱۳۸۵، «تازه‌های حوزه شناخت در اختلال وسواس فکری - عملی»، *تازه‌های علوم شناختی ایران*، سال هشتم، ش ۴، ص ۷۱-۸۵.
- شهامت ده‌سرخ، فاطمه، ۱۳۹۶، «باورهای وسواسی و نقص بازداری شناختی در مبتلایان وسواس فکری و عملی»، *روان‌شناسی شناختی دانشگاه خوارزمی*، سال پنجم، ش ۲، ص ۱۱-۲۰.
- عزیزی سمیه و همکاران، ۱۳۹۸، «مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یا درمان شناختی - رفتاری (CBT) بر افسردگی دانشجویان با توجه به سطح تحول روانی - معنوی آنها؛ (مطالعه مورد منفرد)»، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ش ۹ (۳۵)، ص ۱۴۲-۱۷۲.
- فتی، لادن، ۱۳۷۶، «کاربرد شناخت - رفتاردرمانی در درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی مقاوم به درمان (گزارش موردی)»، *روان‌پژشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ش ۳ (۱ و ۲)، ص ۵۲-۶۰.
- نظیری، قاسم و همکاران، ۱۳۷۴، «نقش پایبندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت علایم وسواسی - اجباری»، *روان‌پژشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ش ۳، ص ۲۸۳-۲۸۹.

- Abramowitz, J. S., 2014, "Treatment of scrupulous Obsessions and compulsions using exposure and response prevention: A case report", *Cognitive and Behavioral Practice*, N. 8 (1), p. 79-85.
- Abramowitz JS, Taylor S, McKay D., 2009, "Obsessive - compulsive disorder. University of North Carolina", *Chapel Hill, NC, USA Lancet*, N. 374, p. 491-499.
- Abramowitz, Jonathan, S., Jacoby Ryan, J., 2014, "Scrupulosity: A cognitive - behavioral analysis and implications for treatment", *Journal of Obsessive - Compulsive and Related Disorders*, N. 3, p. 140-149.
- American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM - 5*, 5th ed.
- D' Olimpio, Francesca, D. Cosentino Teresa. Basile B. Tenore K. Gagnani A. Mancini F., 2013, "OBSESSIVE - COMPULSIVE DISORDER AND PROPENSITY TO GUILT FEELINGS AND TO DISGUST", *Clinical Neuropsychiatry*, N. 10, p. 20-29.
- Grant, Jon E, 2014, "Obsessive - Compulsive Disorder", *The new england journal of medicine*, N. p. 646-653.
- Hermesh, H, Masser-Kavitzky R, Gross-Isseroff R., 2003, "Obsessive-compulsive disorder and Jewish religiosity", *J Nerv Ment Dis*, N. 191 (3), p. 201-203.
- Mancini, F, Gangemi, A, 2011, "Fear of deontological guilt and fear of contamination in obsessive compulsive patient", *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, N. 17, p. 395-404.
- 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*, N. 21, p. 771-787.
- Pargament, Kenneth, 2007, *Spiritually Integrated Psychotherapy Understanding and addressing the sacred New York*, Guilford.
- Salkovskis, P. M., 1985, "Obsessional compulsive problems: A cognitive behavioural analysis", *Behaviour Research and Therapy*, N. 25, p. 574-583.
- Shapiro, Leslie J. Stewart, S. Evelyn, 2011, "Pathological guilt: A persistent yet overlooked treatment factor in obsessive - compulsive disorder", *Annals of Clinical Psychiatry*, N. 23 (1), p. 63-70.