

## نقش پایبندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت علائم وسواسی-اجباری

دکتر قاسم نظیری\*، محبوبه دادفر\*\*، عیسی کریمی کیسی\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** بررسی میزان تأثیرپذیری شدت علائم وسواسی-اجباری از باورهای ناکارآمد شناختی، پایبندی‌های مذهبی به امور پاکیزگی و طهارت و احساس گناه در بیماران مبتلا به مناسک اجباری شستشو در جامعه ایرانی هدف این پژوهش بوده است.

**مواد و روش کار:** در چارچوب یک بررسی زمینه‌یابی و پس‌رویدادی، ۴۳ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری به کمک نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از چک‌لیست تشخیصی اختلال وسواسی-اجباری، فهرست اعمال اجباری، پرسش‌نامه باورها، پرسش‌نامه باورهای مذهبی در مورد مناسک شستشو، پرسش‌نامه پایبندی‌های مذهبی و پرسش‌نامه احساس گناه ارزیابی شدند. تحلیل داده‌ها به کمک ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چندمتغیری با روش هم‌زمان و تحلیل واریانس انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که بین هر یک از متغیرهای پایبندی مذهبی، باورهای ناکارآمد شناختی و احساس گناه با شدت علائم وسواسی-اجباری همبستگی منفی وجود دارد. باورهای ناکارآمد مذهبی در مورد مناسک شستشو و طهارت پیش‌بینی‌کننده بهتری برای شدت علائم وسواسی-اجباری نشان داده شدند تا باورهای ناکارآمد شناختی.

**نتیجه‌گیری:** گرچه باورهای ناکارآمد مذهبی می‌توانند سبب تبدیل آیین‌های مذهبی به شکل‌های افراطی آن شوند، اما این امر لزوماً نشان‌دهنده پایبندی‌های شدید مذهبی نیست. ممکن است فرد از نظر پایبندی‌های مذهبی در طیف بهنجار باشد اما در عین حال مبتلا به رفتارهای اجباری شستشو نیز باشد.

کلیدواژه: پایبندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد، احساس گناه، اختلال وسواسی-اجباری

مقدمه  
دارد. مذهب یکی از وجوه مهم فرهنگی هر جامعه  
بین فرهنگ و روانپزشکی ارتباط تنگاتنگی وجود  
است. برخی روانشناسان باورها و رفتارهای مذهبی را

\* دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه شیراز. شیراز، کوی ارم، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، بخش روانشناسی بالینی (نویسنده مسئول).  
E-mail: naziryy@yahoo.com

\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

\*\*\* کارشناس مسئول امور پژوهشی. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

عقیده بیش‌بها داده شده<sup>۲۰</sup> و برداشت‌های نادرست مذهبی، سرچشمه رفتارهای اجباری و پیش‌بینی‌کننده بهتری برای شدت اختلال باشند در این صورت ایجاب می‌نماید که در کار روان‌درمانی خود با این بیماران بازنگری کنیم.

با توجه به موارد یادشده، در پژوهش حاضر فرضیه‌های زیر بررسی می‌شوند:

- الف- بین شدت احساس گناه و شدت علائم وسواسی- اجباری همبستگی مثبت وجود دارد،  
ب- باورهای ناکارآمد مذهبی در مورد تشریفات شستشو و طهارت پیش‌بینی‌کننده بهتری برای شدت علائم وسواسی- اجباری هستند تا باورهای ناکارآمد شناختی، پ- بین باورهای ناکارآمد شناختی با شدت علائم وسواسی- اجباری همبستگی مثبت وجود دارد و  
ت - بین میزان پایبندی‌های مذهبی و شدت علائم وسواسی- اجباری همبستگی مثبت وجود ندارد.

#### مواد و روش‌کار

این پژوهش در چارچوب یک بررسی زمینه‌یابی و پس‌رویدادی انجام شده است. آزمودنی‌های این پژوهش ۴۳ بیمار وسواسی- اجباری مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دولتی و مطب‌های خصوصی در شهر تهران بودند که به‌شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های انتخاب بیماران به‌شرح زیر بود:

- ۱- بیماران دارای ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی- اجباری برپایه ملاک‌های تشخیصی DSM-IV باشند.
- ۲- سیمایه غالب اختلال آنها رفتارهای اجباری مربوط به شستشو، نظافت یا طهارت باشد.

نموده‌هایی از آسیب‌شناسی روانی به‌ویژه اختلال وسواسی- اجباری به‌شمار آورده‌اند. فروید<sup>۱</sup> (به‌نقل از یوسیفوا<sup>۲</sup> و لوینتال<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹) مذهب را یک نوروز وسواسی جهان شمول توصیف می‌کند و علائم وسواسی- اجباری را همانند آیین‌های مذهبی می‌داند.

بسیاری از نظریه‌پردازان نیز احساس گناه را به‌عنوان یک متغیر واسطه‌ای بین مذهب و اختلال وسواسی- اجباری دیده‌اند (برای نمونه گرینبرگ<sup>۴</sup>، ویتزوم<sup>۵</sup> و پیسانتی<sup>۶</sup>، ۱۹۸۷؛ نیلر<sup>۷</sup> و بک<sup>۸</sup>، ۱۹۸۹؛ استکتی<sup>۹</sup>، وایت<sup>۱۰</sup> و کوای<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۱؛ محجوب<sup>۱۲</sup> و عبدل حافظ<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۱). هم‌چنین برخی به‌شیوه‌های فرزندپروری کمال‌گرا در والدین این بیماران اشاره کرده‌اند که زمینه پرورش چنین احساسی شمرده می‌شود (راچمن<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۹؛ فراست<sup>۱۵</sup>، لاهارت<sup>۱۶</sup> و روزنبلیت<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۱).

نقش باورهای شناختی ناکارآمد به‌ویژه احساس مسئولیت افراطی بیماران در بروز و تداوم اختلال وسواسی- اجباری نیز مورد توجه برخی از پژوهشگران بوده و افکار وسواسی یا مناسک اجباری دارای رنگ و بوی مذهبی گزارش شده‌اند (فیضی، ۱۳۷۳؛ فتی و بوالهیری، ۱۳۷۸؛ دادفر، بوالهیری، ملکوتی و بیان‌زاده، ۱۳۸۰)، اما این موضوع که آیا بین این‌گونه افکار یا مناسک و مذهب یک رابطه علی وجود دارد یا آن‌که مذهب تنها نمود یا قالب ظاهری اختلال را شکل می‌دهد و سرمنشأ را باید در سایر ابعاد شناختی جستجو کرد، کمتر بررسی شده است. این موضوع از اهمیت بسیاری برخوردار است، چرا که درمان شناختی- رفتاری که اکنون در کنار دارودرمانی به‌کار می‌رود، اصولاً مبتنی بر تصحیح باورهای ناکارآمد بیماران است. باورهای ناکارآمدی که بیشتر پیرامون ارزیابی بیمار از رویدادها و خنثی‌سازی‌های پس از این ارزیابی، ناخوشایند بودن افکار، پذیرفته‌نشدن، احساس گناه و به‌ویژه احساس مسئولیت افراطی در مورد آنها دور می‌زند (راچمن، ۱۹۹۳، ۱۹۹۹؛ نیلر و بک، ۱۹۸۹؛ رینولدز<sup>۱۸</sup> و سالکوس کیس<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۱). چنان‌چه فرض نخست درست باشد یعنی پایبندی‌های مذهبی همراه با

1- Freud	2- Yossifova
3- Loewenthal	4- Greenberg
5- Witzum	6- Pisante
7- Niler	8- Beck
9- Stekette	10- White
11- Quay	12- Mahjoub
13- Abdel-Hafeiz	14- Rechman
15- Frost	16- Lahart
17- Rosenblate	18- Raynolds
19- Salkovskis	20-overvalued ideations

پرسش‌نامه احساس گناه توسط کوگلر<sup>۳</sup> و جونز<sup>۴</sup> (به نقل از نظیری، ۱۳۷۴) ساخته شد و یک ابزار خودسنجی است که نمره‌های آن در سه مقیاس فرعی "خصیصه گناه"، "حالت گناه"، "معیارهای اخلاقی" و یک نمره کل، میزان احساس گناه را می‌سنجد. ضریب همسانی درونی این پرسش‌نامه در مورد حالت گناه ۰/۷۹ و خصیصه گناه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن به فاصله دو هفته، به ترتیب برای مقیاس‌های "معیارهای اخلاقی"، "خصیصه گناه"، و "حالت گناه" ۰/۷۲، ۰/۸۱، ۰/۵۶ و گزارش شده است (به نقل از همان‌جا). نظیری (همان‌جا) اعتبار صوری پرسش‌نامه را با بهره‌گیری از نظر متخصصان روانشناس و روانپزشک تأیید نمود.

پرسش‌نامه باورها (BI) توسط فریستون<sup>۵</sup>، لاکوسنر<sup>۶</sup>، تیبوکو<sup>۷</sup> و گاگنون<sup>۸</sup> (۱۹۹۲) تهیه شد. این پرسش‌نامه باورهای شناختی نادرست بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری را ارزیابی نموده، استراتژی شناختی مناسب را برای درمان آنها برمی‌گزیند. BI شامل ۲۰ عبارت است که نگرش بیماران نسبت به احساس مسئولیت، احساس گناه و بیش‌برآورد خطر می‌سنجد. آزمودنی پاسخ خود را در یک مقیاس شش درجه‌ای (از کاملاً درست تا کاملاً نادرست) نمره‌گذاری می‌کند. دامنه نمره هر آزمودنی از ۲۰ تا ۱۲۰ متغیر است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۶۷ برای این پرسش‌نامه به دست آمد.

فهرست اعمال اجباری (CAC) را فیلیپات<sup>۹</sup> (به نقل از صبوری، مهریار و قریب، ۱۳۷۶) تهیه نمود. این پرسش‌نامه میزان ناتوانی وسواسی-اجباری را در ۶۲ فعالیت روزانه بررسی می‌کند و موقعیت‌های مشکل‌زای ویژه‌ای را که در مصاحبه بالینی آشکار نشده است، شناسایی می‌نماید. در پژوهش حاضر، فرم کوتاه تهیه شده توسط فروند<sup>۱۰</sup> و استکتی (۱۹۸۹) به کار برده شد و

۳- جنبه‌های خلق افسرده و مضطرب در آنان ثانویه به علایم وسواسی-اجباری باشد.

۴- سن آنها بین ۱۸-۶۵ سال و سطح تحصیلات دست کم سوم راهنمایی باشد.

۵- تمایل به شرکت در پژوهش داشته باشند.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل چک‌لیست تشخیصی اختلال وسواسی-اجباری، پرسش‌نامه پایبندی‌های مذهبی، پرسش‌نامه باورهای مذهبی در مورد مناسک شستشو، پرسش‌نامه احساس گناه، پرسش‌نامه باورها<sup>۱</sup> (BI) و فهرست اعمال اجباری<sup>۲</sup> (CAC) بودند.

برای کمک به تشخیص‌گذاری بیماران چک‌لیست تشخیصی به کار گرفته شد. این چک‌لیست برپایه ملاک‌های تشخیصی DSM-IV ساخته شده است. دادفر، بوالهری، ملکوتی و همکار (۱۳۸۰) اعتبار صوری آن را با نظرخواهی از روانشناسان بالینی و روانپزشکان گزارش نمودند.

پرسش‌نامه پایبندی‌های مذهبی دارای ۴ پرسش پنج گزینه‌ای بود که با نظر بیماران از صفر تا چهار نمره‌گذاری گردید. همبستگی پرسش‌های یادشده با پرسش‌نامه توکل توسط بوالهری، احسان‌منش و کریمی کیمسی (۱۳۷۹)  $r=0/54$  گزارش شده است. اعتبار صوری پرسش‌های یادشده را ده نفر روانشناس، روانپزشک و نیز چند نفر روحانی تأیید نمودند.

پرسش‌نامه باورهای مذهبی در مورد تشریفات شستشو، نگرش بیماران را پیرامون مناسک اجباری شستشو، طهارت و یا پرهیزهای رفتاری آنان به دلیل دور شدن از آلودگی و نجس‌بودن ارزیابی می‌نماید. نمره‌گذاری آن برپایه سیستم لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) انجام می‌گیرد. با توجه به شمار پرسش‌های پرسش‌نامه (۲۵ پرسش)، نمره‌های آزمودنی‌ها از صفر تا ۱۰۰ در تغییر می‌باشد. اعتبار صوری این پرسش‌نامه را شماری از روانشناسان و روانپزشکان تأیید نمودند و ضریب آلفای کرونباخ برای آن برابر ۰/۹۴ محاسبه گردید.

1- Beliefs Inventory (BI)

2- Compulsive Activity Checklist (CAC)

3- Kogler

4- Jones

5- Freestone

6- Lakoucenr

7- Thibokeau

8- Gagnon

9- Philpott

10- Frond

جدول ۱- متغیرهای موجود در آزمون تحلیل رگرسیون فرضیه دوم

متغیر	B	خطای معیار	Beta	T	سطح معنی داری
پایبندی مذهبی	-۴/۰۰۹۵۷	۱/۰۶۸	-۰/۰۵۲	-۳/۷۵	۰/۰۰۱
باورهای ناکارآمد مذهبی	۰/۱۰۹	۰/۱۱۳۸	۰/۱۲۶	۰/۹۶۱	N.S.
باورهای ناکارآمد مذهبی	۰/۱۶۱	۰/۲۶۴	۰/۰۸۲	۰/۶۱۲	N.S.
احساس گناه	-۰/۲۶۶	۰/۲۰۲	۰/۱۷۹	-۱/۳۱۵	N.S.
ضریب ثابت	۸۵/۲۵	۳۲/۸۶			

این که بین میزان پایبندی‌های مذهبی و شدت علایم و سواسی- اجباری همبستگی مثبت وجود ندارد، تأیید شد.

#### بحث

همان‌گونه که بیان شد، یافته‌های پژوهش فرضیه نخست را تأیید نکردند. این یافته با یافته‌های پژوهش نیلر و بک (۱۹۸۹) و نظیری (۱۳۷۴) همسو نیست اما با پژوهش رینولدز و سالکوس کیس (۱۹۹۱) هم‌خوان است. جدا از تفاوت‌های روش‌شناختی پژوهش‌های یادشده، به‌ویژه از نظر جامعه‌های آماری، نمونه‌های انتخاب‌شده و ابزارهای به‌کار گرفته شده می‌توان این نقطه‌نظر رینولدز و سالکوس کیس (همان‌جا) را نیز در توجیه این یافته در نظر داشت که احساس گناه ممکن است نقش با اهمیتی در برخی اختلال‌های روان‌نژندی از جمله اختلال و سواسی- اجباری داشته باشد. این امر تنها شاخصی غیرمستقیم از ارزیابی‌های بیمار پیرامون احساس مسئولیت او در برابر افکار و سواسی‌اش می‌باشد، نه یک ویژگی ذاتی خود افکار یا اعمال و سواسی. به هر روی، این احتمال را نیز باید در نظر داشت که ممکن است فهرست اعمال اجباری که در این پژوهش از آن برای

ضریب همسانی درونی آن به کمک فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۶ تعیین گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چندمتغیری<sup>۱</sup> با روش همزمان<sup>۲</sup> و تحلیل واریانس انجام گرفت.

#### یافته‌ها

۵۸/۱٪ آزمودنی‌های پژوهش زن و ۴۱/۹٪ مرد بودند. میانگین سنی آنها ۲۷/۴ سال (انحراف معیار ۸/۸) بود. از نظر سطح تحصیلات ۴۶/۵٪ لیسانس، ۱۸/۶٪ دیپلم و ۲۷/۹٪ زیردیپلم بودند. از نظر وضعیت شغلی ۲۳/۳٪ خانه‌دار، ۲۰/۹٪ کارمند، ۱۸/۶٪ دانشجو، ۱۶/۳٪ دارای شغل آزاد، ۱۴٪ محصل، ۴/۷٪ بیکار و ۲/۳٪ کارگر بودند.

یافته‌های پژوهش فرضیه نخست پژوهش را مبنی بر این که بین شدت احساس گناه و شدت علایم و سواسی- اجباری همبستگی مثبت وجود دارد، تأیید نمودند.

به‌منظور بررسی فرضیه دوم پژوهش آزمون تحلیل رگرسیون به روش همزمان انجام شد. در این آزمون شدت علایم رفتارهای شستشو و طهارت به‌عنوان متغیر ملاک و شدت پای‌بندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، باورهای شناختی و احساس گناه به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد الگو شدند. آزمون تحلیل واریانس، معناداری کل الگو را نشان داد. ضریب بتای استاندارد برای متغیر باورهای ناکارآمد مذهبی نشان داد که این متغیر در مقایسه با سایر متغیرها به نحو بهتری شدت علایم و سواسی- اجباری شستشو و طهارت را پیش‌بینی کرده است (جدول ۱) به این ترتیب فرضیه دوم پژوهش تأیید شد ( $p < ۰/۰۱$  و  $F=۵/۵۵$ ).

فرضیه سوم پژوهش مبنی بر این که بین باورهای ناکارآمد شناختی و شدت علایم و سواسی- اجباری همبستگی مثبت وجود دارد، تأیید نشد.

ضریب همبستگی پیرسون بین پایبندی‌های مذهبی و شدت علایم و سواسی- اجباری ارتباط معنی‌داری را نشان نداد. از این رو فرضیه چهارم پژوهش مبنی بر

1- multiple regression

2- simultaneous

فرضیه چهارم پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. این یافته پژوهش حاضر نشان داد که شناخت آزمودنی از مذهب، رتبه‌بندی او از نظر باورهای مذهبی، عمل کردن او به واجبات دینی و حضور او در گردهمایی‌های مذهبی نمی‌تواند با شدت اعمال و سواسی - اجباری (در این پژوهش رفتار اجباری شستشو) ارتباط داشته باشد. این یافته با یافته‌های استکتی، وایت و کوای (۱۹۹۱) ناهم‌خوان است. در پژوهش نامبردگان شدت آسیب‌شناسی اختلال و سواسی - اجباری به‌طور مثبت هم با درجه مذهبی بودن و هم با احساس گناه همبستگی داشت و بیماران و سواسی - اجباری که مذهبی‌تر بودند اغلب و سواس‌هایی با محتوای مذهبی را گزارش نمودند.

یک علت مهم این ناهم‌خوانی ممکن است مربوط به محدودیت ابزار به کار برده شده در پژوهش حاضر برای سنجش پایبندی‌های مذهبی بیماران باشد. این پرسش‌نامه تنها با چهار پرسش مستقیم و با گزارش ذهنی خود بیماران، درجه پایبندی مذهبی آنها را مشخص می‌نماید. با این حال از یک نقطه‌نظر دیگر می‌توان به نظر یوسفو و لوینتال (۱۹۹۹) استناد نمود که بر آن مبنا اصولاً فرض یک رابطه علی بین مذهب و اختلال و سواسی - اجباری، مبتنی بر یک سری کلیشه‌های از پیش تعیین شده است تا واقعیت.

یک دلیل دیگر می‌تواند رفتارهایی باشد که از سوی مذهب تشویق شده یا نمی‌شده‌اند و در عین حال در روانپزشکی به‌عنوان نشانه‌های روان‌شناختی مطرح می‌شوند.

بررسی‌ها نیز نشان داده‌اند که باورهای فرهنگی و دینی می‌توانند بر محتوای و سواس‌ها و ماهیت رفتارهای اجباری تأثیر بگذارند (محبوب و عبدل حافظ، ۱۹۹۱؛ اکاشا و همکاران، ۲۰۰۱).

از آن‌جا که برخی از ابزارهای به‌کار گرفته شده در پژوهش حاضر از جمله پرسش‌نامه احساس گناه و

ارزیابی شدت اعمال اجباری بیماران استفاده شده است، در این ارزیابی حساسیت لازم را نداشته، از این رو همبستگی پایین بین این دو متغیر واقعی نباشد.

فرضیه دوم پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. این یافته‌ها را شاید بتوان چنین تفسیر نمود که به میزانی که بیماران و سواسی - اجباری تحت تأثیر باورهای اشتباه خود پیرامون مسایل مذهبی قرار داشته باشند و به شکل افراطی درگیر این مسایل شوند و یا آگاهی کمی درباره روش درست مذهبی داشته باشند، بیشتر به رفتارهای شستشو (طهارت) می‌پردازند. این نتیجه‌گیری با یافته فوآ<sup>۱</sup> (۱۹۷۹) هماهنگ است که نشان داد یکی از عوامل کاهش‌دهنده موفقیت رفتار درمانی، وجود عقاید بیش‌بها داده شده بیماران است. این نوع عقاید در کشور ما ممکن است رنگ و بوی مذهبی داشته باشد و حتی باعث شود که علایم بیمار جنبه خودپذیری<sup>۲</sup> پیدا کند. این یافته‌ها هماهنگ با یافته‌های پژوهش‌های دادفر، بواله‌ری، بیان‌زاده و ملکوتی (۱۳۸۰)، فیضی (۱۳۷۳)، محبوب و عبدل‌حافظ (۱۹۹۱) و اکاشا<sup>۳</sup>، راغب<sup>۴</sup> و اسماعیل<sup>۵</sup> (۲۰۰۱) است که تأثیر این باورهای ناکارآمد را بر پدیدارشناسی اختلال نشان داده‌اند.

فرضیه سوم پژوهش تأیید نگردید. این یافته را می‌توان به چندگونه تبیین نمود؛ از آن‌جا که پراکندگی دامنه نمرات در این دو متغیر متفاوت بوده، همبستگی بین این دو متغیر منفی بوده است؛ یک یا هر دو ابزار به‌کار رفته برای سنجش این دو متغیر از حساسیت کافی برخوردار نبوده‌اند؛ هرچند ممکن است باورهای ناکارآمد شناختی در بیماران و سواسی - اجباری آن‌گونه که سالک‌ووس کیس (۱۹۸۵) و فریستون و همکاران (۱۹۹۲) باور دارند سهم مهمی در شکل‌گیری دور معیوب اختلال و تداوم آن داشته باشد، اما وجود این باورها ممکن است لزوماً با شدت تظاهرات اختلال یاد شده از جمله رفتارهای اجباری شستشو ارتباط نداشته باشد. به عبارت دیگر این باورها زمینه شناختی را تشکیل می‌دهند اما شدت اختلال تابع متغیرهای دیگری می‌باشد.

1- Foa  
3- Okasha  
5- Esmael

2- ego dystonic  
4- Ragheb

رساندند تشکر می‌نماییم. بدین وسیله به زحمات سرکار خانم طیبه اوردیخانی، به‌خاطر گردآوری بخشی از پرسش‌نامه‌ها ارج می‌گذاریم. برای کلیه بیمارانی که به‌عنوان آزمودنی با صبوری پرسش‌نامه‌های این پژوهش را تکمیل کردند آرزوی سلامتی داریم.

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۸/۱۷؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۲/۱۲/۱۹؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۳/۲

### منابع

بوالهری، جعفر؛ احسان‌منش، مجتبی؛ کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۷۹). بررسی رابطه بین عوامل تنش‌زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۱، ۳۴-۲۵.

دادفر، محبوبه؛ بوالهری، جعفر؛ بیان‌زاده، سیداکبر؛ ملکوتی، کاظم (۱۳۸۰). *بررسی همبودی اختلال‌های شخصیت در بیماران وسواسی-جبری و مقایسه آن با افراد بهنجار*. مقاله ارائه‌شده در ششمین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی در ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، ۱۷-۱۴ آبان‌ماه.

دادفر، محبوبه؛ بوالهری، جعفر؛ ملکوتی، کاظم؛ بیان‌زاده، سیداکبر (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۱ و ۲، ۳۲-۲۷.

صبوری، شهناز؛ مهریار، امیرحوشنگ؛ قریب، عباس (۱۳۷۶). مقایسه اثربخشی تکنیک‌های شناختی-رفتاری، کلامی و ترکیب آنها در بهبود مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۱، ۳۴-۲۵.

فتی، لادن؛ بوالهری، جعفر (۱۳۷۸). بررسی مشخصات بالینی اختلال وسواس فکری-عملی در بیماران مراکز درمانی منتخب شهر تهران، *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، سال ششم، شماره ۲، ۱۵۲-۱۴۰.

فیضی، اسماعیل (۱۳۷۳). *بررسی رابطه اعتقادات مذهبی و برخی رفتارهای بیماران وسواسی*. پایان‌نامه برای دریافت درجه دکترای پزشکی: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.

پرسش‌نامه باورهای ناکارآمد شناختی می‌توانند تحت تأثیر ویژگی‌های فرهنگی قرار گیرند، نیاز به هنجاریابی در جمعیت ایرانی دارند. پرسش‌نامه باورهای ناکارآمد مذهبی در مورد رفتارهای اجباری شستشو نیز که برای نخستین بار در این پژوهش به‌کار گرفته شد نیاز به بازنگری و بررسی‌های روان‌سنجی بیشتری دارد. از آن‌جا که هدف این پژوهش تنها بررسی رفتارهای اجباری شستشو بود و با توجه به نبود ابزاری که تنها در زمینه یادشده باشد و نزدیک‌تر بودن این پرسش‌نامه به هدف مورد نظر، این پرسش‌نامه به‌کار برده شد. از این رو، دامنه نمرات آزمودنی‌ها در این پرسش‌نامه، با توجه به این‌که آزمودنی‌هایی انتخاب گردیده بودند که رفتار اجباری غالب آنها مناسب شستشو باشد محدود گردید. این موضوع ممکن است بر نتایج به‌دست آمده به‌ویژه ضرایب همبستگی تأثیر گذاشته باشد.

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که باورهای دینی به‌عنوان یک جنبه مهم فرهنگی جامعه ما، باید مورد توجه روانشناسان و روانپزشکان در کار بالینی با بیماران باشد. نادیده‌گرفتن باورهای ناکارآمد یا سوءبرداشت‌ها درباره مذهب به‌ویژه در مورد بیماران وسواسی-اجباری، ممکن است ناکامی‌های درمانی را در پی داشته باشد. از سوی دیگر، هرگونه داوری مبنی بر این‌که مذهبی بودن یک عامل زمینه‌ساز حالات روان‌نژندی است می‌تواند پیشداوری کلیشه‌ای در این زمینه باشد.

### سپاسگزار

بدین وسیله سپاسگزاری خود را از اعضای محترم قطب علمی آموزشی-پژوهشی انستیتو روانپزشکی تهران که با حمایت مالی خود، زمینه اجرای این طرح پژوهشی را فراهم نمودند اعلام می‌نماییم. جناب آقای دکتر محمدکاظم عاطف‌وحید بر کلیه مراحل پژوهش نظارت نموده، راهنمایی‌های لازم را ارائه دادند که قدردانی خود را از ایشان ابراز می‌داریم. از همکاران محترم روانپزشک که با ارجاع بیماران ما را یاری

- Niler, E.R., & Beck, S.J. (1989). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in normal population. *Behavior Research and Therapy*, 27, 213-220.
- Okasha, A., Ragheb, K., & Esmael, A.H. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive symptoms in a sample of Egyptian adolescents. *Encephale*, 27, 8-14.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. (1999). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Reynolds, P.M., & Salkovskis, P. (1991). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and depression in a normal population: An attempted replication. *Behavior Research and Therapy*, 29, 259-265.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problem: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Stekette, G.S., White, K., & Quay, S. (1991). Religion and guilt in OCD patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 359-367.
- Yossifova, M., & Loewenthal, K.M. (1999). Religion and judgement of obsessionality. *Mental Health, Religion and Culture*, 2, 145-151.
- نظیری، قاسم (۱۳۷۴). نقش احساس گناه در فرآیند پردازش اطلاعات بیماران وسواسی-اجباری و بررسی ریشه‌های آن در شیوه فرزندپروری کمال‌گرا. پایان‌نامه برای دوره کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- Foa, A.B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behavior Research and Therapy*, 17, 166-176.
- Freestone, M.H., Lakoucenr, R., Thibokeau, N., & Gagnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behavior Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Fron, B., & Steketee, G. (1989). Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patients. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 15, 31-40.
- Frost, R.O., Lahart, C.M., & Rosenblate, R. (1991). The development of perfectionism: A study of daughters and their parents. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 469-489.
- Greenberg, D., Witztum, E., & Pisante, J. (1987). Scrupulosity: Religious attitudes and clinical presentation. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 29-37.
- Mahjoub, O.M., & Abdel-Hafeiz, H.B. (1991). Pattern of obsessive-compulsive disorder in eastern Saudi Arabia. *British Journal of Psychiatry*, 185, 840-842.