

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال سوم شماره ۱۰ تابستان ۱۳۸۷

مقایسه‌ی نگرش‌های مذهبی و کمال‌گرایی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی و افراد بهنجار

دکتر علی فخاری - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مهدی ایمانی - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

حسین قلی‌زاده - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

دکتر عباس بخشی پور - عضو هیئت علمی دانشگاه (روانشناس بالینی)

چکیده:

هدف این پژوهش مطالعه رابطه میان نگرش مذهبی و کمال‌گرایی با اختلال وسواسی-فکری-عملی است. برای این منظور بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-فکری-عملی ($n=100$) و یک گروه گواه ($n=100$) که هیچ نوع سابقه بیماری روانپزشکی نداشتند به پرسش‌نامه‌ی نگرش مذهبی، پرسش‌نامه‌ی کمال‌گرایی و سیاهه‌ی وسواس فکری-عملی مازولی پاسخ دادند. یافته‌های پژوهشی از طریق ضریب همبستگی، رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس چند متغیره یک راهه (مانوای یک راهه) مورد تحلیل قرار گرفتند و معلوم شد بیماران در قیاس با جمعیت سالم در هر ۳ متغیر نگرش مذهبی، کمال‌گرایی و وسواسی-فکری-عملی نمرات بالاتری به دست می‌آوردند ($P<0/01$)، در ثانی هر دو متغیر با وسواس رابطه معنی‌دار دارند ($P<0/000$). از میان دو متغیر کمال‌گرایی و نگرش مذهبی، کمال‌گرایی درصد بالاتری از واریانس نمرات اختلال وسواسی - اجباری را پیش‌بینی می‌کند (۳۸ درصد) اما این میزان برای متغیر نگرش مذهبی (۲ درصد) می‌باشد. همسو با تحقیقات پیشین می‌توان اظهار نمود که کمال‌گرایی و مذهبی بودن دو عامل آسیب‌پذیری افراد در مقابل اختلال وسواسی فکری-عملی است. **واژه‌های کلیدی:** وسواسی فکری-عملی، نگرش مذهبی، کمال‌گرایی.

وسواس‌های فکری^۱ عقاید، افکار، تکانه‌ها، یا تصاویر ذهنی پایداری هستند که مزاحم و نامناسب می‌نمایند و به اضطراب یا پریشانی آشکار منجر می‌شوند. کیفیت مزاحم و نامناسب وسواس‌های فکری تحت عنوان خود ناهمخوان^۲ ذکر می‌شود. این پدیده حاکی از آن است که فرد با محتوای وسواس فکری بیگانه است، آنرا تحت کنترل خود نمی‌داند، و از نوع اندیشه‌ای نیست که او انتظار دارد. با این حال، فرد قادر به تشخیص این نکته است که وسواس‌های فکری محصول ذهن خود او هستند و از خارج تحمیل نمی‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۰۰). وسواس‌های عملی^۴ رفتارهای تکراری (مانند شستن دست، منظم کردن، بازبینی) یا اعمال ذهنی (مانند دعا کردن، شمارش، تکرار واژه‌ها به آرامی) هستند که هدف آنها پیشگیری یا کاهش اضطراب یا پریشانی است، نه به دست آوردن لذت یا رضایت (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

تا همین اواخر اختلال وسواس فکری-عملی^۵، اختلال نه چندان شایع که پیش آگهی ضعیفی به درمان دارد، در نظر گرفته می‌شد (آبرامویچ^۶، ۱۹۹۷؛ به نقل از استورچ^۷، لیزا^۸ و مرلو^۹، ۲۰۰۶)، اما امروزه شیوع اختلال وسواس فکری-عملی در طول عمر در جمعیت کمی ۳ تا ۴ درصد برآورد می‌شود. این رقم اختلال وسواس فکری-عملی را در ردیف چهارم شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی قرار می‌دهد (سادوک^{۱۰} و سادوک، ۲۰۰۳). با وجود تحقیقات مختلف روانشناختی و نورو بیولوژیک هنوز اطلاعات دقیق و کافی در تبیین علت‌شناسی^{۱۱} اختلال وسواس فکری-عملی وجود ندارد. با وجود این، بسیاری از پژوهش‌ها به بررسی عامل‌هایی پرداخته‌اند که احتمال می‌رود همبستگی معنی‌دار با علائم وسواس فکری-عملی داشته باشند. از جمله این عوامل که

1- obsessions

3- American Psychiatry Association

5- obsessive- compulsive disorder

7- Storch

9- Merlo

11- etiology

2- ego dystonic

4- compulsions

6- Abramowitz

8- Liza

10- Sadock

علاقه‌ی بسیاری از محققان را بر انگیخته، بازخورد مذهبی^۱ (کربنبرگ، ۱۹۸۴) و کمال‌گرایی^۲ (فروست^۳، مارتن^۴، لهارت^۵، روزنبلت^۶، ۱۹۹۰) را می‌توان نام برد.

(۱۹۲۷؛ به نقل از جان بزرگی، ۱۳۷۸) مذهب را به‌عنوان وسواس همگانی^۷ فروید^۸ های زیادی در فرهنگ‌های مختلف، در صدد معرفی کرد. از زمان فروید به بعد پژوهش بررسی رابطه‌ی مذهب و اختلال وسواس بوده‌اند، که در بسیاری از پژوهش‌ها، این رابطه اختلال معنی‌دار نبوده است. به‌عنوان مثال، لوئیس^۸ نشان داد که بین مذهبی بودن و وسواس فکری-عملی رابطه‌ای وجود ندارد. در یک نمونه بزرگ بیماران وسواس فکری-عملی که چینی‌الاصل بودند و در سنگاپور زندگی می‌کردند، مطالعه‌ای انجام شد اما رابطه‌ی مشخص و معنادار بین مذهب و شدت نشانه‌ها در بیماران وسواس فکری-عملی^{۱۲}، به‌دست نیامد (چیا^۹، ۱۹۹۶). در پژوهش دیگری (زوهار^{۱۰}، کلدمن^{۱۱}، کلماری مشیها^{۱۳}؛ ۲۰۰۴) که درمورد نمونه دانش‌آموزان اسرائیلی انجام گرفت نیز رابطه معنادار بین مذهب و رفتار وسواس فکری-عملی به‌دست نیامد، اما رابطه اختلال وسواس فکری-عملی و کمال‌گرایی تأیید شد. از طرف دیگر بعضی از پژوهش‌ها میزان مذهبی بودن در بیماران وسواسی را بیشتر از سایر اختلالات روانپزشکی گزارش کرده‌اند. به دراموند^{۱۷}؛ ۱۹۹۶) درمورد بیماران بال^{۱۶}، عنوان مثال، در پژوهشی که (رافائل^{۱۴}، رانی^{۱۵}، از نژادها و مذهب‌های مختلف ساکن لندن انجام گرفت، نتایج نشان داد که بیماران وسواس فکری-عملی نسبت به سایر اختلالات روانپزشکی، نمره بیشتری در مقیاس اولوگ^{۱۹}، با بررسی نتایج مذهبی بودن به‌دست می‌آورند. در پژوهش دیگری تک^{۱۸} و

1- religious attitude

3- Frost

5- Lahart

7- Freud

9- Chia

11- Goldman

13- Mashiah

15- Rani

17- Drummond

19- Ulug

2- perfectionism

4- Marten

6- Rosenblate

8- Lewis

10- Zohar

12- Calamary

14- Raphael

16- Bale

18- Tek

پژوهش‌های انجام شده در کشورهای مختلف دریافته‌اند که در بین مسلمان‌ها و یهودی‌های خاورمیانه (که مذهبشان آداب و آیین فراوانی دارند)، میزان وجود وسواس‌های مذهبی خیلی بیشتر از کشورهای غربی و هندوستان (که مذهبشان از آئین‌های کمتری برخوردار است) می‌باشد. علاوه بر بازخوردهای مذهبی، نقش و اهمیت کمال‌گرایی در بیماران وسواسی نیز مورد توجه نظریه‌های روانشناختی مختلف بوده است. نظریه‌های روانکاوی و شناختی، بر اهمیت و نقش کمال‌گرایی در بیماران وسواس فکری-عملی تأکید کرده‌اند (رندی^۱، فروست^۲، استکتی^۳، ۱۹۹۶). همسو با این نظریه‌ها، پژوهش‌های تجربی زیادی رابطه کمال‌گرایی را با اختلال وسواس فکری-عملی نشان داده‌اند (رندی، فروست و استکتی، ۱۹۹۶؛ پاچت^۴، ۱۹۸۴؛ راسموسن^۵ و ایزن^۶، ۱۹۸۹، ۱۹۹۲، به نقل از رهیوم^۷، فروستون^۸، داقس^۹، لتارت^{۱۰} و لادوسور^{۱۱}، ۱۹۹۴). در یک پژوهش مشخص شد که کمال‌گرایی نقش کلیدی و اساسی در به وجود آمدن اختلال وسواس فکری-عملی دارد (جانن^{۱۲}، ۱۹۰۳، به نقل از پیتمن^{۱۳}، ۱۹۸۷). در پژوهشی دیگر (رهیوم، همکاران، ۱۹۹۴) رابطه‌ای متوسط بین کمال‌گرایی و وسواس فکری-عملی به دست آمد. مطالعه فروست و همکاران، (۱۹۹۰) نشان داد که همبستگی معنی‌دار بین میزان کمال‌گرایی آزمودنی‌ها در خرده‌مقیاس‌های مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی فروست (FMPS)^{۱۴} با شدت وسواس آنها در مقیاس وسواس فکری-عملی مادلزلی^{۱۵} (MOCI)^{۱۶} وجود دارد. قرشانی و شر (۱۹۹۵)؛ به نقل از رندی، فروست و استکتی، (۱۹۹۶) نشان داده‌اند که بین خرده‌مقیاس واریسی اختلال وسواس فکری-عملی و کمال‌گرایی رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد. در پژوهش دیگری تالیس (۹۹۶)؛ به

1- Randy

3- Steketee

5- Rasmosen

7- Rheauime

9- Dugas

11- Ladouceur

13- Pitman

15- Moudsley Obsessive- Compulsive Inventory

2- Frast

4- Pachet

6- Vayzan

8- Freston

10- Letarte

12- Junt

14- Frost Multidimensional Perfectionism Scale

16- Moudsley Obsessive- Compulsive Inventory

نقل از رندی، فروست و استکتی، ۱۹۹۶) بین خرده‌مقیاس شستشو و کمال‌گرایی رابطه معنی‌دار به دست آورد. علاوه بر نظریه‌ها و پژوهش‌های تجربی فوق، تجربه‌های بالینی مختلف هم نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی کمال‌گرایی و اختلال وسواس فکری-عملی هستند (رندی، فروست و استکتی، ۱۹۹۶؛ رهیوم و همکاران، ۱۹۹۴). لازم به ذکر است که کمال‌گرایی نه تنها با اختلال وسواس فکری-عملی رابطه دارد بلکه با اختلالات روانی دیگر نیز همپوشی دارد (پاچت، ۱۹۸۴ به نقل رهیوم و همکاران، ۱۹۹۴).

باتوجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی بازخوردهای مذهبی و کمال‌گرایی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار می‌باشد و پژوهش حاضر برای محک زدن فرضیه‌های زیر تدوین شده است:

- ۱- بین کمال‌گرایی و اختلال وسواس فکری-عملی رابطه وجود دارد.
- ۲- بین بازخورد مذهبی و اختلال وسواس فکری-عملی رابطه وجود دارد.
- ۳- بین کمال‌گرایی و بازخورد مذهبی رابطه وجود دارد.
- ۴- چه مقدار از واریانس اختلال وسواس فکری-عملی، قابل تبیین با بازخورد مذهبی و کمال‌گرایی می‌باشد.
- ۵- بین افراد سالم و بیماران از لحاظ سطح کمال‌گرایی و بازخورد مذهبی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

روش

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر، عبارت بود از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی بیمارستان رازی تبریز و کلینیک علامه امینی، و نیز کارمندان و کارکنان دانشگاه تبریز و بیمارستان رازی.

از بین بیماران مراجعه‌کننده به مراکز یاد شده ۱۰۰ نفر (مشمول بر ۴۹ مرد و ۵۱ زن) به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گروه کنترل نیز ۱۰۰ نفر از کارمندان و کارکنان دانشگاه تبریز و بیمارستان رازی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. دو گروه بر حسب متغیرهای سن و جنس و میزان تحصیلات هم‌تا شدند. تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی از طریق تشخیص روانپزشک به اضافه مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات عاطفی^۱ (SADS) با بیماران صورت گرفت و برای تعیین دقیق اختلال وسواس فکری-عملی، آزمون تشخیص وسواس مادزلی در بخش پرسشنامه‌ها اجرا شد. شیوه اجرای پرسشنامه‌ها هم به این صورت بود که نخست برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد که برای انجام یک پژوهش انتخاب شده‌اند و شرکت آنها در این کار اختیاری است. سپس دفترچه حاوی پرسشنامه‌های تحقیق در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و توضیحات کامل در مورد نحوه تکمیل هر کدام از پرسشنامه‌ها ارائه شد. اجرای پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی بود و برای هر کدام از آزمودنی‌ها توضیحات یکسان ارائه شد. با به دست آوردن نمرات خام آزمودنی‌ها در دو گروه (بیمار و سالم)، همبستگی بین متغیرهای پژوهش محاسبه و سپس با یافتن همبستگی معنادار بین بازخورد مذهبی و وسواس فکری-عملی از یک سو و کمال‌گرایی و وسواس فکری-عملی از طرف دیگر، از مدل تحلیل رگرسیون چندمتغیره برای یافتن اثر مشترک متغیرهای پیش‌بینی‌کننده و اهمیت هر کدام به صورت جداگانه استفاده شد. همچنین به منظور بررسی افراد سالم و بیمار در سه متغیر میزان وسواس فکری-عملی، سطح کمال‌گرایی و بازخورد مذهبی از روش تحلیل واریانس چندمتغیره یک‌راهه استفاده گردید.

ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس وسواس فکری-عملی مادزلی (MOCI)- این مقیاس توسط هاجسون^۱ و راجمن^۲ (۱۹۷۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطة مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ پرسش به صورت صحیح-غلط می‌باشد. افزون بر نمره کل وسواس، مقیاس مادزلی شامل ۵ زیر مقیاس شامل واری^۳، شستشو^۴، کندی^۵، شک^۶ و نشخوار ذهنی^۷ می‌باشد (راجمن و هاجسون، ۱۹۸۰). بیشترین نمره کلی آزمون ۳۰ می‌باشد و بیشترین نمره در چهار خرده مقیاس واری، شستشو، کندی، شک به ترتیب ۹، ۱۱، ۷، ۷ است. برخی از پرسش‌ها به بیش از یک زیر مجموعه تعلق دارند و بنابراین نمره کلی آزمون کمتر از جمع نمره‌های زیر مقیاس‌ها می‌باشد (فینبرگ^۸، مارازیتی^۹ و استین^{۱۰}، ۲۰۰۱). راجمن و هاجسون (۱۹۷۷، ۱۹۸۰) روایی همگرا^{۱۱} و پایایی بازآزمایی^{۱۲} این مقیاس را رضایت‌بخش گزارش کردند و روایی سازه^{۱۳} این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیربالینی تأیید نمودند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که این ابزار نسبت به تغییرات درمانی حساس بوده و پایایی آن با روش باز آزمایی در حد مطلوب است (راجمن و هاجسون، ۱۹۸۰؛ استرنبرگ^{۱۴} و برنز^{۱۵}، ۱۹۹۰، به نقل از امل کامپ^{۱۶}، بینز^{۱۷}، ۱۹۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران توسط پژوهش‌های مختلف رضایت‌بخش اعلام شده است. برای مثال، دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرای آن با مقیاس وسواسی-اجباری بیل را ۰/۸۷ گزارش کرده است. مقیاس کمال‌گرایی اهواز- به منظور بررسی کمال‌گرایی آزمودنی‌ها از مقیاس کمال‌گرایی

1- Hodgson

3- checking

5- retardation

7- Obsessive rumination

9- Marazziti

11- validity

13- Construct validity

15- Bernz

17- Beens

2- Rachman

4- washing

6- doubt

8- Fineberg

10- Stein

12- Test-retest reliability

14- Sternberg

16- Emmelkamp

18-

اهواز^۱ استفاده شد. مقیاس کمال‌گرایی اهواز یک مقیاس ۲۷ ماده‌ای است که به‌وسیله‌ی نجاریان، عطاری و زرگر (۱۳۷۸) در یک نمونه دانشجویی ساخته شده است. ماده‌های این مقیاس دارای ۴ گزینه هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات می‌باشد. به‌استثنای ماده‌های ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۲۳ که به‌شیوه‌ی معکوس نمره می‌گیرند، بقیه ماده‌ها براساس مقادیر ۱، ۲، ۳، ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره‌ها در این آزمون ۰ تا ۸۱ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر ۰/۹۰ می‌باشد. نجاریان عطاری و زرگر، (۱۳۷۸) برای بررسی روایی مقیاس کمال‌گرایی، مقیاس مذکور را به‌طور همزمان با مقیاس‌های الگوی رفتاری تیپ A سمی (TA۱) و غیرسمی (TA۲)، خرده مقیاس شکایات جسمانی SCL-90R^۱ و مقیاس حرمت خود کوپر اسمیت^۲ به‌کار بردند که بجز ضریب همبستگی APS^۳ با الگوی رفتاری تیپ A غیررسمی ضرایب حاصله در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار بودند.

آزمون بازخورد سنج مذهبی^۴ - این پرسشنامه از سوی گلریز (۱۳۵۲) معرفی شد و شامل ۲۵ پرسش است. پرسشنامه‌ی مذکور برمبنای اصول روش‌شناختی مقیاس ترستون ساخته شده است. بدین معنی که سؤال‌های پرسشنامه برحسب بازخورد منفی تا مثبت به مذهب در یک پیوستار ۹ درجه‌ای قرار می‌گیرند. آزمودنی موافقت یا مخالفت خود را با هر سؤال به شکل بلی یا خیر مشخص می‌سازد. گزینه‌های خیر نمره‌ای دریافت نمی‌کنند اما گزینه‌های بلی دارای یک ارزش عددی ۱ تا ۹ می‌باشند. برای سنجش نمره کلی آزمودنی، ارزش‌های عددی گزینه‌های بلی با یکدیگر جمع و عدد به‌دست آمده بر تعداد کل این گزینه‌ها تقسیم می‌گردد. عدد به‌دست آمده هرچه بزرگتر باشد بر بازخورد مذهبی قوی‌تر دلالت دارد. پایایی این پرسشنامه از راه همسانی درونی (ضریب آلفا)، ۰/۷۸ و همبستگی آن با خرده مقیاس نگرش مذهبی آلپورت (آلپورت، فکری-عملی رابطه وجود دارد یا نه؟ از ضریب همبستگی پیروسون که در جدول شماره

1- Symptom Check List-90

3- Cooper smith Self-Esteem Inventory

2- Ahvas Perfectionism Scale (APS)

4- Instrument for religious attitude

ورنون^۱ و لیندزی^۲، ۱۹۶۰ به نقل از گلریز، (۱۳۵۲) ۰/۸۰ گزارش شده است. همچنین این مقیاس به خوبی می‌تواند گروه‌های ملاک مذهبی و عادی (به‌عنوان مثال، روحانیون و افراد عادی) را از هم متمایز سازد (گلریز، ۱۳۵۲).

نتایج

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش شامل بازخورد مذهبی، کمال‌گرایی، اختلال وسواسی-اجباری و چهار زیر مقیاس اختلال وسواس فکری-عملی، در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمره‌های بازخورد مذهبی، کمال‌گرایی و وسواس فکری-عملی بیماران و افراد سالم

سالم		بیمار		متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱۶/۲۶	۵۸/۵۵	۱۴/۸۷	۸۶/۳۳	کمال‌گرایی
۰/۵۶	۱/۷۰	۰/۳۵	۱/۸۷	بازخورد مذهبی
۲/۶۷	۶/۹۸	۲/۰۹	۲/۱۴	وسواس فکری-عملی
۱/۷۷	۲/۳۵	۱/۸۳	۸/۰۱	شستشو
۱/۴۱	۰/۹۷	۱/۳۴	۰/۱۳	وارسی
۱/۲۴	۱/۷۹	۱/۷۲	۳/۳۴	کندی
۱/۱۱	۱/۲۴	۱/۵۹	۳/۴۰	شک

سپس به منظور پاسخ به این فرضیه‌های پژوهش که آیا بین کمال‌گرایی و اختلال وسواس فکری-عملی رابطه وجود دارد؟ و یا آیا بین بازخورد مذهبی و اختلال وسواس^۲ آورده شده است، استفاده گردید.

جدول (۲) ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای بازخورد مذهبی، کمال‌گرایی، اختلال وسواس فکری-عملی و خرده مقیاس‌های اختلال وسواس فکری-عملی

شک /	کندی /	تکرار	وارسی	شستشو	وسواس کل	بازخورد مذهبی	کمال‌گرایی	
شک /	کندی /	تکرار	وارسی	شستشو	وسواس کل	بازخورد مذهبی	کمال‌گرایی	کمال‌گرایی
۱	۰/۴۸۵**	۰/۴۳۷**	۰/۵۵۹**	۰/۵۰۱**	۰/۶۲۰**	۰/۰۵۲	۱	۱
۱	۰/۰۳۷	۰/۰۴۱	۰/۰۸۷	۰/۲۲۹**	۰/۱۵۷*	۱	-	بازخورد مذهبی
۱	۰/۶۴۹**	۰/۶۷۴**	۰/۸۸۱**	۰/۸۸۷**	۱	-	-	وسواس کل
۱	۰/۴۱۴**	۰/۴۴۵**	۰/۷۳۴**	۱	-	-	-	شستشو
۱	۰/۴۹۶**	۰/۴۸۶**	۱	-	-	-	-	وارسی
۱	۰/۳۴۷**	۱	-	-	-	-	-	کندی / تکرار
۱	-	-	-	-	-	-	-	شک / تردید

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد:

- بین بازخورد مذهبی و اختلال وسواس فکری-عملی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$).

- بین کمال‌گرایی و اختلال وسواس فکری-عملی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$).

- بین کمال‌گرایی و بازخورد مذهبی رابطه معنی‌دار وجود ندارد.

- بین کمال‌گرایی و هر ۴ زیر مقیاس اختلال وسواس فکری-عملی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/01$).

- از چهار زیر مقیاس اختلال وسواس فکری-عملی فقط زیر مقیاس شستشو با بازخورد مذهبی رابطه‌ی مثبت معنی‌دار دارد ($P < 0/01$).

و اما سؤال اساسی تری که پژوهش حاضر به دنبال پاسخ گویی آن بود، این مسأله بود که چه مقدار از واریانس اختلال وسواس فکری-عملی قابل تبیین با دو متغیر کمال گرایی و بازخورد مذهبی می‌باشد؟ به عبارتی دیگر کدام یک از دو متغیر بازخورد مذهبی و کمال گرایی پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی تری برای متغیر وسواس فکری-عملی می‌باشند؟ برای پاسخ به این سؤال هم از روش آماری رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد (جدول شماره ۳). در این تحلیل اختلال وسواس فکری-عملی به‌عنوان متغیر ملاک و بازخورد مذهبی و کمال گرایی به‌عنوان متغیرهای پیش بین در نظر گرفته شد. همان‌طور که از جدول شماره ۳ معلوم می‌شود هر دو متغیر بازخورد مذهبی و کمال گرایی با اختلال وسواس فکری-عملی رابطه‌ی معنی‌دار دارند ($P < 0/000$)، همچنین از میان دو متغیر پیش‌بینی‌کننده، متغیر کمال گرایی پیش‌بینی قوی تری است. مجذور همبستگی (R) این متغیر ۳۸ درصد است، یعنی ۳۸ درصد واریانس میان کمال گرایی و اختلال وسواس فکری-عملی مشترک است. وقتی مقیاس بازخورد مذهبی هم به معادله اضافه شود، این میزان به ۴۰ درصد می‌رسد.

جدول (۳) تحلیل رگرسیون چندگانه رابطه اختلال وسواس فکری-عملی با نگرش مذهبی و کمال گرایی

متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	R	R ^۲	SE
رگرسیون	۴۴۳۲/۱۴	۱	۴۴۳۲/۱۴	۱۲۳/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۶۲	۰/۳۸	۵/۹۹
کل	۱۱۵۴۰/۷۸	۱۹۸						
خطا	۷۱۰۸/۶۴	۱۹۹	۳۵/۹۰					
رگرسیون	۴۶۱۲/۳۹	۲	۲۳۰۶/۱۹	۶۵/۵۷	۰/۰۰	۰/۶۳	۰/۴۰	۵/۹۳
کل	۱۱۵۴۰/۷۸	۱۹۹						
خطا	۶۹۲۸/۳۸	۱۹۷	۳۵/۱۶					

برای تحلیل این فرضیه پژوهش هم که: بین افراد سالم و بیماران از لحاظ بازخورد مذهبی و سطح کمال‌گرایی تفاوت معنی‌دار وجود دارد، به عبارت دیگر بیماران در مقایسه با افراد سالم نمرات بیشتری در بازخورد مذهبی و کمال‌گرایی به دست می‌آورند، از تحلیل واریانس چندمتغیره یک راهه (مانوای یک‌راهه) استفاده شد. اطلاعات مربوط به مانوا در جدولهای ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول (۴) آماره معنی‌داری مانوا (ویلیکس لامبدا)

اثر	ارزش	df	F	Sig
ویلیکس لامبدا	.۷۸	۳	۴۱۸/۶۸	./...

همان طوری که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد ویلیکس لامبدا معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/01$). که مفهوم آن این است که دست کم در یکی از متغیرها بین دو گروه سالم و بیمار تفاوت معنی‌دار آماری برقرار است. در جدول ۵، جدول تحلیل واریانس چند متغیره یک‌راهه آمده است.

جدول (۵) تحلیل واریانس چندمتغیره یک راهه

منبع متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig
گروه‌ها	۳۸۵۸۶/۴۲	۱	۳۸۵۸۶/۴۲	۱۵۸/۸۳	۰/۰۰۰
کمال‌گرایی	۱/۵۰	۱	۱/۵۰	۶/۸۴	۰/۰۱۰
بازخورد مذهبی	۱۰۳۹۶/۸۲	۱	۱۰۳۹۶/۸۲	۱۱۹۹/۵۱	۰/۰۰۰
وسواس کل					
خطا	۴۸۱۰۰/۸۶	۱۹۸	۲۴۲/۹۳		
کمال‌گرایی	۴۳/۴۵	۱۹۸	۰/۲۱		
بازخورد مذهبی	۱۱۴۳/۹۶	۱۹۸	۵/۷۷		
وسواس کل					

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که بین دو گروه در هر سه متغیر میزان وسواس، کمال‌گرایی و مذهبی بودن تفاوت معنی‌دار برقرار است ($P < 0/0$)، که معنای آن اینست

که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در قیاس با گروه سالم از سطح وسواسی، کمال‌گرایی و گرایش‌های مذهبی بالاتری برخوردار دارند. لازم به ذکر است که جنسیت و وضعیت تأهل هیچ تأثیر معنی‌داری در ارتباط متغیرهای تحقیق با همدیگر نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های قبلی در این زمینه (فراست و همکاران، ۱۹۹۴؛ فراست و استکتی، ۱۹۹۷؛ گیبس^۱ و اولتمان^۲، ۱۹۹۵؛ مالینجر^۳، ۱۹۸۴؛ فراری، ۱۹۹۵؛ رهیوم و همکاران، ۱۹۹۴)، نشان می‌دهد که بین کمال‌گرایی و اختلال وسواس فکری - عملی ارتباط معناداری برقرار است. به عبارت دیگر بیماران مبتلا به وسواس نمرات بالاتری در شاخص کمال‌گرایی در قیاس با گروه کنترل به‌دست می‌آورند. هر چهار خرده مقیاس پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی با کمال‌گرایی رابطه معناداری را نشان دادند که این با اغلب تحقیقات قبلی همسو می‌باشد.

به‌عنوان مثال مطالعه فراست و همکاران (۱۹۹۰)، نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین میزان کمال‌گرایی آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های، مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فراست (FMPS) با شدت وسواسی آنها در سیاهه وسواسی فکری-عملی مادزلی (MOCI) وجود دارد. در پژوهش دیگری فراری^۴ (۱۹۹۵) ارتباط مثبت معنی‌دار بین کمال‌گرایی و اختلال وسواس فکری-عملی بدست آورد. در تبیین این یافته پژوهشی باید به نقش و اهمیت باورها و نظام‌های شناختی در به‌وجود آمدن و تداوم بیماری وسواس فکری-عملی اشاره کرد. تحقیقات نشان داده‌اند که بیماران وسواس فکری-عملی تصور درستی از فرایند تفکر انسانی ندارند. و بجای اینکه چنین افکاری را به‌نجار و یا بی‌معنا تلقی کنند، گمان می‌برند که می‌توانند و می‌باید همه

1- Gibbs
3- Malinger

2- Oltman
4- Ferrari

افکار ناخوشایندی را که به ذهنشان خطور می‌کنند، مهار کنند و ناتوانی در مهار کامل چنین افکاری، ناتوانی در مهار همه رفتارهایشان را بدنبال خواهد داشت (راچمن، ۱۹۹۳). به نظر می‌رسد که این نوع نظام شناختی بیماران وسواس فکری-عملی به‌خاطر وجود رگه‌هایی از کمال‌گرایی در بین این بیماران باشد.

دومین فرضیه پژوهشی بیان می‌داشت که ارتباط مثبت معنی داری بین بازخورد مذهبی و اختلال وسواس فکری-عملی وجود دارد. یافته‌های پژوهش حاضر، این فرضیه پژوهش را هم مورد تأیید قرار دادند. اما بررسی دقیق‌تر نشان داد که از چهار خرده مقیاس وسواس فکری-عملی، فقط خرده مقیاس شستشو با وسواس ارتباط معنی‌دار، دارد و سه خرده مقیاس دیگر وسواس فکری-عملی ارتباط معنی‌داری با بازخورد مذهبی ندارند، اما با توجه به اینکه ارتباط خرده مقیاس شستشو با بازخورد مذهبی در حد بسیار بالایی بوده است نمره کل وسواس را نیز تحت تأثیر خود قرار داده است، به‌طوری که رابطه نمره کل وسواس با بازخورد مذهبی نیز معنادار شده است. در پژوهشی استکتی، کوای^۱ و وایت^۲ (۱۹۹۱؛ به نقل از استکتی، ۱۹۹۳) نقش گناه و مذهبی بودن را در بیماران مبتلا به وسواس بررسی کردند. آنها دریافتند که شدت علائم وسواس هم با احساس گناه و هم با مذهبی بودن ارتباط دارد. همچنین بیماران مبتلا به وسواس که اعتقاد مذهبی قوی‌تری داشتند، افکار وسواسی با درونه مذهبی بیشتری نیز گزارش کردند. در پژوهشی دیگری که رافائل، رانی، بال، دراموند، (۱۹۹۶) بر روی بیمارانی از نژادها و مذهب‌های مختلف ساکن لندن انجام دادند، نتایج نشان داد که بیماران وسواس فکری-عملی نسبت به سایر اختلالات روانپزشکی، نمرات بیشتری در مقیاس مذهبی بودن بدست آوردند. همچنین در تحقیق تک و اولوگ (۲۰۰۱)، در بین بیماران جوان‌تر مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی رابطه میان آداب مذهبی و بیماری وسواس معنادار گزارش شده است. در تبیین این یافته پژوهشی باید گفت

1- Kvay

2- Vayt

عوامل فرهنگی بیشماری می‌توانند ارتباط بین مذهبی بودن و وسواسی بودن را تحت تأثیر خود قرار دهند به‌طور کلی تحقیقات در این زمینه نشان می‌دهد که ادیانی که شریعت دارند و آداب و مناسک مشخص مذهبی دارند با اختلال وسواس فکری - عملی مرتبط هستند و نیز محتوای گونه‌ای از وسواس‌های فکری، از درونمایه‌های باورهای مذهبی اشباع می‌شوند (گرینبرگ، ۱۹۸۴).

همچنین در این پژوهش هیچگونه ارتباط معناداری بین بازخورد مذهبی و کمال‌گرایی وجود نداشت. این یافته پژوهشی سومین فرضیه پژوهش حاضر را تأیید نمی‌کند و همسو با پژوهش انجام گرفته از سوی زوهار و همکاران، (۲۰۰۴) می‌باشد. باید توجه داشت که در این پژوهش برای کمال‌گرایی فقط یک نمره کلی در نظر گرفته شده بود، و ابعاد مختلف کمال‌گرایی مورد بررسی قرار نگرفته بود، به‌منظور بررسی دقیقتر ارتباط کمال‌گرایی با اختلال وسواس فکری-عملی و بازخورد مذهبی، بررسی ابعاد کمال‌گرایی توصیه می‌شود. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که بازخورد مذهبی و کمال‌گرایی به‌طور مشترک فقط ۴۰ درصد از واریانس اختلال وسواس فکری-عملی را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که برای پیش‌بینی اختلال وسواس فکری-عملی باید به دنبال علل و متغیرهای دیگری نیز بود که نیاز به پژوهش‌های جداگانه دارند.

لازم به ذکر است که محدودیت جامعه آماری پژوهش و روش نمونه‌گیری (نمونه در دسترس و غیر تصادفی) گستره تعمیم نتایج را محدود می‌سازد. بنابراین رعایت احتیاط در مورد تعمیم یافته‌های پژوهش توصیه می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله :

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

تاریخ پذیرش مقاله:

Reference

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۴). متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی (ترجمه محمدرضا نیکخو، هامایاک آوادیس یانس). تهران: سخن (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۰).
- دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). بررسی همبودی اختلالات شخصیت در بیماران وسواسی-جبری و مقایسه آنها با افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- جان بزرگی، مسعود (۱۳۷۸). بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت (آموزش خود مهارگری) با و بدون جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی. دانشگاه تربیت مدرس. دانشکده علوم انسانی. رساله دوره دکتری.
- سادوک، سادوک (۱۳۸۴). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی (ترجمه پورافکاری). تهران: شهر آب (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳).
- گلریز، گلشن (۱۳۵۲). پژوهش برای تهیه نگرش مذهبی و بررسی رابطه نگرش مذهبی با سایر بازخوردها و خصوصیات شخصیتی. پایان‌نامه کارشناسی. دانشگاه تهران، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- نجاریان، بهمن، عطاری، یوسفعلی و زرگر، یدالله. (۱۳۷۸). ساخت و اعتباریابی مقیاسی کمال‌گرایی اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دوره سوم، بهار پنجم، شماره ۴، ۳-۵۸-۴۳.
- Chia, B.H., (1996). A Singapore Study of Obsessive Compulsive Disorder. Singapore Medical Journal 37 (4), 402-406.
- Emmelkamp, P., & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with Obsessive-compulsive Disorder: A Comparative Evaluation. Behaviour Research Therapy, 29, 293-306
- Ferrari, J.R. (1995). Perfectionism Cognitions with Nonclinical and Clinical Samples. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10, 143-156

- Fineberg, N., Marazziti, D., & Stein, D. (2001). *Obsessive-compulsive Disorder: A Practical Guide*, (1 st.ed.). London: Martin Dunitz.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C., Rosenblate, R. (1990). The Dimensions of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14,449-488.
- Frost, R.O., Steketee, G. (1997). Perfectionism in Obsessive-Compulsive Disorder Patients. *Behavior Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Frost, R.O., Steketee, G., Cohn, L., & Greiss, K. (1994). Personality Traits in Subclinical and Non-obsessive-Compulsive Volunteers and their Parents. *Behavior Research and Therapy*, 32, 47-56.
- Gibbs, N.A., & Oltmanns, T.F. (1995). The Relation between Obsessive-compulsive Personality Traits and Subtypes of Compulsive Behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 397-410.
- Greenberg, D. (1984). Are Religious Compulsions Religious or Compulsive: A Phenomenological Study. *American Journal of Psychotherapy* 3 B (4), 524-532.
- Hodgson, R.J., Rachman, S. (1977). Obsessional- compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Lewis, C.A.J. (1994). Religiosity and Obsessionality: the Relation Ship between Freud's Religious Practices. *Journal of Psychology* 128 (2), 189-196.
- Malinger, A.E. (1984). The obsessive's of myth of control. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 12, 147-165.
- Pitman, R.K. (1987). Pierre Janet on Obsessive-compulsive Disorder (1903). *Archives of General Psychiatry*, 44,226-232.
- Rachman, S.J., Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice. Hall.
- Rachman, S. (1993). Obsession, Responsibility and Guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Randy, O., Frast, R.O., Steketee, G. (1996). Perfectionism in Obsessive-compulsive Disorder Patients. *Behaviour Research Therapy* 35, 291-296.

- Raphael, F.J., Rani, S., Bale, R., Drummond, L.M. (1996). Religion, ethnicity and obsessive. Compulsive Disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 38-44.
- Rheaume, J., Freston, M.H., Dugas, M.J., Letarte, H., Ladouceur. (1994). Perfectionism, Responsibility and Obsessive Compulsive Symptoms. *Behaviour Research Therapy*. 33, 785-794.
- Steketee, G.S. (1993). *Treatment of Obsessive-compulsive Disorder*. London: Guilford Press.
- Storch, E.A., Merlo, L.J. (2006). Obsessive-compulsive Disorder: Strategies for Using CBT and Pharmacotherapy. *The Journal of Family Practice*, 55, 329-333.
- Tek, G., Ulug, B. (2001). Religiosity and religious Obsessions in Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatry Research* 104 99-108.
- Zohar, A.H., Goldman, E., Calamary, R., Mashiah, M. (2004). Religiosity and Obsessive Behavior in Israeli Jews. *Behaviour Research*, 43, 857-868.

Archive of SID