

Treatment Based on Acceptance and Commitment and Spirituality of Religious Therapy in a Group Method Improvement of the Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms and Obsessive Beliefs and Quality of Life in People with Obsessive-Compulsive Disorder

Borghei SH¹, *Roshan R², Bahrami H³

Author Address

1. Student of PhD, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. PhD of Clinical Psychology, Professor of Shahed University, Tehran, Iran;
3. PhD of Educational Psychology, Professor of Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

*Correspondent Author Email: Rasolroshan@yahoo.com

Received: 2018 November 11; Accepted: 2018 December 21

Abstract

Background & Objectives: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a disabling disorder that causes disturbance and significant interference in the individual function. This disorder is thought to be caused by unwanted and intrusive mental thoughts and images that are considered meaningless, inappropriate and irresistible by the individual, as well as the tendency to determine to neutralize and compensate for these thoughts and mental images. The onset of this disorder is usually between early adolescence and early adulthood. Among treatments, a method that has been more relevant in recent years, treatment is based on acceptance and commitment. Generally, disorders that do not require interacting with inner experiences (thoughts, emotions, memories and physical emotions) that it mainly called "experiential avoidance". Due to the importance of obsessive-compulsive disorder, it needs to test new therapeutic considering religious beliefs. These techniques in spiritual therapy can have behavioral, cognitive, metacognitive, emotional and moral aspects, and can be manifested in religious concepts and behaviors such as trust, patience, prayer, meditation. Given these points, the use of human spiritual capacity in the treatment of obsessive-compulsive disorders is not only effective but also necessary. Religious psychotherapy can have significant effects on the treatment of depression and obsession because religious people are less likely to feel alone and less depression and anxiety than non-religious people. Addressing the impact of religion on health in the various, supply of human life, including health care, is important because it has an unmatched and indispensable role in human life. Therefore, knowing about the effectiveness of the therapeutic methods from religious teachings can be used to treatment of anxiety and obsessive-compulsive disorders. The purpose of this study was to compare the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and spiritual therapy on the improvement of the severity of obsessive-compulsive symptoms and quality of life in patients with obsessive-compulsive and obsessive-compulsive disorder.

Methods: The research was quasi-experimental, pre-test, post-test and follow-up with the control group. Forty-five obsessive-compulsive patients from the Qom (Qom province, center of Iran) consultation center in 2012 were selected by convenience sampling. In the beginning of the study, the subjects were investigated by questionnaires that include the practice of religious beliefs (Golzzari, 2001), Yale Brown obsession (Goodman et al., 1989), obsessive beliefs of OBQ-44 (OCCWG, 2005) and quality of life (SF36) (Farnish, 2005). The experimental group received 14 sessions of 60 minutes of group therapy based on acceptance and commitment and spirituality therapy. Data were analyzed by repeated measure ANOVA and post Hoc.

Results: Descriptive statistics (mean and standard deviation) of the three groups. The mean scores of the obsessive-compulsive scales and the mean scores of obsessive-compulsive beliefs and quality of life questionnaires in both treatment groups decreased and this decrease in follow-up was also seen. Findings of this study indicated that treatment based on acceptance and commitment and spirituality therapy in pretest posttest and follow up had a significant different on obsessive-compulsive symptoms and observer's beliefs and quality of life ($p < 0.001$). In addition, results of Post HOC test on the comparison of therapeutic methods showed that spirituality therapy was more effective than treatment-based acceptance and commitment to the improvement of obsessive-compulsive symptoms, obsessive-compulsive beliefs and quality of life.

Conclusion: Results of posttest and follow up in the experimental group showed the effect of interventions and it can be concluded that spirituality and acceptance therapy and commitment to reduce the symptoms and obsessive beliefs and improve the quality of life of people with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Spiritual therapy, Obsessive-compulsive disorder (OCD), Quality of life, Obsessive symptoms and obsessive beliefs.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی به‌شیوه گروهی بر بهبود شدت علائم و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی

شیماسادات برقعی^۱، *رسول روشن^۲، هادی بهرامی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛
 ۲. دکترای روان‌شناسی بالینی، استادنم‌گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران؛
 ۳. دکترای روان‌شناسی تربیتی، استادنم‌گروه روان‌شناسی تربیتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: Rasolroshan@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۰ آبان ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۳۰ آذر ۱۳۹۷

چکیده

زمینه وهدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بر بهبود شدت علائم و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی انجام شد.

روش بررسی: طرح پژوهش، شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. بدین‌منظور ۴۵ نفر بیمار مبتلا به اختلال وسواس از مرکز مشاوره شهر قم در سال ۱۳۹۶ به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. درابتدای مطالعه، آزمودنی‌ها با پرسشنامه‌های عمل به باورهای دینی (گلزاری، ۱۳۸۰)، وسواس ییل براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹)، باور وسواسی (OBQ-44، OCCWG، ۲۰۰۵) و کیفیت زندگی SF36 (فرنیس، ۲۰۰۵) تحت آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش چهارده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان گروهی مبنی بر رویکردهای مدنظر را دریافت کرد. داده‌ها با استفاده ازتحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی به‌شیوه گروهی دارای اثربخشی معناداری بر علائم وسواس و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی است ($p < 0/001$). همچنین تحلیل‌ها نشان داد که بین میانگین نمرات علائم وسواس و کیفیت زندگی در دو گروه معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنادار وجود ندارد؛ ولی بین میانگین نمرات باورهای وسواسی بین دو گروه درمانی تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ($p = 0/009$).
نتیجه‌گیری: معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم و باورهای وسواسی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مؤثر است.
کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنویت‌درمانی، علائم وسواس، باورهای وسواسی، کیفیت زندگی و وسواس فکری و عملی.

اختلال وسواس فکری و عملی (OCD)، اختلالی ناتوان‌کننده است که آشفتگی و تداخل معنا داری در عملکرد افراد ایجاد می‌کند. این اختلال توسط افکار و تصاویر ذهنی ناخواسته و مزاحم که از طرف فرد بی‌معنا و ناپذیرفتنی و مقاومت‌ناپذیر تلقی شده (۱) و با علائمی که به همراه دارد، مشکل در خور توجهی در روند معمولی و طبیعی زندگی و کارکرد شغلی فعالیت‌های معمولی اجتماعی یا روابط شخص به وجود می‌آورد؛ همچنین به وسیله افکار و تصاویر ذهنی ناخواسته و مزاحم که از سوی فرد بی‌معنا و ناپذیرفتنی و مقاومت‌ناپذیر است و نیز تمایل به خنثی‌سازی و جبران این افکار و تصاویر ذهنی، مشخص می‌شود (۲). سن شروع این اختلال معمولاً بین اوایل نوجوانی و اوایل بزرگسالی است. در زمینه سبب‌شناسی و درمان وسواس نظریه‌های اساسی و جامعی وجود ندارد که توافق همگان باشد؛ اما در بین مدل‌های موجود از همه برجسته‌تر مدل‌های شناختی معاصر است (۳). این مدل‌ها یک‌سری از مفروضات اساسی مشترک دارند؛ آن‌ها فرض می‌کنند که نشانه‌های وسواس از نوع خاصی از باورهای ناکارآمد به وجود می‌آید و این باورها تحول و شدت نشانه‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱)؛ بنابراین برای اختلالاتی مثل وسواس فکری و عملی که پیش‌آگهی بسیار مزمنی دارد، گزینه‌های درمانی دیگر که روی سایر متغیرها مثل تحمل پریشانی، مدیریت زندگی، مقابله، تغییر باورها و عوامل منجر به پریشانی در بیماران وسواسی تمرکز کرده‌اند، ضروری است. در طی سه دهه اخیر توجه به کیفیت زندگی به معنای علتی مهم در ارزیابی نتایج درمانی و اثربخشی درمان به بیماری‌های جسمانی و روانی افزایش پیدا کرده است (۳). درمان اختلال وسواس فکری-عملی به عنوان چالشی در حوزه‌های درمان روان‌شناختی مطرح است. درمان‌های رایج مثل درمان شناختی-رفتاری و مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای کاهش فراوانی و شدت نشانه‌ها طراحی می‌شوند. درمان شناختی-رفتاری موفق مبتنی بر این ایده است که شدت و فراوانی نشانه‌های بیماری، کاهش باید (۴). پژوهش‌های صورت‌گرفته نیز بیشتر کاهش نشانه را ملاک بهبودی دانسته‌اند. این نگاه به موفقیت و پاسخ درمانی، نگاهی کمی است و فقط نشانه‌های وسواسی را مدنظر دارد. تمرکز کمتری روی عوامل دیگر علاوه بر کاهش نشانه وجود داشته و تأکید کمتری بر مسائل کیفیت زندگی است؛ بنابراین گزینه‌های درمانی دیگر که روی سایر متغیرها مثل تحمل پریشانی، مدیریت زندگی، مقابله، تغییر باورها و عوامل منجر به پریشانی در بیماران وسواسی تمرکز کرده، ضروری به نظر می‌رسد (۳) در چنین موقعیتی نیاز به پژوهشی درباره اثربخشی شیوه‌های درمانی جدید موجود در جوامع مختلف به منظور بررسی میزان تناسب آن‌ها با وضعیت خاص فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، مذهبی، سیاسی هر جامعه و همچنین ابداع شیوه‌های درمانی نوین با هدف اثربخشی سریع و پایدار و کم‌هزینه ضرورت دارد. اخیراً بحث زیادی در زمینه مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی صورت گرفته است. این درمان‌ها که موج سوم رفتاردرمانی می‌باشد، روی پذیرش باورها در مقابل چالش با آن‌ها، ذهن‌آگاهی، گسلش شناختی یا توصیف افکار و احساسات بدون معنادادن به آن‌ها، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارد (۵). در بین این درمان‌ها، روشی که در

سالیان اخیر بیشتر به آن توجه شده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. یکی از اهداف اصلی این درمان، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی به بیمار کمک شود تا خود را از چرخه اجتناب و آمیختگی شناختی خارج کند؛ البته نه با چالش یا تغییر افکار و هیجان‌اتش، بلکه از طریق فرایندهای پذیرش و تعهد (۵). شواهد تجربی برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مخصوصاً به عنوان درمانی برای وسواس بسیار محدود است؛ اما امیدوارکننده می‌باشد (۶). نظر به اهمیت اختلال وسواس، نیاز به آزمودن شیوه‌های نوین درمانی با در نظر گرفتن باورهای مذهبی و فرهنگی برای آن ضروری می‌نماید. غفلت از ارزش‌های مذهبی در شیوه‌های درمانگری، از دست دادن حوزه وسیع و مفیدی از راهبردهای مقابله‌ای برای تعمیق و تداوم درمانگری است. در این مطالعه تلاش بر این بود که دو شیوه معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مقایسه شود. معنویت‌درمانی، به عنوان یکی از روش‌های مهم در درمان اختلال‌ها به ویژه اختلال‌های اضطرابی شناخته شده است (۷). این درمان، با در نظر گرفتن باورهای فرهنگی-مذهبی مردم در فرآیند درمانگری و با توجه به بعد متعالی مراجعان بوده که این بعد متعالی آن‌ها را به سوی خدا رهبری می‌کند (۸،۹). با توجه به این نکات استفاده از ظرفیت‌های معنوی انسان در درمان اختلال‌هایی چون وسواس نه تنها مؤثر بلکه ضروری است. روان‌درمانی مذهبی می‌تواند آثار درخور توجهی در رفع افسردگی و وسواس داشته باشد؛ چراکه افراد دیندار در مقایسه با افراد غیردیندار کمتر احساس تنهایی می‌کنند و کمتر به افسردگی و اضطراب مبتلا می‌شوند (۱۰). داده‌های پژوهشی نشان می‌دهد که معنویت‌درمانی در کاهش وسواس‌های فکری-عملی و در افزایش کیفیت زندگی بیماران مؤثر است (۸)؛ بنابراین پرداختن به تأثیر دین بر سلامت در عرضه‌های مختلف زندگی بشر از جمله بهداشت و درمان به این دلیل اهمیت دارد که دارای نقش بی‌بدیل و حذف‌نشده در زندگی انسان‌ها است (۷). پیشینه پژوهشی مشخص می‌کند که تاکنون تحقیقی درباره مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی در کاهش علائم و باورهای وسواسی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس انجام نشده است. کمبود یافته‌های پژوهش در این زمینه پژوهشگر را بر آن داشت تا معنویت‌درمانی دینی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را از نظر میزان کاهش علائم و باورهای وسواسی و بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مقایسه کند.

۲ روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی و با طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری را تمامی بیماران زن سرپایی مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره جامعه الزهرا (س) شهرستان قم در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که طبق نظر روان‌پزشک زن، تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی گرفتند و با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. بیماران با تشخیص اولیه که ملاک‌های ورود به نمونه را احراز کردند، جهت یک‌دوره درمان ارجاع شده و طی دو ماه گزینش شدند. ملاک‌های انتخاب نمونه و ورود افراد به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص اصلی

پرسشنامه عمل به باورهای دینی (برای شناسایی پایبندی مذهبی)، پرسشنامه باورهای وسواسی و پرسشنامه کیفیت زندگی به کار رفت. در پژوهش حاضر سعی شد اصول اخلاقی احترام به فرد، خبررسانی، رازداری و عدالت رعایت شود و با در نظر گرفتن مبانی اصلی آنها رضایت‌نامه‌ای تدوین گردد که بیماران قبل از ورود به پژوهش آن را مطالعه نموده و امضا کنند.

بعد از لحاظ‌شدن ملاک‌های ورود و خروج، شرکت‌کنندگان به صورت گمارش تصادفی در دو گروه بیست نفره آزمایش و یک گروه بیست نفره گواه قرار گرفتند. در حین مداخله نیز تعدادی از شرکت‌کنندگان به دلایل مختلف از درمان خارج شدند که تعداد نفرات نهایی شرکت‌کننده در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد چهارده نفر و گروه معنویت‌درمانی شانزده نفر و گروه گواه پانزده نفر بود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از روش هیز و استروسال (۶) استفاده شد.

اختلال وسواس براساس مصاحبه تشخیصی DSM-5 و تشخیص روان‌شناس؛ داشتن تحصیلات دست‌کم سیکل؛ دامنه سنی حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۰ سال؛ دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی حداقل یک‌ماه قبل از مداخله؛ کسب موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش براساس فرم کتبی؛ عمل به باورهای دینی و مقیدبودن به تعالیم اسلامی. ملاک‌های حذف نمونه شامل ابتلا به هریک از اختلال‌های شخصیت، اختلالات دوقطبی و رگه‌های روان‌پریشی، سوء‌مصرف مواد و مصرف دارو یا هرگونه مداخله دیگر یک‌ماه قبل از پژوهش، داشتن معلولیت یا هر وضعیت پزشکی و جسمانی موجب عدم شرکت در جلسات یا پاسخ‌گویی به سؤالات پرسشنامه، بی‌سوادی و داشتن سن کمتر از ۱۸ سال بود. بعد از لحاظ‌شدن ملاک‌های مدنظر، در نهایت از بین آنها، ۶۰ نفر از بیماران، انتخاب شدند و علاقه‌مندی آنان جهت همکاری تحت بررسی قرار گرفت. برای حصول اطمینان از تشخیص، پیش از انجام مداخله پرسشنامه وسواس ییل-براون،

جدول ۱. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسات | موضوعات |
|-------|--|
| ۱ | آموزش رابطه‌درمانی: استعاره دو کوه؛ آموزش در خصوص اختلال وسواس فکری و عملی، فکر وسواسی، اضطراب، عمل وسواسی؛ آموزش در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن. |
| ۲ | بررسی افکار و اعمال وسواسی بیمار و میزان پریشانی و اضطراب او؛ چگونگی تداخل‌کردن وسواس در عملکرد روزمره فرد و تبدیل‌شدن به مسئله‌ای در زندگی وی. |
| ۳ | بحث در خصوص پاسخ‌های اضطرابی سازگارانه و پاسخ‌های اضطرابی مختل؛ گفت‌وگو درباره مسئله‌سازنبودن اضطراب به‌خودی‌خود و مسئله‌بودن بی‌میلی به اضطراب؛ بحث در خصوص راهبردهای کنترل و اجتناب از اضطراب. |
| ۴ | گفت‌وگو درباره مسئله‌سازنبودن اضطراب به‌خودی‌خود و مسئله‌بودن بی‌میلی به اضطراب؛ بحث در خصوص راهبردهای کنترل و اجتناب از اضطراب. |
| ۵ | درماندگی خلاق: بررسی راهبردهای کنترل خاص استفاده‌شده توسط فرد تاکنون؛ ارزیابی هزینه‌ها و خسارات این راهبردها در زندگی فرد؛ بررسی فواید این راهبردهای کنترل؛ معرفی راهبردهای کنترل به‌عنوان مسئله. |
| ۶ | استعاره تغذیه بر وسواس؛ استعاره شخص در چاه؛ آموزش مراجع در خصوص چگونگی یادگیری مشاهده‌کردن اضطراب به‌جای واکنش به آن با استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی. |
| ۷ | پذیرش و زندگی طبق ارزش‌ها جایگزین مدیریت‌کردن وسواس؛ تمرکز بر کنترل به‌عنوان راهبردی بی‌فایده در برخورد با اضطراب. |
| ۸ | توضیح استعاره طناب‌کشی با هیولا و ارائه چند مثال؛ تشریح آموزش پذیرش وسواس با ذهن‌آگاهی؛ بررسی استعاره پلی‌گراف و توضیح آن. |
| ۹ | بررسی ارزش‌های هر فرد؛ اهداف در برابر ارزش‌ها؛ تکلیف‌خانگی درباره ارزش‌های هر فرد و حرکت به سمت زندگی ارزشمند با توضیح خود‌پذیرا و مشاهده‌گر. |
| ۱۰ | تشریح انواع خود؛ توضیح خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود به‌عنوان محتوا و مثال‌زدن. |
| ۱۱ | توضیح استعاره صفحه شطرنج؛ بیان‌کردن خود مشاهده‌گر و تکلیف‌خانگی در ارتباط با این بحث. |
| ۱۲ | ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش‌محوری؛ بیان‌شدن تمایل به‌جای اجتناب؛ استعاره مسافران در اتوبوس. |
| ۱۳ | تشریح چگونگی عملکرد مواجهه سنتی؛ توضیح زمینه و هدف مواجهه در ACT؛ تکلیف‌خانگی. |
| ۱۴ | در جلسه آخر به بیمار کمک شد چگونه در پاسخ به فکر وسواس و اضطراب خزانه رفتاری‌اش را توسعه دهد و الگوهای منعطف‌تر پاسخ‌دهی به وسواس را ایجاد کند. از راه ذهن‌آگاهی و ارزش‌ها و تعهد (مشارکت در فعالیت‌های ارزش‌محور) بیمار آموخت که چگونه با نگرداشتن خویش در زمان حال، افکار و هیجانات نامطبوع را بپذیرد و به‌طور عینی توصیف نماید. بیمار از طریق فعالیت‌های انتخاب‌شده، تکنیک‌های ACT را تمرین کرده و چگونگی برخورد با موانع را در زندگی ارزشمند مرور کرد. |

| جلسات | موضوعات |
|---------|---|
| ۱ | هدف این جلسه آشناکردن بیمار با درمان مذهبی یا مداخلات مذهبی در درمان اختلال وسواسی-جبری و دستور کار جلسه بدین صورت بود: ۱. ارائه منطق مداخلات مذهبی؛ ۲. ارائه جزوه آموزشی در زمینه دعا. |
| ۲ | به توضیح مفهوم دعا پرداخته و کیفیت و تأثیر آن در درمان علائم وسواسی با بیمار به بحث گذاشته شد. هدف از این اقدام عبارت بود از: ۱. ارزیابی برداشت بیمار از دعا؛ ۲. کیفیت استفاده بیمار از دعا. |
| ۳ | آموزش کاربردی دعا در راستای جهت‌گیری درمان انجام پذیرفت؛ چند مثال برای توضیح بیشتر ارائه شد. |
| ۴ | حدیث حضرت علی (علیه‌السلام) درباره مواجهه با ترس جهت تسهیل در پذیرش شیوه درمان استفاده شد؛ لذا دستور کار این جلسه عبارت بود از: ۱. بیمار از مطالعه جزوه دعا به چه نگرشی از دعا رسیده است؛ ۲. بیمار با مثال، دعاها را روشن و خالص را در راستای نیازهای درمانی‌اش ارائه و تمرین می‌کند؛ ۳. حدیث حضرت علی (علیه‌السلام) در رابطه با مواجهه با موضوع ترس بیان می‌شود. |
| ۵ و ۶ | این جلسه هدفی شامل بسط حوزه معنایی و کاربردی دعا و آشناکردن بیمار با شیوه اسوه‌گزینی الگویابی داشت و دستور کار بدین ترتیب بود: ۱. ارزیابی تکالیف دعا؛ ۲. تمرین دعای جلسه قبل در جلسه. |
| ۷ | در جلسه هفتم هدف تعریف اسوه‌گزینی و به‌کاربردن آن در تمرین مواجهه و تلاش جهت بیان دعاها دیگر بود. |
| ۸ | آشناکردن بیمار با مفهوم شکر و تمرین مرحله اول آن و همچنین تسلط مفهومی استفاده از راهبردهای دعا و اسوه‌گزینی انجام پذیرفت. دستور کار عبارت بود از: ۱. ارزیابی تکالیف مربوط به دعا و اسوه‌گزینی. |
| ۹ | آموزش مفهوم شکر و مراحل آن و تمرین مرحله اول شکر در این جلسه بود. |
| ۱۰ | این جلسه با هدف تسلط مفهومی و مهارتی بر راهبردهای دعا و اسوه‌گزینی و شکر برگزار شد. |
| ۱۱ | دستور کار جلسه عبارت بود از: ۱. تمرین مرحله دوم و سوم شکرگزاری؛ ۲. تمرین دعا و اسوه‌گزینی به‌هنگام تمرین مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ. |
| ۱۱ | این جلسه شامل تهیه سلسله‌مراتب موقعیت‌های ذهنی و عملی و سپس مواجهه‌سازی و بعد از آن تمرین شکرگزاری و اسوه‌گزینی بود. |
| ۱۲ | هدف این جلسات تغییر فرض‌های ناکارآمد دینی بیمار بوده که با وسواس وی ارتباط دارد؛ لذا آموزه‌های دینی زیر مدنظر قرار گرفت: ۱. دین اسلام دین میانه است؛ بنابراین در تکالیف آن سهولت وجود دارد؛ ۲. بین عمل و نیت و آنچه به‌زور به ذهن می‌آید، تفاوت وجود داشته و وسواس‌های فکری، اعمال انسان‌ها محسوب نمی‌گردد که مورد بازخواست خداوند باشد؛ زیرا در حوزه اختیار از انسان‌ها بازخواست می‌شود؛ ۳. تکالیف هر کسی براساس وسع و میزان و محدوده توانایی‌های او است. در اینجا بین سختگیری‌های اضطرابی در اخلاق و آموزه‌های دینی تمایز به‌وجود می‌آید. |
| ۱۳ و ۱۴ | در آخرین جلسات بر توجه به خوبی‌ها و توانمندی‌های خویش و تحسین آن‌ها به‌عنوان آموزه‌ای از حضرت سبحان که پس از آفرینش انسان خود را تحسین کرده و فرمود «فتبارک... احسن الخالقین» تأکید شد. |
| ۱۴ | در هر جلسه برای یکی از موضوعات مذکور از منظر دین بحث شده و افکار بیمار به چالش کشیده شد. این موضوعات تنها نمونه‌ای از فرض‌های دینی و اخلاقی افراد وسواسی بود که از فردی به فرد دیگر فرق کرده و می‌تواند فرض‌های دیگری را نیز که درمانگر در طی جلسات بسته به مورد به‌دست آورده، در بر گیرد. |

چهارده جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت گروهی، یک‌بار در هفته انجام پذیرفت. معنویت‌درمانی با رویکرد شناختی و رفتاری را سالکوویس (۱۱) مطرح کرد و در ایران مدل مداخله شناختی-رفتاری مذهبی در درمان وسواس توسط رضایی و همکاران (۱۲) تدوین شد. در این درمان نیز چهارده جلسه به‌طور گروهی یک‌بار در هفته انجام پذیرفت. پس از گذشت چهارده جلسه، مجدداً پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. جلسه پیگیری شش ماه بعد، جهت تکمیل پرسشنامه‌ها اجرا شد. عناوین ارائه‌شده در هر جلسه در جدول ۱ و ۲ آمده است.

ابزارهای اندازه‌گیری:

مقیاس وسواس فکری و عملی ییل-براون: مقیاس ده سؤالی است که توسط متخصص بالینی اجرا می‌شود و جدا از نوع (محتوا) یا تعداد نشانه‌ها، شدت افکار و اعمال وسواسی را نیز می‌سنجد (۱۳). این

مقیاس شاخص بالینی ده آیتمی است که هر آیتم، از صفر (اصلاً) تا چهار (شدید یا سخت) درجه‌بندی می‌شود. نمرات شدت افکار وسواسی (سؤالات ۱ تا ۵) و اعمال وسواسی (سؤالات ۶ تا ۱۰) پنج ویژگی نشانه را می‌سنجد: ۱. مدت/فراوانی علائم وسواس؛ ۲. تداخل در عملکرد شغلی یا اجتماعی؛ ۳. پریشانی همراه با نشانه؛ ۴. میزان مقاومت و ۵. میزان ادراک فرد از کنترل‌ناپذیری افکار یا اعمال وسواسی. نقطه برش مقیاس نیز هفده است. در ایران دادفر و همکاران (۱۴)، پایایی بین مصاحبه‌کنندگان را برای این مقیاس ($r=0/98$) و ضریب همسانی درونی آن را ($\alpha=0/89$) و ضریب پایایی آن را به‌روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ($r=0/84$) گزارش کردند. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون به‌ترتیب $0/64$ و $0/59$ به‌دست آمد.

مقیاس وسواس فکری و عملی ییل-براون: مقیاس ده سؤالی است که توسط متخصص بالینی اجرا می‌شود و جدا از نوع (محتوا) یا تعداد نشانه‌ها، شدت افکار و اعمال وسواسی را نیز می‌سنجد (۱۳). این

- پرسشنامه کیفیت زندگی SF36: پرسشنامه کیفیت زندگی برای کاربرد بالینی و نیز کاربرد غیر بالینی تدوین شد. کاربرد آن در مواقع غیر بالینی و مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر، معیاری است برای ارزیابی کیفیت زندگی و رضایت‌مندی از زندگی و مبتنی بر نظریه‌ای منسجم بوده که مداخله‌های درمانی را جهت می‌بخشد. این پرسشنامه ۳۶ گویه دارد و کیفیت زندگی را براساس سلامت جسمی و روانی در نه معیار ارزیابی می‌کند. یک معیار مربوط به تغییرات سلامت در طول یک‌سال گذشته است و چهار معیار، سلامت جسمی (عملکرد جسمانی، محدودیت جسمانی، درد جسمانی، وضعیت سلامت عمومی) را می‌سنجد و چهار معیار دیگر شامل عملکرد روانی-عاطفی، نقش محدودیت‌ها در عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی و داشتن نیرو و انرژی که مربوط به سلامت روانی بوده، می‌شود (۱۷). در ایران، پایایی و ثبات زمانی نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی براساس ضرایب پایایی بازآزمایی در نمونه‌ای فرعی متشکل از ۵۵ آزمودنی در مطالعه هنجاریابی را به‌دست آوردند. ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله دو هفته ۰/۷۳ و معنادار بود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای مجموع رتبه‌بندی رضایت‌مندی از زندگی برحسب اهمیت ۰/۷۶ محاسبه شد (۱۸).

۳ یافته‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از میانگین و انحراف معیار و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. شاخص‌های توصیفی و استنباطی گروه‌ها، قبل و بعد از آزمایش در جدول ۳ و ۴ آمده است.

- مقیاس عمل به باورهای دینی (معد ۲): آزمون معد ۲ را گلزاری در سال ۱۳۸۰ ساخت. فرم اولیه آن ۸۱ سؤالی بود که پس انجام تمامی مراحل آزمون‌سازی به ۶۵ پرسش تقلیل یافت. ۶۰ سؤال این پرسشنامه پنج‌گزینه‌ای از ۴ تا ۰ و پنج سؤال آن به شکل پنج‌گزینه‌ای با گزینه‌های خاص هر سؤال نمره‌گذاری شده است. این پرسشنامه شش زمینه عمل به واجبات، دوری از محرمات، عمل به مستحبات، دوری از مکروهات، انجام عمل مذهبی و تصمیم‌ها و انتخاب‌های رایج بین مسلمانان را می‌سنجد. نمره اعتبار آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با روش دونیمه‌کردن آزمون ۰/۹۲ و با شیوه بازآزمایی ۰/۷۶ گزارش شده است. روایی وابسته به ملاک این آزمون از طریق مقایسه افراد مذهبی و غیرمذهبی با ضریب ۰/۸۴ و بیشتر به‌دست آمده است (۱۵).

- پرسشنامه باورهای وسواسی OBQ-44: مقیاس به‌صورت پرسشنامه باورهای وسواسی-۴۴ که شامل ۴۴ ماده بوده، طراحی و تنظیم شد. این پرسشنامه، برگرفته از فرم اصلی OBQ 77 است که ابعاد بیماری‌زایی را در حیطه شناخت در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی تحت ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ‌دهندگان میزان موافقت و مخالفت خود را با هر کدام از گزینه‌ها اعلام می‌کنند که روی مقیاس یک تا هفت رتبه‌بندی شده است: ۱. کاملاً مخالفم؛ ۲. تا حدودی مخالفم؛ ۳. کمی مخالفم؛ ۴. نه موافق نه مخالف؛ ۵. کمی موافقم؛ ۶. تا حدودی موافقم؛ ۷. کاملاً موافقم (۱۶). در ایران، شمس، قدیری، اسماعیلی و ابراهیم‌خانی (۱۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای این آزمون ۰/۹۲ و ضریب دونیمه‌سازی را ۰/۹۴ و روایی پرسشنامه وسواس فکری و عملی را ۰/۵۷ تعیین کردند.

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیرهای تحقیق در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | | نتیجه آزمون | |
|----------------|--------------------|-----------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|-------------|---------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | مقدار F | مقدار p |
| علائم وسواسی | گواه | ۲۹/۵۳ | ۳/۷۷ | ۲۹/۸۰ | ۳/۶۳ | ۲۹/۲۰ | ۴/۰۸ | ۰/۸۷ | ۰/۴۲۶ |
| | درمان پذیرش و تعهد | ۲۸/۸۰ | ۳/۵۹ | ۲۰/۸۰ | ۲/۶۵ | ۲۱/۰۰ | ۳/۶۰ | ۱۴۱/۹۰ | <۰/۰۰۱ |
| | معنویت‌درمانی | ۳۱/۲۰ | ۳/۱۶ | ۱۶/۶۶ | ۱/۴۴ | ۱۷/۰۰ | ۲/۲۹ | ۲۰۸/۷۳ | <۰/۰۰۱ |
| باورهای وسواسی | گواه | ۹۵/۲۶ | ۷/۶۷ | ۹۵/۲۰ | ۶/۶۷ | ۹۴/۶۰ | ۵/۹۳ | ۰/۳۲ | ۰/۵۷۶ |
| | درمان پذیرش و تعهد | ۸۹/۰۶ | ۷/۲۹ | ۴۱/۱۳ | ۱۰/۴۸ | ۴۰/۴۶ | ۱۰/۷۰ | ۱۳۰/۰۶ | <۰/۰۰۱ |
| | معنویت‌درمانی | ۸۹/۸۰ | ۸/۱۳ | ۲۸/۹۳ | ۹/۵۷ | ۲۸/۳۲ | ۱۰/۳۵ | ۳۴۴/۷۰ | <۰/۰۰۱ |
| کیفیت زندگی | گواه | ۸۵/۳۳ | ۶/۷۸ | ۸۵/۴۰ | ۶/۴۵ | ۸۴/۸۰ | ۶/۶۴ | ۰/۵۷ | ۰/۵۷۱ |
| | درمان پذیرش و تعهد | ۹۶/۴۰ | ۱۰/۷۰ | ۱۲۸/۸۱ | ۶/۰۳ | ۱۲۷/۷۱ | ۶/۰۳ | ۱۱۷/۸۶ | <۰/۰۰۱ |
| | معنویت‌درمانی | ۹۷/۶۰ | ۵/۸۴ | ۱۲۸/۲۱ | ۴/۴۹ | ۱۲۸/۴۱ | ۴/۴۹ | ۳۶۴/۱۷ | <۰/۰۰۱ |

نشان داد که در ارتباط با متغیر علائم و سواسی در گروه گواه در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت ملاحظه شد که به‌طور معناداری علائم و سواس کاهش می‌یابد ($p < 0/001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مشخص کرد که در ارتباط با متغیر باورهای و سواسی در گروه گواه در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود؛ اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت ملاحظه شد که به‌طور معناداری باورهای و سواسی کاهش پیدا می‌کند ($p < 0/001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در ارتباط با متغیر کیفیت زندگی در گروه گواه در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت دیده شد که به‌طور معناداری کیفیت زندگی افزایش می‌یابد ($p < 0/001$).

آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) سه گروه در جدول ۳ گزارش شده است که نشان می‌دهد میانگین نمرات پیش‌آزمون متغیرهای علائم و سواس و باورهای و سواسی، بعد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی، در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته و این تغییرات در مرحله پیگیری و در طول زمان همچنان باقی مانده است. همچنین میانگین نمرات پیش‌آزمون متغیر کیفیت زندگی پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی، در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته و این تغییرات در مرحله پیگیری و در طول زمان همچنان باقی مانده است. جهت ارزیابی معناداری تغییرات مذکور در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن نمرات، آزمون شاپیرو و ویلک به‌کار رفت. نتایج نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است. همچنین یافته‌های آزمون لوین مشخص کرد که مفروضه همگنی کوواریانس داده‌ها و شیب رگرسیون برقرار است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی توکی در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنویت‌درمانی

| متغیر | (I) G | (J) G | تفاوت میانگین (I-J) | خطای استاندارد | مقدار p |
|-----------------|-----------------------------|-------|---------------------|----------------|---------|
| علائم و سواس | معنویت‌درمانی | گواه | -۷/۸۴ | ۰/۹۹ | <۰/۰۰۱ |
| | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | گواه | -۱/۹۱ | ۰/۹۹ | ۰/۱۴۷ |
| باورهای و سواسی | معنویت‌درمانی | گواه | -۴۶/۰۲ | ۲/۵۲ | <۰/۰۰۱ |
| | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | گواه | -۷/۸۶ | ۲/۵۲ | ۰/۰۰۹ |
| کیفیت زندگی | معنویت‌درمانی | گواه | ۳/۵۵ | ۲/۰۳۲ | <۰/۰۰۱ |
| | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | گواه | ۰/۰۸ | ۲/۰۳۲ | ۰/۹۹۹ |

و باورهای و سواسی و کیفیت زندگی بیماران اختلال و سواس فکری و عملی تأثیر می‌گذارد. تاکنون تحقیقی در زمینه مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به اختلال و سواس صورت نگرفته است؛ ولی به‌طور جداگانه پژوهش‌هایی درباره اثربخشی هرکدام در ارتباط با اختلال و سواس انجام شده که نتایج آن همسو با یافته‌های هیز (۵) و هیز و استروسال (۶) و بارلو (۴) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهتر شدن شدت علائم و باورهای و سواسی و کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال و سواس است. همچنین با یافته‌های احدی و نیکجو (۷) و جان بزرگی (۱۰) همسوست که این مطالعات نیز از تأثیر معنویت‌درمانی بر بهبود علائم و باورهای و سواسی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال و سواس حکایت می‌کند. براساس این نتایج می‌توان گفت فرآیندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌دنبال این است که چگونه با افکار مزاحم و اضطراب‌زا در هم نیامیزد و اینکه چگونه هیجانات را مدیریت و کنترل کند. استفاده از فن‌های گسلش و پذیرش در فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود که افراد از موقعیت‌های و سواس طلب، کمتر احساس رنج کنند. یکی از فنون مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها برای مراجعه است (۵). حال می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بدون تمرکز بر علائم اصلی اختلال و سواس فکری و عملی و تلاش نکردن در جهت سرکوب افکار و سواسی، توانسته است به بهبود علائم و

در جدول ۴ از طریق آزمون تعقیبی توکی به بررسی مقایسه میانگین نمرات معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری پرداخته شده است. در ارتباط با علائم و سواس با مقایسه دو گروه معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ملاحظه شد که معنویت‌درمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در شدت علائم اختصاصی اثرگذاری بیشتری ندارد. برای متغیر باورهای و سواسی با مقایسه دو گروه معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مشاهده شد که معنویت‌درمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش باورهای اختصاصی دارای اثربخشی بیشتری است ($p = 0/009$). در ارتباط با متغیر کیفیت زندگی مقایسه دو گروه معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که معنویت‌درمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی اثربخشی بیشتری نداشته است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی در بهبود شدت علائم اختصاصی (آلودگی، بررسی شک و تردید و کنترل تکانه) و باورهای و سواسی و کیفیت زندگی بیماران اختلال و سواس فکری و عملی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بر بهبود شدت علائم اختصاصی (آلودگی، بررسی شک و تردید و کنترل تکانه)

مذهب و عقاید و باورهای ناکارآمد و خرافی، به‌خصوص در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی منجر به شکست درمان و مقاومت درمانی این بیماران می‌شود (۷). پژوهش حاضر، اولین مطالعه‌ای بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با درمان معنویت‌درمانی مذهبی مقایسه کرد؛ بنابراین محدودیت‌هایی نیز داشت. به دلیل مشکلات ناشی از محدودیت زمانی و امکانات، هر دو روش درمانی توسط یک پژوهشگر صورت گرفت. بهتر بود که این درمان‌ها توسط دو درمانگر دیگر که از اهداف پژوهش اطلاعی نداشته، اجرا شود. به علت اینکه هدف مطالعه حاضر مقایسه دو درمان در بیماران وسواسی با شرایط انتخابی ویژه بود، به دلیل محدودیت زمانی تعداد نمونه کمی تحت بررسی قرار گرفت و از نمونه دردسترس استفاده شد که توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی به آن‌ها پرداخته شود. انجام مطالعه در گروه‌های درمانی با نمونه‌گیری و گمارش تصادفی به منظور اطمینان بیشتر به یافته‌های درمانی نیز پیشنهاد می‌شود. همچنین اجرای پژوهش روی نمونه بزرگتری از بیماران توصیه می‌گردد؛ زیرا حجم نمونه حاضر برای پاسخ‌گویی به برخی از سؤالات کافی نیست. از آنجا که نتایج این پژوهش در حیطه کیفیت زندگی مطلوب بود، تلفیق یا استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی در برنامه‌های درمانی سایر بیماری‌های مزمن که با مسائل کیفیت زندگی دست‌وپنجه نرم کرده، توصیه می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

در مجموع این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی در بهبود علائم و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد؛ ولی جهت تعیین اینکه یافته‌ها چقدر قوی بوده، تحقیقات بیشتری لازم است.

باورهای وسواسی یاری رساند. همچنین اختلال وسواس فکری و عملی با کیفیت کم زندگی و سطوح زیاد اختلال اجتماعی و شغلی ارتباط دارد (۴). علاوه بر این درمان، معنویت‌درمانی نیز در بهتر شدن علائم و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال وسواس تأثیر می‌گذارد. براساس این یافته‌ها می‌توان گفت که بیماران مذهبی مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی، باورهای غیرمنطقی خود و برداشت‌های خرافی از مذهب را به شکل وسواس‌های مذهبی نشان می‌دهند و آن‌ها تحت تأثیر باورهای اشتباه خویش درباره مسائل مذهبی بوده و به طور افراطی درگیر این مسائل هستند. نتایج پژوهش انحصاری و جان بزرگی (۱۰) نشان داد که باورهای ناکارآمد مذهبی در مناسک شست‌وشو و طهارت پیش‌بینی‌کننده بهتری برای شدت علائم وسواس است. به همین دلیل، وسواس‌های با رنگ و بوی مذهب، از طریق مذهب بهتر درمان‌پذیر است و این خود نوعی از درمان‌های روان‌شناختی وسواس محسوب می‌شود. همچنین، درباره وسواس عملی که نمونه‌های آشنای بسیاری از آن را در جامعه می‌توان دید، این نکته را باید عنوان کرد که اسلام، آیین نظم و ترتیب و مسلک پاکیزگی و طهارت است؛ اما آنجا که کار به افراط و وسواس می‌کشد، اسلام آن پدیده را مذموم تلقی می‌نماید و برای نزدیک‌کردنش به تعادل راه‌حل عملی پیشنهاد می‌دهد. به سخن دیگر، استفاده از آموزه‌های اسلامی می‌تواند افکار و نیز رفتار افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی را تحت تأثیر قرار داده و به کنترل آن‌ها کمک کند و با ارائه نگرشی مثبت به اشخاص و تفسیر واقع‌بینانه از پدیده‌ها و رویدادهای زندگی، کیفیت زندگی را ارتقا بخشد (۸). باتوجه به اینکه باورهای مذهبی بخش عمده‌ای از فرهنگ مردم جامعه ما را تشکیل می‌دهد، روان‌شناسان و روان‌پزشکان در کار بالینی خویش باید به این مهم توجه کنند و به عقاید بیمار خود احترام بگذارند. توجه نکردن به سوءبرداشت بیماران از

References

1. Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(1):118–30. doi: [10.1016/j.cpr.2007.04.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.003)
2. Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, et al. Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Compr Psychiatry.* 2005;46(6):453–9. doi: [10.1016/j.comppsy.2005.04.002](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.04.002)
3. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D, et al. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res.* 2005;135(2):121–32. doi: [10.1016/j.psychres.2005.03.003](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.03.003)
4. Barlow DH, Durand VM. *Abnormal Psychology: An Integrative Approach.* Belmont: Cengage Learning; 2012, pp:191–2.
5. Hayes SC. Climbing Our Hills: A Beginning Conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2008;15(4):286–95. doi: [10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x)
6. Hayes SC, Strosahl KD. *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy.* Springer Science & Business Media; 2004.
7. Ahadi H, Nikkhou M. Religious assessment in psychotherapy. In: *International Congress of East Psychotherapy.* Iran, Tehran: University of Tehran; 2004, p:15–9. [Persian]
8. Bayanzadeh SA, Bolhary J, Dadfar M, Karimi Keisomi I. Effectiveness of cognitive-behavioral religious - cultural therapy in improvement of obsessive-compulsive patients. *Razi J Med Sci.* 2005;11(44):913–23. [Persian] <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-90-en.pdf>

9. Baker DC. Studies of the inner life: The impact of spirituality on quality of life. *Qual Life Res.* 2003;12(1):51–7. doi: [10.1023/A:1023573421158](https://doi.org/10.1023/A:1023573421158)
10. Ansari H, Janbozorgi M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on god-like, self-like and hereafter-like assumptions on the identity of obsessive-incontinence disorder: A Case Study. *Ravanshenasi Va Din.* 2017;9(4):25. [Persian]
11. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther.* 1985;23(5):571–83. doi: [10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
12. Ramezani A, Dadfar M, Kazemi H, Kolivand PH, Bahrami F. Introduction of Religious Cognitive Behavioral Models in the Treatment of Anxiety and Obsessive Compulsive Disorder. Tehran: MirMah Publication; 2014. [Persian]
13. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46(11):1006–11. doi: [10.1001/archpsyc.1989.01810110048007](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007)
14. Dadfar M, Bolhari J, Dadfar K, Bayanzadeh SA. Prevalence of the obsessive-compulsive disorder symptoms. *Iranian J Psychiatry and Clinical Psychology.* 2001;7(1):27–33. [Persian] <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1963-en.pdf>
15. Golzari M. The Impact of `Umrah Mufradah on Students' Mental Health, Happiness and Practicing Religious Beliefs. *Studies in Islam and Psychology.* 2012;4(7):111–26. [Persian] http://islamicpsy.rihu.ac.ir/article_1099_e9341b1e87b8e857fda60c286ed3205c.pdf
16. Shams G, Karam Ghadiri N, Esmaeli Torkanbori Y, Ebrahimkhani N. Validation and reliability assessment of the Persian version of obsessive beliefs questionnaire-44. *Advances in Cognitive Science.* 2004;6(1):23–36. [Persian] <http://icssjournal.ir/article-1-29-en.pdf>
17. Frisch MB, Clark MP, Rouse SV, Rudd MD, Paweleck JK, Greenstone A, et al. Predictive and treatment validity of life satisfaction and the quality of life inventory. *Assessment.* 2005;12(1):66–78. doi: [10.1177/1073191104268006](https://doi.org/10.1177/1073191104268006)
18. Narimani M, Abolghasemi A. *Psychological Test.* Ardabil: Baghe Rezvan Publication; 2004, pp: 134–6. [Persian]

