MEJDS. 2020; 10:6.

Published online 2020 Apr. **Research Article**

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 SH[1], *Roshan R[2], Bahrami H[3]

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 fallow 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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.52.1]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۶.

انتشار برخط فروردین ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی به‌شیوهٔ 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، استادتمام گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران؛

۳. دکترای روان‌شناسی تربیتی، استادتمام گروه روان‌شناسی تربیتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Rasolroshan@yahoo.com

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

چکیده

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

روش‌بررسی: طرح پژوهش، شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. بدین‌منظور ۴۵ نفر بیمار مبتلا به اختلال وسواس از مرکز مشاورهٔ 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 (فرنیش، ۲۰۰۵) تحت آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش چهارده جلسهٔ ۶۰دقیقه‌ای درمان گروهی مبنی‌بر رویکردهای مدنظر را دریافت کرد. داده‌ها با استفاده ازتحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی‌از این بود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی به‌شیوهٔ گروهی دارای اثربخشی معناداری بر علائم وسواس و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی است ($p<۰/۰۰۱$). همچنین تحلیل‌ها نشان داد که بین میانگین نمرات علائم وسواس و کیفیت زندگی در دو گروه معنویت‌درمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تفاوت معنادار وجود ندارد؛ ولی بین میانگین نمرات باورهای وسواسی بین دو گروه درمانی تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ($p=۰/۰۰۹$).

نتیجه‌گیری: معنویت‌درمانی و درمان مبتنی‌بر 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 مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، معنویت‌درمانی، علائم وسواس، باورهای وسواسی، کیفیت زندگی و وسواس فکری و عملی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.52.1]

۱ مقدمه

اختلال وسواس فکری و عملی (OCD)، اختلالی ناتوان‌کننده است که آشفتگی و تداخل معناداری 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 به‌همراه دارد، مشکل درخورتوجهی در روند معمولی و طبیعی زندگی و کارکرد شغلی فعالیت‌های معمولی اجتماعی یا روابط شخص به‌وجود می‌آورد؛ همچنین به‌وسیلهٔ افکار و تصاویر ذهنی ناخواسته و مزاحم که ازسوی 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 زمینهٔ سبب‌شناسی و درمان وسواس نظریهٔ 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 به‌وجود می‌آید و این باورها تحول و شدت نشانه‌ها را تحت‌تأثیر 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 عواملِ منجربه پریشانی در بیماران وسواسی تمرکز کرده‌اند، ضروری است. در طی سه دههٔ اخیر توجه به کیفیت زندگی به‌معنای علتی مهم در ارزیابی نتایج درمانی و اثربخشی درمان به بیماری‌های جسمانی و روانی افزایش پیداکرده است (۳). درمان اختلال وسواس فکری‌ـ‌عملی به‌عنوان چالشی در حوزه‌های درمان روان‌شناختی مطرح است. درمان‌های رایج مثل درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای کاهش فراوانی و شدت نشانه‌ها طراحی می‌شوند. درمان شناختی‌ـرفتاری موفق مبتنی‌بر این ایده است که شدت و فراوانی نشانه‌های بیماری، کاهش یابد (۴). پژوهش‌های صورت‌گرفته نیز بیشتر کاهش نشانه را ملاک بهبودی دانسته‌اند. این نگاه به موفقیت و پاسخ درمانی، نگاهی کمّی است و فقط نشانه‌های وسواسی را مدنظر دارد. تمرکز کمتری روی عوامل دیگر علاوه‌بر 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 عواملِ منجربه پریشانی در بیماران وسواسی تمرکز کرده، ضروری به‌نظر می‌رسد (۳) در چنین موقعیتی نیاز به پژوهشی دربارهٔ اثربخشی شیوه‌های درمانی جدید موجود در جوامع مختلف به‌منظور 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 زمینهٔ مداخلات درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی صورت گرفته است. این درمان‌ها که موج سوم رفتاردرمانی می‌باشد، روی پذیرش باورها درمقابل چالش با آن‌ها، ذهن‌آگاهی، گسلش‌شناختی یا توصیف افکار و احساسات بدون معنادادن به آن‌ها، زندگی مبتنی‌بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارد (۵). در بین این درمان‌ها، روشی که در سالیان اخیر بیشتر به آن توجه شده، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است. یکی از اهداف اصلی این درمان، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی به بیمار کمک شود تا خود را از چرخهٔ اجتناب و آمیختگی شناختی خارج کند؛ البته نه با چالش یا تغییر افکار و هیجاناتش، بلکه ازطریق فرایندهای پذیرش و تعهد (۵). شواهد تجربی برای درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مخصوصاً به‌عنوان درمانی برای وسواس بسیار محدود است؛ اما امیدوارکننده می‌باشد (۶). نظر به اهمیت اختلال وسواس، نیاز به آزمودن شیوه‌های نوین درمانی با درنظرگرفتن باورهای مذهبی و فرهنگی برای آن ضروری می‌نماید. غفلت از ارزش‌های مذهبی در شیوه‌های درمانگری، ازدست‌دادن حوزهٔ وسیع و مفیدی از راهبردهای مقابله‌ای برای تعمیق و تداوم درمانگری است. در این مطالعه تلاش بر این بود که دو شیوهٔ معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی‌ـ‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مقایسه شود. معنویت‌درمانی، به‌عنوان یکی از روش‌های مهم در درمان اختلال‌ها به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی شناخته شده است (۷). این درمان، با درنظرگرفتن باورهای فرهنگی‌ـ‌مذهبی مردم در فرآیند درمانگری و باتوجه به بعد متعالی مراجعان بوده که این بعد متعالی آن‌ها را به سوی خدا رهبری می‌کند (۸،۹). باتوجه به این نکات استفاده از ظرفیت‌های معنوی انسان در درمان اختلال‌هایی چون وسواس نه‌تنها مؤثر بلکه ضروری است. روان‌درمانی مذهبی می‌تواند آثار درخور توجهی در رفع افسردگی و وسواس داشته باشد؛ چراکه افراد دیندار درمقایسه 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 فکری‌ـ‌عملی و در افزایش کیفیت زندگی بیماران مؤثر است (۸)؛ بنابراین پرداختن به تأثیر دین بر سلامت در عرضه‌های مختلف زندگی بشر ازجمله بهداشت و درمان به این دلیل اهمیت دارد که دارای نقش بی‌بدیل و حذف‌نشدنی در زندگی انسان‌ها است (۷). پیشینهٔ پژوهشی مشخص می‌کند که تاکنون تحقیقی دربارهٔ مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی به 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 مبتنی‌بر 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 روش‌بررسی

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی و با طرح پژوهشی پیش‌آزمون‌ـ‌پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه انجام شد. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران زن سرپایی مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ‌عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ جامعه‌الزهرا(س) شهرستان قم در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که طبق نظر روان‌پزشک زن، تشخیص اختلال وسواس فکری‌ـ‌عملی 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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.52.1]

اختلال وسواس براساس مصاحبهٔ تشخیصی DSM-5 و تشخیص روان‌شناس؛ داشتن تحصیلات دست‌کم سیکل؛ دامنهٔ سنی حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۰سال؛ دریافت‌نکردن 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 مداخلهٔ 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 لحاظ شدن ملاک‌های مدنظر، در نهایت از بین آن‌ها، ۶۰ نفر از بیماران، انتخاب شدند وعلاقه‌مندی آنان جهت همکاری تحت بررسی قرار گرفت. برای حصول اطمینان از تشخیص، پیش از انجام مداخله پرسشنامهٔ وسواس ییل‌ـ براون، پرسشنامهٔ عمل به باورهای دینی (برای شناسایی پایبندی مذهبی)، پرسشنامهٔ باورهای وسواسی و پرسشنامهٔ کیفیت زندگی به‌کار رفت. در پژوهش حاضر سعی شد اصول اخلاقی احترام به فرد، خبررسانی، رازداری و عدالت رعایت شود و با درنظرگرفتن 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 به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه بیست‌نفرهٔ آزمایش و یک‌گروه بیست‌نفرهٔ گواه قرار گرفتند. در حین مداخله نیز تعدادی از شرکت‌کنندگان به‌دلایل مختلف از درمان خارج شدند که تعداد نفرات نهایی شرکت‌کننده در گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد چهارده نفر و گروه معنویت‌درمانی شانزده نفر و گروه گواه پانزده نفر بود. در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، از روش هیز و استروسال (۶) استفاده شد.

جدول ۱. برنامهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسات	موضوعات
۱	آموزش رابطه‌درمانی: استعارهٔ دو کوه؛ آموزش درخصوص اختلال وسواس فکری و عملی، فکر وسواسی، اضطراب، عمل وسواسی؛ آموزش در زمینهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و اهداف آن.
۲	بررسی افکار و اعمال وسواسی بیمار و میزان پریشانی و اضطراب او؛ چگونگی تداخل‌کردن وسواس در عملکرد روزمرهٔ فرد و تبدیل‌شدن به مسئله‌ای در زندگی وی.
۳	بحث درخصوص پاسخ‌های اضطرابی سازگارانه و پاسخ‌های اضطرابی مختل؛ گفت‌وگو دربارهٔ مسئله‌سازبودن اضطراب به‌خودی خود و مسئله‌بودن بی‌میلی به اضطراب؛ بحث درخصوص راهبردهای کنترل و اجتناب از اضطراب.
۴	گفت‌وگو دربارهٔ مسئله‌سازبودن اضطراب به‌خودی خود و مسئله‌بودن بی‌میلی به اضطراب؛ بحث درخصوص 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	استعارهٔ تغذیه بر وسواس؛ استعارهٔ شخص در چاه؛ آموزش مراجع درخصوص 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 استعارهٔ طناب‌کشی با هیولا و ارائهٔ چند مثال؛ تشریح آموزش پذیرش وسواس با ذهن‌آگاهی؛ بررسی استعارهٔ پلی‌گراف و توضیح آن.
۹	بررسی ارزش‌های هر فرد؛ اهداف دربرابر ارزش‌ها؛ تکلیف خانگی دربارهٔ ارزش‌های هر فرد و حرکت به‌سمت زندگی ارزشمند با توضیح خود پذیرا و مشاهده‌گر.
۱۰	تشریح انواع خود؛ توضیح خود به‌عنوان زمینه درمقابل خود به‌عنوان محتوا و مثال‌زدن.
۱۱	توضیح استعارهٔ صفحهٔ شطرنج؛ بیان‌کردن خود مشاهده‌گر و تکلیف خانگی در ارتباط با این بحث.
۱۲	ایجاد الگوهای منعطف رفتار ازطریق مواجههٔ ارزش‌محوری؛ بیان‌شدن تمایل به‌جای اجتناب؛ استعارهٔ مسافران در اتوبوس.
۱۳	تشریح چگونگی عملکرد مواجههٔ سنتی؛ توضیح زمینه و هدف مواجهه در ACT؛ تکلیف خانگی.
۱۴	در جلسهٔ آخر به بیمار کمک شد چگونه در پاسخ به فکر وسواس و اضطراب خزانهٔ 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 نگه‌داشتن خویش در زمان حال، افکار و هیجانات نامطبوع را بپذیرد و به‌طور عینی توصیف نماید. بیمار ازطریق فعالیت‌های انتخاب‌شده، تکنیک‌های ACT را تمرین کرده و چگونگی برخورد با موانع را در زندگی ارزشمند مرور کرد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.52.1]

جدول ۲. برنامهٔ معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی ـ رفتاری

جلسات	موضوعات
۱	هدف این جلسه آشناکردن بیمار با درمان مذهبی یا مداخلات مذهبی در درمان اختلال وسواسی-جبری و دستورکار جلسه بدین‌صورت بود: ۱. ارائهٔ منطق مداخلات مذهبی؛ ۲. ارائهٔ جزوهٔ آموزشی در زمینهٔ 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 استفادهٔ 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) دربارهٔ مواجهه با ترس جهت تسهیل در پذیرش شیوهٔ درمان استفاده شد؛ لذا دستورکار این جلسه عبارت بود از: ۱. بیمار از مطالعهٔ جزوهٔ دعا به چه نگرشی از دعا رسیده است؛ ۲. بیمار با مثال، دعاهای 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 حوزهٔ معنایی و کاربردی دعا و آشناکردن بیمار با شیوهٔ اسوه‌گزینی الگویابی داشت و دستورکار بدین‌ترتیب بود: ۱.ارزیابی تکالیف دعا؛ ۲. تمرین دعای جلسهٔ قبل در جلسه.
۷	در جلسهٔ هفتم هدف تعریف اسوه‌گزینی و به‌کاربردن آن در تمرین مواجهه و تلاش جهت بیان دعاهای دیگر بود.
۸	آشناکردن بیمار با مفهوم شکر و تمرین مرحلهٔ اول آن و همچنین تسلط مفهومی استفاده از راهبردهای دعا و اسوه‌گزینی انجام پذیرفت. دستورکار عبارت بود از: ۱. ارزیابی تکالیف مربوط به دعا و اسوه‌گزینی.
۹	آموزش مفهوم شکر و مراحل آن و تمرین مرحلهٔ اول شکر در این جلسه بود.
۱۰	این جلسه با هدف تسلط مفهومی و مهارتی بر راهبردهای دعا و اسوه‌گزینی و شکر برگزار شد. دستورکار جلسه عبارت بود از: ۱. تمرین مرحلهٔ دوم و سوم شکرگزاری؛ ۲. تمرین دعا و اسوه‌گزینی به‌هنگام تمرین مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ.
۱۱	این جلسه شامل تهیهٔ سلسله‌مراتب موقعیت‌های ذهنی و عملی و سپس مواجه‌سازی 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 حوزهٔ اختیار از انسان‌ها بازخواست می‌شود؛ ۳. تکالیف هر کسی براساس وسع و میزان و محدودهٔ توانایی‌های او است. در اینجا بین سختگیری‌های اضطرابی در اخلاق وآموزه‌های 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 ا... احسن الخالقین» تأکید شد. 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 مبتنی‌بر 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 مداخلهٔ شناختی ـ رفتاری مذهبی در درمان وسواس توسط رمضانی 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. جلسهٔ پیگیری شش ماه بعد، جهت تکمیل پرسشنامه‌ها اجرا شد. عناوین ارائه‌شده در هر جلسه در جدول ۱ و ۲ آمده است.

ابزارهای اندازه‌گیری:

ـ مقیاس وسواس فکری و عملی ییل ـ 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 ۱تا۵) و اعمال وسواسی (سؤالات ۶تا۱۰) پنج ویژگی نشانه را می‌سنجند: 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. نقطهٔ برش مقیاس نیز هفده است. در ایران دادفر و همکاران (۱۴)، پایایی بین مصاحبه‌کنندگان را برای این مقیاس (r=۰/۹۸) و ضریب همسانی درونی آن را (α=۰/۸۹) و ضریب پایایی آن را به‌روش بازآزمایی در فاصلهٔ دو هفته (r=۰/۸۴) گزارش کردند. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامهٔ افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون به‌ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ به‌دست آمد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.52.1]

ـ مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد ۲): آزمون معبد ۲ را گلزاری در سال ۱۳۸۰ ساخت. فرم اولیهٔ آن ۸۱سؤالی بود که پس انجام تمامی مراحل آزمون‌سازی به ۶۵ پرسش تقلیل یافت. ۶۰ سؤال این پرسشنامه پنج‌گزینه‌ای از ۰تا۴ و پنج سؤال آن به‌شکل پنج‌گزینه‌ای با گزینه‌های خاص هر سؤال نمره‌گذاری شده است. این پرسشنامه شش زمینهٔ عمل به واجبات، دوری از محرمات، عمل به مستحبات، دوری از مکروهات، انجام عمل مذهبی و تصمیم‌ها و انتخاب‌های رایج بین مسلمانان را می‌سنجد. نمرهٔ اعتبار آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با روش دونیمه‌کردن آزمون ۰/۹۲ و با شیوهٔ بازآزمایی ۰/۷۶ گزارش شده است. روایی وابسته به ملاک این آزمون ازطریق مقایسهٔ افراد مذهبی و غیرمذهبی با ضریب ۰/۸۴ و بیشتر به‌دست آمده است (۱۵).

ـ پرسشنامهٔ باورهای وسواسی OBQ-44: مقیاس به‌صورت پرسشنامهٔ باورهای وسواسی‌ـ۴۴ که شامل ۴۴ ماده بوده، طراحی و تنظیم شد. این پرسشنامه، برگرفته از فرم اصلی OBQ 77 است که ابعاد بیماری‌زایی را در حیطهٔ شناخت در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی تحت ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ‌دهندگان میزان موافقت و مخالفت خود را با هرکدام 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 پرسشنامهٔ وسواس فکری و عملی را ۰/۵۷ تعیین کردند.

-پرسشنامهٔ کیفیت زندگی SF36: پرسشنامهٔ کیفیت زندگی برای کاربرد بالینی و نیز کاربرد غیربالینی تدوین شد. کاربرد آن در مواقع غیربالینی و مبتنی‌بر روان‌شناسی مثبت‌نگر، معیاری است برای ارزیابی کیفیت زندگی و رضایت‌مندی از زندگی و مبتنی‌بر نظریه‌ای منسجم بوده که مداخله‌های درمانی را جهت می‌بخشد. این پرسشنامه ۳۶ گویه دارد و کیفیت زندگی را براساس سلامت جسمی و روانی در نُه معیار ارزیابی می‌کند. یک‌معیار 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 روانی‌ـ 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 پرسشنامهٔ کیفیت زندگی براساس ضرایب پایایی بازآزمایی در نمونه‌ای فرعی متشکل از ۵۵ آزمودنی در مطالعه هنجاریابی را به‌دست آوردند. ضریب پایایی بازآزمایی در فاصلهٔ 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 تجزیه‌وتحلیل 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.

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		نتیجهٔ آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور آتا
علائم وسواسی	گواه	۲۹/۵۳	۳/۷۷	۲۹/۸۰	۳/۶۳	۲۹/۲۰	۴/۰۸	۰/۸۷	۰/۴۲۶	۰/۰۵۹
	درمان پذیرش و تعهد	۲۸/۸۰	۳/۵۹	۲۰/۸۰	۲/۶۵	۲۱/۰۰	۳/۶۰	۱۴۱/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۱۰
	معنویت‌درمانی	۳۱/۲۰	۳/۱۶	۱۶/۶۶	۱/۴۴	۱۷/۰۰	۲/۲۹	۲۰۸/۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۷
باورهای وسواسی	گواه	۹۵/۲۶	۷/۶۷	۹۵/۲۰	۶/۶۷	۹۴/۶۰	۵/۹۳	۰/۳۲	۰/۵۷۶	۰/۰۲۳
	درمان پذیرش و تعهد	۸۹/۰۶	۷/۲۹	۴۱/۱۳	۱۰/۴۸	۴۰/۴۶	۱۰/۷۰	۱۳۰/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۳
	معنویت‌درمانی	۸۹/۸۰	۸/۱۳	۲۸/۹۳	۹/۵۷	۲۸/۳۲	۱۰/۳۵	۳۴۴/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۶۱
کیفیت زندگی	گواه	۸۵/۳۳	۶/۷۸	۸۵/۴۰	۶/۴۵	۸۴/۸۰	۶/۶۴	۰/۵۷	۰/۵۷۱	۰/۰۳۹
	درمان پذیرش و تعهد	۹۶/۴۰	۱۰/۷۰	۱۲۸/۸۱	۶/۰۳	۱۲۷/۷۱	۶/۰۳	۱۱۷/۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۴
	معنویت‌درمانی	۹۷/۶۰	۵/۸۴	۱۲۸/۲۱	۴/۴۹	۱۲۸/۴۱	۴/۴۹	۳۶۴/۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۶۳

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.52.1]

آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) سه گروه در جدول ۳ گزارش شده است که نشان می‌دهد میانگین نمرات پیش‌آزمون متغیرهای علائم وسواس و باورهای وسواسی، بعد از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی، در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش یافته و این تغیرات در مرحلهٔ پیگیری و در طول زمان همچنان باقی مانده است. همچنین میانگین نمرات پیش‌آزمون متغیر کیفیت زندگی پس از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی، در مرحلهٔ پس‌آزمون افزایش یافته و این تغییرات در مرحلهٔ پیگیری و در طول زمان همچنان باقی مانده است. جهت ارزیابی معناداری تغییرات مذکور در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برای بررسی نرمال‌بودن نمرات، آزمون شاپیرو ویلک به‌کار رفت. نتایج نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است. همچنین یافته‌های آزمون لوین مشخص کرد که مفروضهٔ همگنی کوواریانس داده‌ها و شیب رگرسیون برقرار است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در ارتباط با متغیر علائم وسواسی در گروه گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی‌بر معنویت ملاحظه شد که به‌طور معناداری علائم وسواس کاهش می‌یابد ($p<۰/۰۰۱$).

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مشخص کرد که در ارتباط با متغیر باورهای وسواسی در گروه گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود؛ اما در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی‌بر معنویت ملاحظه شد که به‌طور معناداری باورهای وسواسی کاهش پیدا می‌کند ($p<۰/۰۰۱$).

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در ارتباط با متغیر کیفیت زندگی در گروه گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی‌بر معنویت دیده شد که به‌طور معناداری کیفیت زندگی افزایش می‌یابد ($p<۰/۰۰۱$).

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

متغیر	(I) G	(J) G	تفاوت میانگین(I-J)	خطای استاندارد	مقدار p
علائم وسواس	معنویت‌درمانی	گواه	ـ۷/۸۴	۰/۹۹	<۰/۰۰۱
		درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	ـ۱/۹۱	۰/۹۹	۰/۱۴۷
باورهای وسواسی	معنویت‌درمانی	گواه	ـ۴۶/۰۲	۲/۵۲	<۰/۰۰۱
		درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	ـ۷/۸۶	۲/۵۲	۰/۰۰۹
کیفیت زندگی	معنویت‌درمانی	گواه	۳/۵۵	۲/۰۳۲	<۰/۰۰۱
		درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۰/۰۸	۲/۰۳۲	۰/۹۹۹

در جدول ۴ ازطریق آزمون تعقیبی توکی به بررسی مقایسهٔ میانگین نمرات معنویت‌درمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری پرداخته شده است. در ارتباط با علائم وسواس با مقایسهٔ دو گروه معنویت‌درمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ملاحظه شد که معنویت‌درمانی درمقایسه با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در شدت علائم اختصاصی اثرگذاری بیشتری ندارد. برای متغیر باورهای وسواسی با مقایسهٔ دو گروه معنویت‌درمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مشاهده شد که معنویت‌درمانی درمقایسه با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در کاهش باورهای اختصاص دارای اثربخشی بیشتری است ($p=۰/۰۰۹$). در ارتباط با متغیر کیفیت زندگی مقایسهٔ دو گروه معنویت‌درمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد نشان داد که معنویت‌درمانی درمقایسه با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی اثربخشی بیشتری نداشته است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی در بهبود شدت علائم اختصاصی (آلودگی، بررسی شک و تردید و کنترل تکانه) و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی بیماران اختلال وسواس فکری و عملی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بر بهبود شدت علائم اختصاصی (آلودگی، بررسی شک و تردید و کنترل تکانه) و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی بیماران اختلال وسواس فکری و عملی تأثیر می‌گذارد. تاکنون تحقیقی در زمینهٔ مقایسهٔ اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به اختلال وسواس صورت نگرفته است؛ ولی به‌طور جداگانه پژوهش‌هایی دربارهٔ اثربخشی هرکدام در ارتباط با اختلال وسواس انجام شده که نتایج آن همسو با یافته‌های هیز (۵) و هیز و استروسال (۶) و بارلو (۴) مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بهترشدن شدت علائم و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال وسواس 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 وسواسی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس حکایت می‌کند. براساس این نتایج می‌توان گفت فرآیندهای محوری درمان مبتنی‌بر 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 مبتنی‌بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود که افراد از موقعیت‌های وسواس‌طلب، کمتر احساس رنج کنند. یکی از فنون مهم در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها برای مراجعه است (۵). حال می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، بدون تمرکز بر علائم اصلی اختلال وسواس فکری و عملی و تلاش‌نکردن درجهت سرکوب افکار وسواسی، توانسته است به بهبود علائم و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.52.1]

باورهای وسواسی یاری رساند. همچنین اختلال وسواس فکری و عملی با کیفیت کم زندگی و سطوح زیاد اختلال اجتماعی و شغلی ارتباط دارد (۴). علاوه‌بر این درمان، معنویت‌درمانی نیز در بهترشدن 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 به‌شکل وسواس‌های مذهبی نشان می‌دهند و آن‌ها تحت‌تأثیر باورهای اشتباه خویش دربارهٔ مسائل مذهبی بوده و به‌طور افراطی درگیر این مسائل هستند. نتایج پژوهش انصاری و جان بزرگی (۱۰) نشان داد که باورهای ناکارآمد مذهبی در مناسک شست‌وشو و طهارت پیش‌بینی‌کنندهٔ بهتری برای شدت علائم وسواس است. به‌همین دلیل، وسواس‌های با رنگ و بوی مذهب، ازطریق مذهب بهتر درمان‌پذیر است و این خود نوعی از درمان‌های روان‌شناختی وسواس محسوب می‌شود. همچنین، دربارهٔ 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 فکری‌ـ‌عملی را تحت‌تأثیر قرار داده و به‌کنترل آن‌ها کمک کند و با ارائهٔ 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 جامعهٔ ما را تشکیل می‌دهد، روان‌شناسان و روان‌پزشکان در کار بالینی خویش باید به این مهم توجه کنند و به عقاید بیمار خود احترام بگذارند. توجه‌نکردن به سوءبرداشت بیماران از مذهب و عقاید و باورهای ناکارآمد و خرافی، به‌خصوص در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی منجربه شکست درمان و مقاومت درمانی این بیماران می‌شود (۷). پژوهش حاضر، اولین مطالعه‌ای بود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را با درمان معنویت‌درمانی مذهبی مقایسه کرد؛ بنابراین محدودیت‌هایی نیز داشت. به‌دلیل مشکلات ناشی‌از 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. به‌علت اینکه هدف مطالعهٔ حاضر مقایسهٔ دو درمان در بیماران وسواسی با شرایط انتخابی ویژه بود، به‌دلیل محدودیت زمانی تعداد نمونهٔ کمی تحت بررسی قرار گرفت و از نمونهٔ دردسترس استفاده شد که توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی به آن‌ها پرداخته شود. انجام مطالعه در گروه‌های درمانی با نمونه‌گیری و گمارش تصادفی به‌منظور اطمینان بیشتر به یافته‌های درمانی نیز پیشنهاد می‌شود. همچنین اجرای پژوهش روی نمونهٔ بزرگتری از بیماران توصیه می‌گردد؛ زیرا حجم نمونهٔ حاضر برای پاسخ‌گویی به برخی از سؤالات کافی نیست. ازآنجاکه نتایج این پژوهش در حیطهٔ کیفیت زندگی مطلوب بود، تلفیق یا استفاده از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی در برنامه‌های درمانی سایر بیماری‌های مزمن که با مسائل کیفیت زندگی دست‌وپنجه نرم کرده، توصیه می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

درمجموع این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی‌بر 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.

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
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.comppsych.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
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
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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.52.1]

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
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
12. Ramezani A, Dadfar M, Kazemi H, Kolivand PH, Bahrami F. Introduction of Religious CognitiveBehavioral Models in the Treatment of Anxietyand 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
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
18. Narimani M, Abolghasemi A. Psychological Test. Ardabil: Baghe Rezvan Publication; 2004, pp: 134–6. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.52.1]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.52.1]