Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 9/ No. 3/ 2022
Page: 1-15

Providing a structural model for predicting symptoms of practical obsessive compulsive disorder based on religious adherence: the mediating role of personality function

Shabnam Karami[1], Masoud Janbozorgi[2], Alireza Aghayousefi[3], Hooman Namvar[4]

1-PhD Student, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.
2- Professor, Department of Psychology, Research Institute of Hawzah and University (RIHU), Qom, Iran (Corresponding Author). E-mail: Janbo@rihu.ac.ir
3- Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
4- Assistant Professor, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.

Received: 13/02/2022 **Accepted:** 16/05/2022

Abstract

Introduction: Obsessive-compulsive disorder is a clinical syndrome, characterized by disturbing and intrusive thoughts, images, or impulses and repetitive behaviors.

Aim: This study aimed to present a structural model for predicting the symptoms of obsessive-compulsive disorder based on religious adherence and commitment and to evaluate the mediating role of personality function.

Method: This study was a descriptive correlational performed based on structural equation. The statistical population consisted of people referred to clinics in districts 1, 2, 7, 8, 11, and 12 of Tehran, Iran, during 2020-2021. A total of 378 volunteers were considered eligible for the study based on the inclusion criteria. The data collection tools included Hodgson and Rachman's Obsessive- Compulsive Disorder Questionnaire (1977), Janbozorgi's Religious Faith Questionnaire (2009) and Personality Function Questionnaire by Janbozorgi & et al (2021). Data analysis was performed in SPSS-28 and LISREL-8.5, using path analysis in AMOS-24, as well as structural equation modeling.

Results: The Square of correlations (R^2) for obsessive-compulsive disorder was 0.53; therefore, the domains of religious adherence and personality function could explain 53% of variance in obsessive-compulsive disorder.

Conclusion: Personality function mediated the relationship between lack of religious adherence or religious ambivalence and obsessive-compulsive disorder positively and mediated the relationship between religious adherence and obsessive-compulsive disorder in a significant and negative way. It is recommended that counseling centers pay attention to the clients' religious adherence and dysfunctional religious beliefs in the treatment of obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, Religious adherence, Personality function

How to cite this article: Karami Sh, Janbozorgi M, Aghayousefi A, Namvar H. Providing a structural model for predicting symptoms of practical obsessive compulsive disorder based on religious adherence: The mediating role of personality function. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022; 9 (3): 1-15. URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1446-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال نهم، شماره ۳، ۱۴۰۱
صفحات: ۱۵-۱

ارائه مدل ساختاری برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی براساس پایبندی مذهبی: نقش میانجیگر کارکرد شخصیت

شبنم کرمی[۱]، مسعود جان بزرگی[۲]، علیرضا آقایوسفی[۳]، هومن نامور[۴]

۱.دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.
۲. استاد، گروه روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Janbo@rihu.ac.ir
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۴ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۱/۰۲/۲۶

چکیده

مقدمه: وسواس فکری- عملی یک سندروم بالینی است که به وسیله افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم و رفتارهای تکراری مشخص می‌شود.

هدف: هدف از پژوهش حاضر، ارائه مدل ساختاری برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی براساس پایبندی مذهبی: نقش میانجیگر کارکرد شخصیت بود.

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مناطق ۱، ۲، ۷، ۸، ۱۱ و ۱۲ تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که از میان آن‌ها ۳۷۸ نفر داوطلب و واجد شرایط ورود به مطالعه انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه وسواس فکری- عملی هاجسون و راچمن (۱۹۷۷)، پایبندی مذهبی جان بزرگی (۱۳۸۸) و پرسشنامه کارکرد شخصیت جان بزرگی و همکاران (۱۴۰۰) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ و لیزرل نسخه ۸/۵ با استفاده از تحلیل مسیر توسط برنامه AMOS نسخه ۲۴ و با روش‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد.

یافته‌ها: مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه (R^2) برای متغیر وسواس فکری- عملی برابر با ۰/۵۳ بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است که ابعاد پایبندی مذهبی و کارکرد شخصیت در مجموع ۵۳ درصد از واریانس نشانگان وسواس فکری عملی را تبیین می‌کند.

نتیجه‌گیری: کارکرد شخصیت رابطه بین نا پایبندی مذهبی و دوسوگرایی مذهبی با وسواس فکری- عملی را به صورت مثبت و رابطه بین پایبندی مذهبی و وسواس فکری- عملی را به صورت منفی و معنادار میانجیگری می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره به پایبندی مذهبی و باورهای ناکارآمد مذهبی مراجعه کنندگان در درمان اختلال وسواس فکری- عملی توجه شود.

کلیدواژه‌ها: وسواس فکری- عملی، پایبندی مذهبی، کارکرد شخصیت

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی[1]، یکی از شایع‌ترین، ناتوان-کننده‌ترین و مقاوم‌ترین اختلالات روانشناختی مطرح است که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2]، از دیگر اختلالات اضطرابی جدا شده است. وسواس، دربرگیرنده‌ی فکر یا احساسی عودکننده و اجبار رفتاری آگاهانه، نظیر شمارش، وارسی یا اجتناب است که به منظور کاهش اضطراب انجام می‌گیرد. اگرچه انجام اعمال اجباری به نیت کاستن اضطراب، با وسواس فکری همراه است؛ اما همیشه منجر به کاهش آن نمی‌گردد (سکر[3]، ۲۰۲۰). اختلال وسواس فکری- عملی، اختلالی روانی است که با افکار وسواسی یا اجبار به انجام کاری و یا هر دو مشخص می‌شود (کومار و سومانی[4]، ۲۰۲۰). مبتلایان به این اختلال چنین حس می‌کنند که مجبورند برای خنثی‌کردن یا خاموش‌کردن افکار وسواسی، رفتارهای خاصی مانند تمیزکردن را مرتباً و به اجبار انجام دهند (چاکرابورتی و کارماکار[5]، ۲۰۲۰). نتایج بررسی‌ها نشان داده که حدود ۲ درصد از افراد به صورت جدی درگیر وسواس فکری- عملی هستند؛ با این وجود، ممکن است علائم خفیف شیوع بسیار بالاتری در جامعه داشته باشد (آبراموتز و جاکوبی[6]، ۲۰۱۴). در نظریه‌های شناختی مطرح پیرامون تبیین اختلال وسواس فکری- عملی، بر نقش باورهای شناختی مختلف و ارتباط میان آن‌ها، به عنوان عوامل اصلی بروز این اختلال، تأکید شده است (پورفرج عمران، بخشی پور و محمود علیلو، ۱۳۹۵). نتایج تحقیقات اخیر نشان داده که در مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی، مذهب از یک سو با نظام نشانه‌شناختی وسواس فکری- عملی و از سوی دیگر، با سبک‌های شناختی در ارتباط است (ویتزیگ[7]، ۲۰۰۵؛ نلسون، آبراموویتز، ویتساید و دیکون[8]، ۲۰۰۶). وسواس فکری- عملی، اختلالی روانشناختی است که مشخصه‌ی اصلی آن، وسواس با احساس گناه بیمارگونه درباره‌ی مسائل اخلاقی یا مذهبی است. این اختلال اغلب با انجام اجباری اعمال اخلاقی یا مذهبی همراه است و احساسی بسیار ناراحت-کننده و غیرسازشی در بیمار ایجاد می‌کند (ابراموویتز، فرانکلین، شوارتز و فار[9]، ۲۰۰۲؛ فالون، والش، سادیک، سائود و لوکاسیک[10]، ۱۹۹۰).

دین، نظام اعتقادی سازمان‌یافته‌ای است که با مجموعه‌ای از آیین‌ها، اعمال و شیوه‌ی پاسخ‌دهی به موقعیت‌های زندگی مشخص می‌گردد (روپاسیتگا و چیلتون[11]، ۲۰۱۹). مذهب نیز از نظر مؤلفه‌ها و اثرات روانشناختی، سازه‌ی پیچیده‌ای است که کارکردهای مختلفی دارد (آهرینفیلد، مولر، هویت و لیندل- جاکوبسن[12]، ۲۰۱۸). دورکیم[13] (۱۹۶۱) کارکردهای مثبتی برای مذهب قائل شده و آن را چسب اجتماعی و شکل مهم کنترل اجتماعی در جهان مدرن می‌داند (وندر زندن[14]، ۱۹۹۳). پایبندی مذهبی[15]، سازه‌ای ناظر بر پذیرش شناختی، هیجانی و رفتاری نسبت به مذهب است. پایبندی مذهبی می‌تواند نگرش فرد نسبت به دنیا را تغییر داده، توانایی تطابق با شرایط ناگوار، استرس‌زا و پیش‌بینی‌ناپذیر را در وی افزایش دهد (مکیلوین، نلسون، استوارت و استوارت[16]، ۲۰۱۸). دین و مذهب از اساسی-

[1]- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
[2]- Personality Inventory for DSM-5
[3]- Seçer
[4]- Kumar & Somani
[5]- Chakraborty & Karmakar
[6]- Abramowitz & Jacoby
[7]- Witzing
[8]- Nelson, Abramowitz, Whiteside & Deacon
[9]- Abramowitz, Franklin, Schwartz & Furr
[10]- Fallon, Walsh, Sadik, Saoud & Lukasik
[11]- Rupasingha & Chilton
[12]- Ahrenfeldt, Moller, Hvidt & Lindahl-Jacobsen
[13]- Durkheim
[14]- Vander Zanden
[15]- Religious adherence
[16]- Macilvaine, Nelson, Stewart & Stewart

ترین و مهم‌ترین نهادهایی است که جامعه‌ی بشری تاکنون به خود دیده؛ به‌طوری‌که هرگز خارج از آن نزیسته و دامن از آن برنکشیده است. پایبندی به ارزش‌ها و آموزه‌های دینی مبتنی بر ویژگی‌ها و نیازهای فطری، تأمین‌کننده‌ی آرامش، سلامت روان، بهزیستی و شادکامی دینداران است (بادی و صالحی، ۱۳۹۹). میکائیلی بارزیلی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که درمان اسلامی در کاهش علائم اختلال وسواس فکری- عملی مؤثر است. مرتضائی‌فر و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای دریافتند که هر دو روش درمانی شناختی- رفتاری و معنوی- مذهبی با تأکید بر آموزه‌های مذهبی، در کاهش وسواس فکری- عملی اثربخش بوده؛ اما تفاوت معناداری میان اثربخشی آن‌ها بر کاهش شدت نشانگان وسواس فکری- عملی در زنان مبتلا به وسواس شستشو بدست نیامد.

کارکرد شخصیت، یکی از عواملی است که می‌تواند در ایجاد وسواس فکری- عملی مؤثر باشد. شخصیت، سازه‌ای مهم در مقابل موقعیت‌های استرس‌زا است؛ زیرا می‌تواند انواع راهبردهای مورد استفاده برای مقابله با این موقعیت‌ها را تعیین نماید (سگرسیروم و اسمیت[1]، ۲۰۱۹؛ ملنداز، ساتورس و دلهوم[2]، ۲۰۲۰). در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی، به‌منظور ارزیابی ابعاد شخصیت و اختلالات، سیاهه‌ی شخصیت و به منظور متمایز ساختن پنج سطح اختلال (عدم اختلال تا اختلال شدید)، مقیاس سطوح کارکرد شخصیت ارائه شده است (انجمن روانپزشکان آمریکا، ۲۰۱۳). سطح کارکرد شخصیت (ملاک A) به معنای آشفتگی در کارکردهای فردی (هویت[3] و خود راهبری[4]) راهبری[4]) و بین فردی (همدلی[5] و صمیمیت[6]) است. صفات شخصیتی مرضی بیمارگون (ملاک B) نیز در پنج حوزه‌ی گسترده‌ی عاطفه‌ی منفی[7]، دل‌گسستگی[8]، تضاد ورزی[9]، نابازداری[10] و روان‌گسسته خویی[11] سازماندهی شده‌اند (انجمن روانپزشکان آمریکا، ۲۰۱۳؛ اسبک و اچبورا[12]، ۲۰۱۵). از آنجا که تا کنون هیچ تحقیقی کارکرد شخصیت افراد مبتلا به وسواس فکری- عملی را به طور مستقیم مورد مطالعه قرار نداده و پژوهش حاضر برای اولین بار پیرامون این موضوع به انجام رسیده است، تنها به ذکر چند مطالعه درباره‌ی مؤلفه‌های کارکرد شخصیت اکتفا شد. خسروی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان «مقایسه‌ی کیفیت روابط صمیمانه و تجربه‌ی خشم میان فردی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، اضطراب فراگیر و گروه بهنجار» چنین دریافتند که در بُعد کیفیت روابط، میانگین نمرات آزمودنی‌ها تنها در زیرمقیاس حمایت اجتماعی با یکدیگر تفاوت معنادار داشت. میانگین نمره‌ی حمایت اجتماعی در گروه مبتلا به اضطراب فراگیر با گروه بهنجار تفاوت داشت. در مقیاس کلی خشم، میانگین نمره‌ی گروه مبتلا به اضطراب فراگیر بیشتر از گروه بهنجار بود. در زیرمقیاس انگیختگی، نمرات هر دو گروه بالینی، بیشتر از گروه بهنجار بود و تجربه‌ی درونی خشم نیز در افراد مبتلا به وسواس فکری- عملی بیشتر بود. اولبر[13] و همکاران (۲۰۱۸) چنین عنوان کردند که توانایی همدلی، عاملی مؤثر در بازداری رفتارهای وسواس

[1]- Segerstrom & Smith
[2]- Melendez, Satorres & Delhom
[3]- Identity

[4]- Selfdirection
[5]- Empathy
[6]- Intimacy
[7]- Negative Affectivity
[8]- Detachment
[9]- Antagonism
[10]- Disinhabition
[11]- Psychoticism
[12]- Esbec & Echeburúa
[13]- Olber

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

فکری- عملی در دوران کودکی و نوجوانی است و پیشرفت کافی آن، مکانیسم‌های عاطفی و شناختی را فعال کرده، به فرد امکان می‌دهد تا احساسات دیگران را درک، دیدگاه آن‌ها را پذیرفته و نسبت به درد و رنج افراد پاسخگو باشد. همدلی پایین، احتمال نشانگان وسواس فکری- عملی را افزایش می‌دهد؛ زیرا فردی که از حس همدلی، چندان بهره‌ای نبرده باشد، بدون ارزیابی تأثیر رفتارش بر احساس دیگران عمل می‌کند.

اختلال وسواس فکری- عملی یکی از مشکلات سلامت روان است که سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی بر جامعه تحمیل می‌کند؛ چنانکه سازمان بهداشت جهانی، این اختلال را دهمین وضعیت ناتوان-کننده‌ی پزشکی در نظر گرفته است. با توجه به کاستی‌های موجود در ادبیات پژوهشی مربوطه و این‌که هنوز مطالعه‌ای در این خصوص در ایران و جهان انجام نشده، پژوهش حاضر با هدف ارائه‌ی مدلی ساختاری برای پیش‌بینی نشانه‌های وسواس فکری- عملی براساس پایبندی مذهبی، با میانجی‌گری کارکرد شخصیت، انجام شد.

روش

مطالعه حاضر از لحاظ هدف بنیادی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری است. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناسی مناطق ۱، ۲، ۷، ۸، ۱۱ و ۱۲ شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. از این جامعه آماری تعداد ۳۷۸ نفر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، متعهد به پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه، فرد مصرف داروی روانپزشکی نداشته باشد (از جمله داروهای آنتی سایکوتیک مثل هالوپریدول، فلوفنازین، کلوزاپین، ولپروات سدیم و الانزاپین)، درصورتی‌که فرد داروهای نامبرده را مصرف نمی‌کند تشخیص سایکوز یا بایپلار نیز از درمانگر خود نگرفته باشد، سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، داوطلب بودن برای همکاری در پژوهش. معیارهای خروج نیز شامل: عدم همکاری و یا بی‌انگیزگی در ادامه شرکت در پژوهش بود. برای انجام مطالعه موجود، پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام هماهنگی‌های اولیه با مسئولین مراکز مشاوره و روان‌درمانی مناطق ۱، ۲، ۷، ۸، ۱۱ و ۱۲ شهر تهران، پژوهشگر به این مراکز جهت نمونه‌گیری مراجعه کرده و پس از توافقات اولیه و جلب رضایت آن‌ها برای همکاری، شرایط و ویژگی‌های افراد نمونه مورد نیاز برای پژوهش ذکر شد. سپس پژوهشگر با هر یک از مراجعه‌کنندگان معرفی شده بعد از بررسی پرونده مصاحبه و پس از جلب رضایت آن‌ها برای همکاری در پژوهش براساس ملاک‌های نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مصاحبه تخصصی انجام گرفت. بعد از انجام مصاحبه و تائید تشخیص روانپزشک، پرسشنامه‌های پایبندی مذهبی، وسواس فکری- عملی مادزلی و کارکرد شخصیت توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و همچنین برای بررسی فرضیه‌های مطرح شده از ماتریس‌های کوواریانس یا همبستگی و یک مجموعه معادلات رگرسیون بین متغیرها تدوین و از تحلیل مسیر برای ارزیابی مدل فرضی به

کمک نسخه نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ و لیزرل[1] نسخه ۸/۵ با استفاده از تحلیل مسیر توسط برنامه AMOS استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه پایبندی مذهبی[2]: توسط جان بزرگی در سال ۱۳۸۸ طراحی شد که شامل ۶۰ سؤال است. این آزمون رفتارهای مذهبی را در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی می‌سنجد و متغیرهای مذهبی را در مداخله‌هایی که به نوعی از روش‌های مذهبی استفاده می‌کنند، کنترل می‌نماید. این آزمون سه عامل (پایبندی مذهبی، دو سوگرایی و ناپایبندی مذهبی) را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس پرسشنامه به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت از خیلی موافقم (۵) تا خیلی مخالفم (۱) درجه‌بندی شده است. ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون برابر ۰/۸۱۶ و ضریب همسانی درونی عامل پایبندی درونی ۰/۸۷۸، ضریب همسانی درونی عامل-گذاری ۰/۶۷۸ و ضریب همسانی درونی عامل ناپایبندی مذهبی ۰/۷۲۵، گزارش شده که همگی نشان دهنده اعتبار بالای این پرسشنامه می‌باشد (جان بزرگی، ۱۳۸۸). همچنین برای محاسبه روایی ملاک، نیز صورت اولیه این آزمون قبل از تحلیل عاملی با آزمون جهت‌گیری مذهبی آلپورت ۰/۴۷ گزارش شده است که در سطح ($p>0/001$) معنادار است (جان بزرگی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی[3]: این پرسشنامه توسط هاجسون و راچمن در سال ۱۹۷۷ به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواسی تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده که ۱۵ ماده با کلید درست و ۱۵ ماده با کلید نادرست می‌باشد و در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادزلی، ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ بیمار روان نژند به خوبی تفکیک کرده است. تحلیل محتوای بعدی پاسخ‌های ۱۰۰ بیمار، که منعکس کننده چهار نوع مشکل وسواس (وارسی، تمیزی، کندی و شک وسواسی) در بیماران بود، مشخص کرد. پایایی و اعتبار آزمون وسواسی مادزلی در مطالعات انجام شده بر روی نمونه‌های بالینی کشورهای مختلف تائید شده است. به عنوان مثال ساناویو (۱۹۸۸) همبستگی بین نمرات کل آزمودنی مادزلی و آزمون پادوآ ۰/۷۰ بدست آورد. ضریب آلفای کرونباخ بین آزمون و آزمون مجدد بالاتر از حد مجاز بوده است ($r=0/89$) (راجمن و هاجسون[4]، ۱۹۷۷؛ به نقل از ترنر و بیدل[5]، ۱۹۹۲). در ایران دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرا آن با مقیاس وسواس اجباری ییل- براون ۰/۸۷ بدست آورد.

پرسشنامه کارکرد شخصیت[6]: پرسشنامه کارکرد شخصیت شخصیت توسط جان بزرگی و همکاران در سال ۱۴۰۰ طراحی شد که شامل ۱۲۶ سؤال و از دو بخش تشکیل شده است. بخش اول شامل ۵۵ سؤال که ۴ کارکرد شخصیت: هویت، خود راهبری، صمیمیت و همدلی و بخش دوم شامل ۷۱ سؤال است که ۵ رگه پاتولوژیک شخصیت: روان گسسته خویی، دل گسستگی، نا بازداری، عاطفه‌پذیری منفی و تضاد ورزی را می‌سنجد. هر مؤلفه پرسشنامه دارای ۴ گزینه (کاملاً نادرست، تا حدودی درست، تقریباً درست، کاملاً درست) و نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت انجام می‌شود. در این پژوهش تنها از سؤالات بخش اول پرسشنامه استفاده شد به این علت که هدف پژوهشگر تنها خرده مقیاس‌های هویت، خود

[1]- Lisrel
[2]- Religious Adherence Questionnaire
[3]- Madzley Obsessive-Compulsive Disorder Questionnaire
[4]- Rachman & Hodgson
[5]- Turner & Beidel
[6]- Personality Function Questionnaire

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

راهبری، صمیمیت و همدلی بود. در مطالعه جانبزرگی و همکاران (۱۴۰۰) ضرایب آلفای کرونباخ ویژگی مورد سنجش هویت، خود راهبری، صمیمیت، همدلی برای بررسی پایایی نمرات آزمون‌های فرعی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۳، ۰/۶۵، ۰/۷۹، بود. لازم به ذکر است که برای کل پرسشنامه نیز مقدار ضریب آلفا ۰/۷۸ محاسبه شد.

یافته‌ها

در این پژوهش از ۳۷۸ مراجعه کننده ۱۵۲ نفر (۴۰/۲٪) مرد و ۲۲۶ نفر (۵۹/۸٪) زن بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۳۳/۳۸ و ۹/۲۳ سال بود. میزان تحصیلات ۴۱ نفر (۱۰/۸٪) از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۱۵۶ نفر (۴۱/۳٪) دیپلم، ۲۶ نفر (۶/۹٪) فوق دیپلم، ۱۴۰ نفر (۳۷٪) لیسانس و ۱۵ نفر (۴٪) فوق لیسانس و بالاتر بود. در نهایت ۹۷ نفر (۲۵/۷٪) از شرکت‌کنندگان مجرد، ۲۵۴ نفر (۶۷/۲٪) متأهل و ۲۷ نفر (۱۱/۷٪) از همسر خود جدا شده بودند یا همسر آنان فوت شده بود. جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین ابعاد پایبندی مذهبی (پایبندی، دوسوگرایی و ناپایبندی)، مؤلفه‌های کارکرد شخصیت (هویت، صمیمیت، همدلی و خودراهبری) و نشانگان وسواس فکری- عملی (وارسی، شستشو، کندی/تکرار و شک/وظیفه‌شناسی) را نشان می‌دهد.

جدول ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹	۱۰
۱. پایبندی مذهبی- پایبندی	۵۸/۹۵	۱۲/۸۱	-									
۲. پایبندی مذهبی- دوسوگرایی	۵۷/۰۰	۱۲/۳۷	-۰/۳۸**	-								
۳. پایبندی مذهبی- ناپایبندی	۴۳/۵۶	۹/۱۵	-۰/۳۳**	۰/۴۳**	-							
٤. کارکرد شخصیت- هویت	۸۱/۱۷	۱۳/۲۶	۰/۳۲**	-۰/۰۹	-۰/۱۰	-						
٥. کارکرد شخصیت- صمیمیت	۳۹/۰۶	۸/۳۲	۰/۳۰**	-۰/۱۱*	-۰/۱۷**	۰/۳۴**	-					
٦. کارکرد شخصیت- همدلی	۳۵/۶۱	۷/۸۸	۰/۳۶**	-۰/۳۲**	-۰/۲۴**	۰/۴۶**	۰/۵۷**	-				
۷. کارکرد شخصیت- خود راهبری	۳۷/۶۸	۶/۳۴	۰/۲۷**	-۰/۲۴**	-۰/۱۸**	۰/۳۵**	۰/۲۱**	۰/۲۸**	-			
۸. نشانگان وسواس- وارسی	۶/۰۷	۱/۶۷	-۰/۲۷**	۰/۳۶**	۰/۰۹	-۰/۳۰**	-۰/۳۴**	-۰/۲۱**	-۰/۲۹**	-		
۹. نشانگان وسواس- شستشو	۶/۸۵	۱/۷۵	-۰/۲۶**	۰/۳۴**	۰/۰۴	-۰/۲۶**	-۰/۳۲**	-۰/۱۷**	-۰/۲۳**	۰/۵۵**	-	
۱۰. نشانگان وسواس- کندی/تکرار	۴/۹۳	۱/۴۹	-۰/۲۹**	۰/۴۲**	۰/۱۱*	-۰/۲۰**	-۰/۲۱**	-۰/۱۹**	-۰/۳۱**	۰/۳۶**	/۴۶**	-

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

۱۱. نشانگان‌وسواس- شک/وظیفه‌شناسی	۳/۹۷	۱/۳۲	-۰/۳۴**	۰/۴۸**	۰/۰۶	-۰/۱۸**	-۰/۲۷**	-۰/۳۸**	-۰/۱۸**	۰/۴۴**	۰/۵۲**	۰/۵۴**

** P<۰/۰۱ و * P<۰/۰۵

جدول ۱ نشان می‌دهد که پایبندی مذهبی به صورت منفی و دوسوگرایی مذهبی به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ با مؤلفه‌های وسواس فکری- عملی همبسته‌اند. گفتنی است که ناپایبندی مذهبی تنها با مؤلفه کندی/تکرار وسواس فکری- عملی آن هم به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۵ همبسته بود. همچنین همه مؤلفه‌های کارکرد شخصیت به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۱ با مؤلفه‌های وسواس فکری- عملی همبسته بودند.

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش حاضر از روش تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. این روش در دو مرحله، ابتدا به ارزیابی چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده و در ادامه به ارزیابی چگونگی برازش مدل ساختاری با داده‌ها می‌پردازد. در این روش برای ارزیابی چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی تأییدی و برای ارزیابی چگونگی برازش مدل ساختاری با داده‌ها روش مدل‌یابی معادلات ساختاری به کار گرفته می‌شود. چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴ و برآورد بیشینه احتمال ارزیابی شد. جدول ۲ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد.

جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری

شاخص‌های برازندگی	مدل اولیه	نقطه برش
مجذور کای	۵۴/۵۰	-
درجه آزادی مدل	۱۹	-
χ^2/df	۲/۸۷	کمتر از ۳
GFI	۰/۹۶۵	۰/۹۰ <
AGFI	۰/۹۳۴	۰/۸۵۰ <
CFI	۰/۹۷۵	۰/۹۰ <
RMSEA	۰/۰۷۱	۰/۰۸ >

جدول فوق نشان می‌دهد که همه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی از برازش قابل‌قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند (χ^2/df=۲/۸۷، CFI=۰/۹۷۵، GFI=۰/۹۶۵، AGFI=۰/۹۴۳ و RMSEA=۰/۰۷۱). در مدل اندازه‌گیری بزرگترین بار عاملی متعلق به نشانگر همدلی (β=۰/۸۶۸) و کوچکترین بار عاملی متعلق به نشانگر شک/وظیفه شناسی (β=۰/۶۲۰) بود. بدین ترتیب با توجه به این‌که بارهای عاملی همه نشانگرها بالاتر از ۰/۳۲ بود، می‌توان گفت همه آن‌ها از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردار بودند.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

در مدل ساختاری فرض شده بود که ابعاد پایبندی مذهبی هم به صورت مستقیم و هم با میانجیگری کارکرد شخصیت با نشانگان وسواس رابطه دارد. برای آزمون مدل مزبور روش مدل‌یابی معادلات ساختاری به کار گرفته شد. نتایج نشان داد که شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل از برازش قابل قبول مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند (χ^2(df=۳۷ ،N=۳۷۶)=۸۰/۵۱)، χ^2/df=۲/۱۸، CFI=۰/۹۷۴، GFI=۰/۹۶۲، AGFI=۰/۹۳۲ و RMSEA=۰/۰۵۶). بدین ترتیب چنین نتیجه‌گیری شد که مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری شده برازش دارد. جدول ۳ ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می دهد.

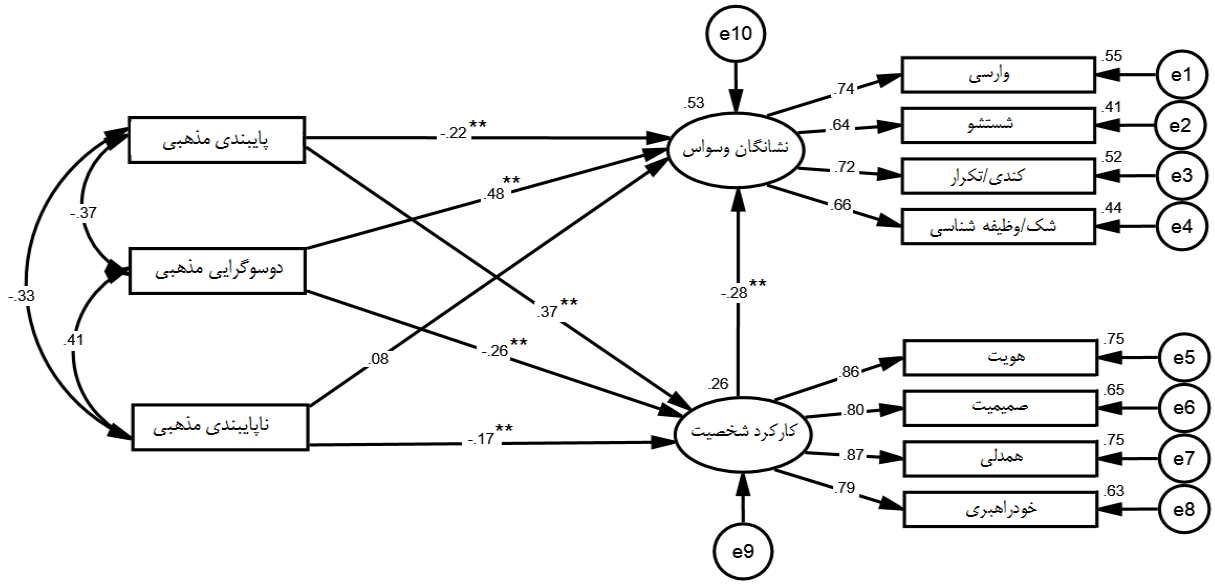
جدول ۳ ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

مسیر	متغیرها	ضریب مسیر غیر استاندارد	خطای معیار	ضریب مسیر استاندارد	سطح معناداری
مستقیم	**ناپایبندی مذهبی← کارکرد شخصیت**	-۰/۱۸۴	۰/۰۴۹	-۰/۱۷۲	۰/۰۰۱
	دوسوگرایی مذهبی← کارکرد شخصیت	-۰/۲۰۹	۰/۰۳۸	-۰/۲۵۹	۰/۰۰۱
	پایبندی مذهبی← کارکرد شخصیت	۰/۳۱۴	۰/۰۴۵	۰/۳۷۱	۰/۰۰۱
	ناپایبندی مذهبی← نشانگان وسواس	۰/۰۱۰	۰/۰۰۶	۰/۰۷۷	۰/۱۳۳
	دوسوگرایی مذهبی← نشانگان وسواس	۰/۰۴۵	۰/۰۰۷	۰/۴۸۰	۰/۰۰۱
	پایبندی مذهبی← نشانگان وسواس	-۰/۰۲۲	۰/۰۰۵	-۰/۲۲۵	۰/۰۰۱
	کارکرد شخصیت← نشانگان وسواس	-۰/۰۳۲	۰/۰۰۷	-۰/۲۸۰	۰/۰۰۱
غیر مستقیم	**ناپایبندی مذهبی← نشانگان وسواس**	۰/۰۰۶	۰/۰۰۲	۰/۰۴۸	۰/۰۰۱
	دوسوگرایی مذهبی← نشانگان وسواس	۰/۰۰۷	۰/۰۰۲	۰/۰۷۳	۰/۰۰۱
	پایبندی مذهبی← نشانگان وسواس	-۰/۰۱۰	۰/۰۰۳	-۰/۱۰۴	۰/۰۰۱
کل	**ناپایبندی مذهبی← نشانگان وسواس**	۰/۰۱۵	۰/۰۰۶	۰/۱۲۵	۰/۰۱۹
	دوسوگرایی مذهبی← نشانگان وسواس	۰/۰۵۲	۰/۰۰۷	۰/۵۵۲	۰/۰۰۱
	پایبندی مذهبی← نشانگان وسواس	-۰/۰۳۲	۰/۰۰۵	-۰/۳۲۸	۰/۰۰۱

جدول ۳ نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل بین ناپایبندی مذهبی (P<۰/۰۵، β=۰/۱۲۵) و دوسوگرایی مذهبی (P<۰/۰۱، β=۰/۵۵۲) با وسواس فکری- عملی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. همچنین ضریب مسیر کل بین پایبندی مذهبی و وسواس فکری- عملی منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (P<۰/۰۱، β=-۰/۳۲۸)؛ و ضریب مسیر بین کارکرد شخصیت و نشانگان وسواس فکری- عملی منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است (P<۰/۰۱، -۰/۲۸۰=β). در ادامه نتایج نشان داد که ضریب مسیر غیر مستقیم بین ناپایبندی مذهبی (P<۰/۰۱، β=۰/۰۴۸) و دوسوگرایی مذهبی (P<۰/۰۱، β=۰/۰۷۳) با وسواس فکری- عملی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. همچنین جدول فوق نشان می دهد که ضریب مسیر غیر مستقیم بین پایبندی مذهبی و وسواس فکری- عملی منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است (P<۰/۰۱، β=-۰/۱۰۴). براساس مطالب فوق می‌توان گفت کارکرد شخصیت رابطه بین ناپایبندی

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

مذهبی و دوسوگرایی مذهبی با وسواس فکری- عملی را به صورت مثبت و رابطه بین پایبندی مذهبی و وسواس فکری- عملی را به صورت منفی و معنادار میانجیگری می کند. شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش در تبیین رابطه بین ابعاد پایبندی مذهبی، کارکرد شخصیت و نشانگان وسواس فکری- عملی را نشان می‌دهد.



شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش مربوط به پژوهش

شکل فوق نشان می‌دهد که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه (R^2) برای متغیر وسواس فکری- عملی برابر با ۰/۵۳ بدست آمده است، این موضوع بیانگر آن است که ابعاد پایبندی مذهبی و کارکرد شخصیت در مجموع ۵۳ درصد از واریانس نشانگان وسواس فکری- عملی را تبیین می کند.

بحث

هدف از تحقیق حاضر ارائه مدل ساختاری برای پیش‌بینی نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی براساس پایبندی مذهبی: نقش میانجیگر کارکرد شخصیت بود. نتایج حاکی از آن بود که بین هویت با ناپایبندی مذهبی و دوسوگرایی مذهبی رابطه مثبت و با پایبندی مذهبی رابطه منفی را در وسواس فکری- عملی دارد. این یافته با نتایج تحقیق نوری، موسوی و جدیری (۱۳۹۷) و قلی پور و جوانمرد (۱۳۹۷) همسو بود. تحقیق نوری، موسوی و جدیری (۱۳۹۷) نشان داد که پایبندی به مذهب و کسب هویت، تأثیرات مشابهی در کارآمدی خانواده ایفا می‌کنند. قلی پور و جوانمرد (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان ارتباط نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی با سبک‌های هویتی و کمال‌گرایی در زنان دریافتند که نشانه‌های وسواس فکری-عملی با هویت همبستگی مستقیم دارد. متعهد بودن نسبت به ارزش‌ها و اهداف در زندگی و پایبندی به ارزش‌هایی که منشأ الهی و دینی دارند باعث موفقیت فرد در زندگی می‌شود. این افراد اهل ذکر و مناجات با خداوند هستند که باعث می‌شود در

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

زندگی خود آرامش بیشتری را تجربه کنند، چرا که می‌دانند فقط با یاد خداوند دل‌ها آرامش پیدا می‌کند. همچنین نتایج نشان داد که هویت، سهم بالایی در پیش-بینی تغییرات نشانه‌های وسواس فکری- عملی در زنان دارد؛ بنابراین افرادی که پایبندی مذهبی بالا و هویت بالایی دارند، از لحاظ وسواس فکری- عملی در سطح پایین‌تری قرار دارند؛ که باید متذکر شد پایبندی به مذهب و کسب هویت، تأثیرات مشابهی در کاهش وسواس فکری- عملی ایفا می‌کنند.

همچنین نتایج نشان داد که صمیمیت با پایبندی مذهبی رابطه منفی را در وسواس فکری- عملی دارد که با یافته پژوهش خلیلی، کهساری و ستوده (۱۳۹۸) در یک راستا است. در تبیین اینگونه می‌توان بیان کرد که صمیمیت دارای مصادیق، ضوابط و محدوده‌های مشخصی است و در بُعد چگونگی تأثیر، پایبندی به هرکدام از این موارد ضروری است. علاوه بر آن، قدرت نفوذ صمیمیت تنها تحت تأثیر عوامل فوق نیست، بلکه بین آن و خداگرایی رابطه‌ای دوسویه وجود دارد. نتایج حاکی از آن است که بدون توجه به بُعد نگرشی و معنوی نمی‌توان به روابط صمیمانه واقعی دست یافت. همچنین صمیمیت با دوسوگرایی و ناپایبندی مذهبی در وسواس فکری- عملی رابطه مثبتی وجود دارد. نتایج این تحقیق با پژوهش‌های نجفی (۱۳۸۹)؛ وندر بلک، رابینسون، کاسادو-کوهن و یانگ[1] (۲۰۱۱) و باتلر مارک، استون، اولین و گاردنر برانت[2] (۲۰۰۲) همخوانی دارد. در تبیین این نتیجه نیز می-می‌توان گفت عدم گرایش به اعمال، تفکرات مذهبی و اصول سازمان یافته درونی موجب کاهش ادراک افراد در صمیمیت می‌گردد؛ یعنی صمیمیت و پایبندی مذهبی است که به کاهش علائم وسواس فکری- عملی در افراد می‌انجامد. به عبارتی هرچه دوسوگرایی و ناپایبندی مذهبی بالاتر باشد، میزان صمیمیت بین آن‌ها نیز کاهش یافته و در نتیجه وضعیت وسواس فکری- عملی نیز افزایش چشمگیری خواهد یافت.

به علاوه نتایج حاکی از آن بود که همدلی با پایبندی مذهبی رابطه منفی در وسواس فکری- عملی دارد که این نتایج با یافته‌های حنیف خان، واتسون و حبیب[3] (۲۰۰۵) و واتسون، هود و موریس[4] (۱۹۸۵) همسو است. پایبندی مذهبی با ایجاد تقویت هیجانات مثبت، مانند خوش‌خلقی، مهربانی، توجه و آرامش، زمینه‌های عاطفی و شناختی برای همدلی در به اشتراک گذاشتن احساسات همدلانه نگرانی متعادل برای افراد دارای وسواس فکری- عملی و درک دیدگاه دیگران را فراهم می‌نماید. همچنین دوسوگرایی از جمله مؤلفه‌های پایبندی مذهبی است که رابطه منفی با همدلی دارد که با یافته‌های کیومرثی (۱۳۸۲) و جان بزرگی (۱۳۸۶) همسو است. در نتیجه می‌توان گفت فرد دوسوگرا، به دلیل فقدان هویت مذهبی بهنجار، همواره نگران و در یک حالت تردید شناختی- عاطفی مذهبی به سر می‌برد؛ به همین دلیل گاهی بین کردار و رفتارش ناهماهنگی وجود دارد، در برابر سختی‌ها کم‌تحمل است، احساس خوبی درباره خود و رابطه خود با خدا ندارد، از اعمال مذهبی خود ناراضی است و تنها در سختی‌ها به خدا پناه می‌برد، میزان ناهشیاری یا غفلت او زیاد و در زندگی دارای اشتباه‌های تکراری است. در واقع می‌توان چنین گفت که همدلی سازه‌ای چند بعدی است که شامل توانایی برای در نظرگرفتن دیدگاه دیگران، احساسات همدلانه دیگر

[1]- Vanderbleek, Robinson, Casado-Kehoe & Young
[2]- Butler Mark, Stone, oulie & Gardner Brandt
[3]- Haneef Khan, Watson & Habib
[4]- Watson, Hood & Morris

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

محور برای افراد دارای وسواس فکری- عملی در شرایط بین فردی است. ایجاد حس همدلی، نوع‌دوستی، رفع مشکلات دیگران و رعایت حقوق آنان، با وجود پایبندی مذهبی میسر می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد که خود راهبری با پایبندی مذهبی رابطه منفی را در وسواس فکری- عملی دارد. این نتایج با یافته‌های فرضی و فرجی (۱۳۹۸) و اکبری، گلپرور و کامکار (۱۳۸۷) همسو است. خود راهبری به عنوان یک میانجی شناختی عمل می‌کند، شناخت، افکار و احساسات افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، چرا که وقتی فراگیران در معرض رویدادهای منفی، تجربیات جدید یا موقعیت‌های استرس‌زا قرار می‌گیرند احساس خود راهبری بالا، به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند آن رویدادها و موقعیت‌ها را اداره و کنترل کنند و در نتیجه خود را در برابر بسیاری از مسائل روانی محافظت کنند. درحالی‌که افراد با خود راهبری کم، تفکرات بدبینانه درباره توانایی‌های خود دارند. چنین افرادی در هر موقعیتی که براساس نظر آن‌ها از توانایی‌هایشان فراتر باشد، دوری می‌کنند و در برخورد با موقعیت‌های تهدید زا و استرس‌آور نمی‌توانند عملکرد خوبی داشته باشند و در نتیجه به کاهش سازگاریشان با موقعیت منجر شود. در مجموع عواملی همچون نگرش مثبت به دنیا و ایجاد امید و انگیزه، معنا و هدف در زندگی و پذیرش راحت‌تر حوادث آسیب‌زا، احساس کنترل و پیشگیری از طریق اعمالی همچون دعوا کردن، استفاده از الگوهای تصمیم گیری مناسب به ویژه در ناملایمات زندگی، سازگاری بالاتر در افراد را تبیین می‌کند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که کارکرد شخصیت رابطه بین ناپایبندی مذهبی و دوسوگرایی مذهبی با وسواس فکری- عملی را به صورت مثبت و رابطه بین پایبندی مذهبی و وسواس فکری- عملی را به صورت منفی و معنادار میانجیگری می‌کند. هر پژوهشی دارای محدودیت و مشکلاتی است که یکی از محدودیت‌های این پژوهش عبارت است از: عدم همگن کردن بیماران دچار اختلال وسواس فکری- عملی از نظر دوره بیماری و مرحله درمانی آن‌ها. چون احتمالاً افرادی که در مرحله حاد بیماری قرار دارند، پاسخ‌هایشان دارای سوگیری بوده و بر نتایج آزمون تأثیرگذار باشد. این مطالعه بر روی افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناسی مناطق ۱ و ۲ و ۷ و ۸ و ۱۱ و ۱۲ تهران صورت گرفته است؛ بنابراین این اثر تعمیم نتایج به سایر گروه‌های مبتلا به اختلال را محدود می‌سازد. پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره و روان‌درمانی به مؤلفه‌های پایبندی مذهبی بیرونی و باورهای ناکارآمد مذهبی مراجعه کنندگان در درمان اختلال وسواس فکری- عملی توجه شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد مراکز مشاوره و روان‌درمانی به مراجعه‌کنندگان مربوط خدماتی در قالب کارگاه‌های آموزش فرزند پروری، پیامد شیوه‌های فرزند پروری سهل گیرانه و خودکامه و تأثیر آن بر روی انواع اختلالات از جمله وسواس به والدین آموزش داده شود. به منظور دسترسی به نتایج معتبر پیشنهاد می‌شود در موقع اجرای پژوهش، وضعیت روانی و جسمانی آزمودنی‌ها کنترل و برای بررسی کامل سبک‌های فرزند پروری کودکان مبتلا به وسواس فکری-عملی و استفاده از تمام مؤلفه‌های موجود در این فضا، پدر، مادر، خواهر و برادرهای این کودکان نیز بررسی شود.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در این مطالعه شرکت و در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر را داریم. این پژوهش برگرفته از رساله مقطع دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه با کد اخلاق IR.IAU.ARAK.REC می‌باشد.

References

Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. (2002). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessivecompulsive disorder. Journal of consulting and clinical psychology, 71(6), 1049-1056.

Abramowitz JS, Jacoby RJ. (2014). Obsessive compulsive disorder in the DSM- 5. Clinical Psychology: Science and Practice, 21(3), 221-235.

Ahrenfeldt LJ, Moller S, Hvidt NC, Lindahl-Jacobsen R. (2018). Religiousness and lifestyle among Europeans in SHARE. Public Health, 165, 74-81.

Akbari M, Golparvar M, Kamkar M. (2008). The Relationship between Interpersonal Trust, Self-Efficacy, Religious Adherence, and Forgiveness to the Beliefs of a Fairly Distributive and Procedural World. Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology, 35(36). (In Persian)

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Badi F, Salehi M. (2020). Investigating the relationship between religious commitment and self-esteem with happiness of third year high school students in Bandar-e-Gaz. Quarterly Journal of New Strategies in Psychology and Educational Sciences, 2(6), 13-14. (In Persian)

Butler Mark H, Stone J, Oulie A, Gardner Brandt. (2002). ‘‘prayer as a conflict Resolution Ritual: Clinical Implication of Religious couples report of Relationship Softening, Healing perspective and change Responsibity’’ (Brigham Young u; school of Family life, Provo, out). Psychology Abstract, 89(4).

Chakraborty A, Karmakar S. (2020). Impact of COVID-19 on Obsessive Compulsive Disorder (OCD). Iranian Journal of Psychiatry, 15, 256-259.

Dadfar M, Bolhari j, Malakuti K, Bayanzade S. (2000). Prevalence of obsessive-compulsive disorder. Journal of andisheh rafter, 7(25), 27-32. (In Persian)

Durkheim E. (1961). The Elementary Forms of the Religious Life. New York: Collier Books.

Esbec E, Echeburua E. (2015). The hybrid model for the classification of personality disorders in DSM-5: a critical analysis. Actas Esp Psiquiatr, 43(5), 177-186.

Fallon BA, Walsh BT, Sadik C, Saoud JB, Lukasik V. (1990). Outcome and clinical course in inpatient bulimic women: a 2- to 9-year follow-up study. J Clin Psychiatry, 52(6), 272-278.

Ferzi I, Faraji R. (2019). The role of religious commitment, self-efficacy and life satisfaction in students' mental health and academic achievement. New Psychological Research, Year 14, No. 2.54, Special Issue of "The First Biennial Congress of New Psychology and Behavioral Sciences, University of Tabriz". (In Persian)

Gholipour A, Javanmard Gh H. (2018). The relationship between symptoms of obsessive-compulsive disorder and identity styles and perfectionism in women. Women and family studies, 10(38), 27-22. (In Persian)

Haneef Khan Z, Watson PJ, Habib F. (2005). Muslim attitudes toward religion, religious orientation and empathy among Pakistanis. Mental Health, Religion and Culture, 8(1), 49-61. (In Persian)

Jan Bozorgi M. (2008). Religious Orientation and Mental Health. Research in Medicine, 31(4), 345-350. (In Persian)

Khalili R, Kahsari R, Sotoudeh Asl N. (2019). Intimacy and how it affects social relations from the

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

perspective of verses and hadiths. Knowledge, twenty-eighth year. Special Sociology, 262. (In Persian)

Khosravi Z, Rahmatinejad P, Shahisadrabadi F. (2016). Comparative research of the quality of intimate relationships and experience interpersonal anger in individual with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal group. Rph, 10(1), 32-42. (In Persian)

Kiomarsi MR. (2004). Relationship between religious orientation and personality factors. Journal of Knowledge, 75, 59-77.

Kumar A, Somani A. (2020). Dealing with Corona virus anxiety and OCD. Asian Journal of Psychiatry, 51(3), 122-153.

Macilvaine WR, Nelson LA, Stewart JA, Stewart WC. (2018). Association of strength of religious adherence to quality of life measures. Complement Ther Clin Pract, 19(4), 251-255.

Melendez JC, Satorres E, Delhom I. (2020). Personality and coping. What traits predict adaptive strategies? Anales de psicologia, 36(1), 39-45.

Michael Barzilli N, Ahadi B, Hassan Abadi HR. (2009). Comparison of the effectiveness of Islamic therapy and cognitive-behavioral therapy in patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of Psychological Achievements (educational sciences and psychology), 18(2), 61-86. (In Persian)

Mortezaei Far S, Hamdieh M, Baghdasaryans A, Tarqi Jah P. (2020). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and spiritual-religious psychotherapy with emphasis on Islamic teachings on the severity of obsessive-compulsive syndrome in women with obsessive-compulsive disorder. Psychological Studies, 16(4).

Najafi H. (2008). Investigating the Relationship between Religious Orientation and Marital Satisfaction and Marital Intimacy of High School Teachers, M.Sc. Thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran. (In Persian)

Nelson EA, Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ. (2006). Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena. Journal of Anxiety Disorders, 20(8), 1071-1086.

Nouri N, Mousavi SJ, Jadiri J. (2018). Comparison of family efficiency in different groups in terms of religious affiliation and identity styles. Bi-Quarterly Journal of Islamic Psychological Research, First Year, First Issue, 105-123. (In Persian)

Olber TM, Brooks PJ, Plass JL, Homer BD. (2019). Distinguishing direct and indirect effects of executive functions on reading comprehension in adolescents. Reading Psychology, 40(6), 551-681. https://doi.org/10.1080/02702711.2019.1635239.

Pourfaraj Omran M, Bakhshipour A, Mahmoud Alilou M. (2016). A review article about cognitive and meta-cognitive psycho-pathological approaches in obsessive - compulsive disorder. Clin Exc, 5(1), 16-34. (In Persian)

Rachman SJ, Hodgson RJ. (1980). Obsessions and compulsions. New York: Englewood Cliffs.

Rupasingha A, Chilton JB. (2019). Religious adherence and county economic growth in the US. J Econ Behav Organ, 72(1), 438-450.

Sanavio E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. Behaviour Research and Therapy, 26(2), 169-177.

Secer I, Ulas S. (2020). An Investigation of the Effect of COVID-19 on OCD in Youth in the Context of Compulsive Disorder. The Lancet Psychiatry, 7(7), 570-572.

Segerstrom SC, Smith GT. (2019). Personality and coping: Individual differences in responses to emotion. Annual Review of Psychology, 70, 651-671.

Turner SM, Beidel DC. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? Clinical Psychology Review, 12, 257-270.

Vander Zanden JW. (1993). Sociology the core (third and forth eds). New York: Mc Graw-Hill, inc.

Vander Zanden JW. (1996). Sociology the core (third and forth eds). New York: Mc Graw-Hill, inc.

Vanderbleek L, Robinson EH, Casado-Kehoe M, Young ME. (2011). The relationship between

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]

play and couplesatisfaction and stability. The Family Journal, 19(2), 132-139.
Watson PJ, Hood RW, Morris RJ. (1985). Dimensions of religiosity and empathy. Journal of Psychology and Christianity, 4(3), 73-85.
Witzing TF. (2005). Obsessional beliefs, religious beliefs, and scrupulosity among fundamental protestant Christians, Dissertation. Abstracts International, 65, 3735.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.8.3]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.1]