

اثربخشی روان‌درمانی مذهبی بر کاهش نشانه‌های وسواس، اضطراب و

افسردگی در نوجوانان مبتلا به وسواس فکری- عملی

زینب ابوالحسنی^۱، میرعماد شریف^۲، سیدموسی کافی^۳، نیلوفر میکائیلی^۴، حسن شاه‌ملک پور^۵

رضا سلطانی^۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۳/۸

چکیده

مقدمه: نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-عملی، از مشکلات روانشناختی بسیاری رنج هستند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روان‌درمانی مذهبی بر کاهش علائم وسواس، اضطراب و افسردگی نوجوانان مبتلا به وسواس فکری-عملی بود.

روش: روش پژوهش، شبه‌آزمایشی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۵۶ نوجوان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در رشت به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل گماشته شدند. گروه‌های آزمایش، در هشت جلسه‌ی روان‌درمانی مذهبی شرکت کردند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس‌های پایبندی مذهبی، وسواس فکری-عملی و افسردگی و اضطراب از پرسشنامه‌ی افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱ استفاده شد. داده‌ها با تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که روان‌درمانی مذهبی، بر کاهش نشانه‌های وسواس و افسردگی (در هر دو جنس) و اضطراب (تنها در گروه دختران) مؤثر است ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: روان‌درمانی مذهبی می‌تواند در بهبود اختلال وسواس، اضطراب و افسردگی در نوجوانان مبتلا به وسواس فکری-عملی مفید باشد.

کلید واژه‌ها: روان‌درمانی مذهبی، وسواس، اضطراب، افسردگی

شبه‌ی ارجاع‌دهی به این مقاله: ابوالحسنی، زینب، شریف، میرعماد، کافی، سیدموسی، میکائیلی، نیلوفر، شاه‌ملک‌پور، حسن، و سلطانی، رضا. (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی مذهبی بر کاهش نشانه‌های وسواس، اضطراب و افسردگی در نوجوانان مبتلا به وسواس فکری-عملی. *دوفصلنامه‌ی روانشناسی بالینی کودک و نوجوان*, ۲(۱)، ۷۱-۸۶.

۱. نویسنده‌ی رابط: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه گیلان (zainab.abolhassani@gmail.com)

۲. کارشناس ارشد علوم قرآن و حدیث

۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان

۴. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

۵. عضو هیأت علمی گروه حقوق دانشگاه گیلان

۶. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

اختلال وسواسی - عملی^۱ یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالاتی است که در گذشته جزو اختلالات اضطرابی طبقه‌بندی می‌شد؛ اما در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V)^۲ در طبقه‌ای مجزا از اختلالات وسواسی - عملی و اختلالات مرتبط با آن قرار داده شده است (ابوالقاسمی، رفیعی و نریمانی، ۱۳۹۰). نتایج پژوهش‌های مرتبط با میزان شیوع وسواس بخصوص در میان نوجوانان بسیار متفاوت است. به‌طور مثال، طی پژوهشی، شیوع علائم وسواس در نوجوانان ۱۱/۲ درصد (شمس، کرم قدیری، اسماعیلی ترکانبوری، امینی، ابراهیم خانی، ناصری بفرونی و پایه‌دار اردکانی، ۱۳۸۶) و طی پژوهشی دیگر، این میزان ۱۹ درصد تعیین شده است (والنی - باسیل، گاریسون، جکسون، ۱۹۹۴).

اختلال وسواسی - عملی از آن جهت که ناهمگن است، شیوه‌های درمانی متنوعی را نیز می‌طلبد (ماتیکس - کولز، سانچز و ولجو، ۲۰۰۲) که با وجود موفقیت نسبی این درمان‌ها، در اکثر افراد مورد درمان، بهبودی کامل صورت نمی‌گیرد (فیشر و ولز، ۲۰۰۸). تأثیر باورهای مذهبی در درمان اختلالاتی نظیر وسواس، اضطراب و افسردگی مورد تأیید قرار گرفته است (میکائیلی بارزلیلی، احدی و حسن آبادی، ۱۳۹۰). به‌طور کلی در رویکرد روان‌درمانی مذهبی، بر اهمیت توکل بر خدا، تجلی اراده‌ی خالق بر همه‌ی وجوه زندگی و اعتقاد به امداد الهی تأکید می‌شود که اثربخشی مستقیمی بر افزایش امید به زندگی دارد (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۰).

1. Obsessive-Compulsive Disorder

2. Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

3. Valleni-Basile, Garrison & Jackson

4. Mataix-Cols, Sonchez & Vallejo

5. Fisher & Wells

از جمله روش‌های رفع وسواس براساس روان‌درمانی مذهبی، روزه‌داری است که تأثیر آن بر بهبود وسواس از دو جهت مورد توجه است؛ تکرار بسیاری از اذکار نماز، با روش توقف فکر قابل مقایسه است که موجب رفع افکار وسواسی می‌شود (فقیهی، ۱۳۷۹). یاد مرگ نیز روش دیگری برای رفع وسواس براساس متون دینی است؛ بنابراین مرگ آگاهی^۱ (یاد مرگ) به عنوان یک روش درمانی، آستانه‌ی تحمل افراد را بالا برده و توانایی تحمل ترس را افزایش می‌دهد (اسلامی نسب، ۱۳۸۶).

از جمله اختلالات روان‌پزشکی که به‌طور شایع با اختلال وسواس جبری دیده می‌شود، اختلال اضطراب منتشر^۲ و اختلال افسردگی اساسی^۳ است (نستد، ریدل، گارادوس، گرینبرگ و فایر^۴؛ ۲۰۰۹). وجود این اختلالات همزمان می‌تواند در درمان موفق اختلال وسواسی - عملی تداخل نماید. از این‌رو درمان آن‌ها، همراه، قبل و یا در طی درمان اختلال وسواس، نتیجه‌ی نهایی درمان را بهتر می‌کند (استروچ، مرلو، لارسون، گفکن، لوهومکول و جاکوب^۵؛ ۲۰۰۸).

روان‌درمانی مذهبی می‌تواند آثار قابل توجهی در رفع افسردگی داشته باشد (مهرابی‌زاده هنرمند، هاشمی، بساک‌نژاد، ۱۳۹۰). پژوهشگران معتقدند که افراد دیندار، در مقایسه با افراد غیردیندار، کمتر احساس تنهایی کرده و کمتر به افسردگی و اضطراب دچار می‌شوند (مهرابی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰) و اعتقادات دینی، نگرشی جدید درباره‌ی جهان به انسان افسرده می‌دهد و نوعی دلبستگی معنوی برای وی ایجاد می‌کند (کارون و بارون^۶؛ ۲۰۰۱). در روان‌درمانی مذهبی، تقویت

1. death awareness

2. Generalized Anxiety Disorder(GAD)

3. clinical depression

4. Nestadt, Riddle, Grados, Greenberg & Fyer

5. Storch, Merlo, Larson, Geffken, Lehmkuhl & Jacob

6. Carone & Barone

گرایش‌های مذهبی می‌تواند نوعی ایمنی فردی در برابر افسردگی ایجاد کند (بال، ۲۰۰۳).

اختلال اضطراب مرضی نیز بر عملکرد شناختی اثر گذاشته و موجب تحریف‌های ادراکی می‌گردد (سادوک، سادوک و کاپلان، ۱۳۸۸). اظهار، وارمه و دهاراپ (۱۹۹۴) در پژوهشی نتیجه گرفتند که روان‌درمانی دینی، در بهبود سریع علائم اضطراب تأثیر معناداری دارد؛ گله‌دار و ساکی (۱۳۸۰) نیز نشان دادند که آوای قرآن، بر کاهش اضطراب پیش از آزمون دانشجویان تأثیر بسزایی دارد. پرداختن به تأثیر دین بر سلامت، در عرصه‌های مختلف زندگی بشر از جمله «بهداشت و درمان» و همچنین بر گروه نوجوانان، به این دلیل حائز اهمیت است که دین و مذهب، دارای نقشی بی‌بدیل و غیرقابل حذف در زندگی انسان‌ها هستند. بنابراین آگاهی از اثربخش بودن روش‌های درمانی شناخته شده‌ی برگرفته از آموزه‌های دینی می‌تواند در درمان بسیاری از اختلالات، به‌ویژه اختلالات گروه آسیب‌پذیر نوجوانان که سلامت آینده‌ی جامعه در گرو سلامت روحی و جسمی آنان است، مورد استفاده‌ی متخصصان قرار گیرد. با توجه به مطالب بیان شده، هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روان‌درمانی مذهبی بر کاهش نشانه‌های وسواس، اضطراب و افسردگی در نوجوانان است.

روش

روش تحقیق: روش پژوهش، از نوع شبه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. براساس این روش، آموزش مجموعه شیوه‌های روان‌درمانی مذهبی، به‌عنوان متغیر مستقل، و علائم وسواس، افسردگی و اضطراب، به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

1. Ball

2. Azhar, Varma & Dharap

شرکت کنندگان در پژوهش: جامعه‌ی آماری پژوهش، شامل تمامی دانش‌آموزان نوجوان یک دبیرستان پسرانه و دو دبیرستان دخترانه از ناحیه‌ی ۲ شهر رشت در مقاطع اول، دوم و سوم دبیرستان شامل ۱۲۰۰ دانش‌آموز بودند. جهت انتخاب نمونه‌ها، از روش نمونه‌گیری در دسترس و تصادفی استفاده شده است؛ به این ترتیب که از بین مدارس شهر رشت، سه مدرسه به‌صورت در دسترس و از بین کلیه‌ی کلاس‌ها، تعدادی از کلاس‌ها در هر سه مقطع به‌صورت تصادفی انتخاب شد. پس از اجرای آزمون‌های وسواس، اضطراب و افسردگی، ۶۰ نوجوان مبتلا به این اختلالات شناسایی شدند که پس از بررسی علاقمندی آنان جهت همکاری، ۵۶ نوجوان مورد مصاحبه‌ی بالینی و بررسی صحت وجود علائم بر اساس معیارهای تشخیصی^۱ DSM-IV-TR، قرار گرفتند. سپس این افراد، از نظر پایبندی مذهبی مورد بررسی قرار گرفتند. جهت کنترل متغیر پایبندی مذهبی، سعی شد که افراد گروه نمونه با سطوح و نمرات مختلف پایبندی مذهبی، به‌صورت تصادفی در هر چهار گروه آزمایش پسران و دختران قرار بگیرند تا در پایان پژوهش و پس از بررسی اثر بخشی روان‌درمانی مذهبی، میزان پایبندی مذهبی افراد، در اثر بخشی نتایج تأثیرگذار نباشد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: اشتغال به تحصیل در مقاطع اول، دوم و سوم دبیرستان، دامنه‌ی سنی بین ۱۴ تا ۱۷ سال، نمره‌ی وسواس متوسط به بالا بر اساس پرسشنامه‌ی ییل برون، ابراز رضایت‌مندی جهت همکاری و اجرای دستورالعمل‌های معرفی شده در جلسات. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: مصرف داروهای روان‌پزشکی و قرار گرفتن تحت آموزش‌های روان‌درمانی جهت رفع وسواس، ابراز عدم تمایل به شرکت در جلسات، وجود علائمی از دیگر بیماری‌های روانی علاوه بر اختلال وسواس.

^۱. Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

ابزار گردآوری داده‌ها: برای جمع‌آوری اطلاعات نیز از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف- مقیاس وسواس فکری- عملی ییل- براون (YBOCS):^۱ این

مقیاس، یک مصاحبه‌ی نیمه‌ساختار یافته است که دارای مقیاس شدت و علائم وسواس فکری- عملی است و با ۱۰ گزینه، میزان شدت وسواس را در شرایط کنونی بیماری می‌سنجد. بخش مهمی از آن، بر پایه‌ی گزارش بیمار، تکمیل شده و نمره‌گذاری نهایی بر پایه‌ی قضاوت بالینی مصاحبه‌گر انجام می‌گردد. هر ماده‌ی این مقیاس، بین صفر تا چهار نمره می‌گیرد. پنج ماده‌ی نخست این مقیاس، برای ارزیابی وسواس‌های فکری، و پنج ماده‌ی بعدی، برای ارزیابی وسواس‌های عملی است (گودمن، پرایس، راسموسن، مازورو، فلیشمن، هیل و چارنی، ۱۹۸۹). این مقیاس شامل: ۱- مدت زمان صرف شده؛ ۲- میزان تداخل؛ ۳- میزان ناراحتی؛ ۴- میزان مقاومت و ۵- میزان کنترل می‌باشد و علائم افکار وسواسی و اعمال وسواسی را جداگانه مورد سنجش قرار می‌دهد. دادفر و همکاران، پایایی بین مصاحبه‌کنندگان را برای این مقیاس ($r=0/98$)، ضریب همسانی درونی آن را ($\alpha=0/89$) و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی را در فاصله‌ی دو هفته ($r=0/84$) گزارش نمودند. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامه‌ی افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون، به ترتیب ۶۴ درصد و ۵۹ درصد گزارش شده است (دادفر، بواله‌ری، ملکوتی و بیانزاده، ۱۳۸۰).

ب- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱ (DASS-21):^۲ این مقیاس

نسخه‌ی کوتاه‌شده‌ای از مقیاس ۴۲ سؤالی است که در سال ۱۹۹۵ توسط لایویند و

1. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)

2. Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill & Charney

3. Depression Anxiety Stress Scale

لاویبند ارائه شده که شامل ۲۱ سؤال و هریک از خرده‌مقیاس‌های آن شامل ۷ سؤال است و گزینه‌های آن، از شماره‌ی صفر تا سه و به‌صورت لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی، ۰/۹۱، برای مقیاس اضطراب، ۰/۸۴ و برای مقیاس استرس، ۰/۹۰ تعیین شد. محاسبه‌ی روایی و اعتبار این ابزار در ایران نشان داد که اعتبار بازآزمایی آن برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ بود. همچنین ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های بالا به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ بوده است (علیمردانی، سمیعی سینی و صادقی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر، تنها از دو مقیاس افسردگی و اضطراب این پرسشنامه استفاده شد و مقیاس استرس، از متغیرهای پژوهش حذف گردید.

ج- مقیاس پایبندی مذهبی: این پرسشنامه، توسط جان‌بزرگی در سال ۱۳۷۸ و برای سنجش میزان گرایش مذهبی-اسلامی افراد ساخته شده است. چهل ماده مقیاس اضطراب کتل که شامل پنج عامل مختلف شخصیتی O (گرایش به گنهکاری)، Q۴ (تنش زدایی)، Q۳ (تحول هشیاری نسبت به خود)، C (نیروی من) و L (گرایش پارانویایی)، مطابق با فرم جدید در این پرسشنامه گنجانده شده است. پس از آن، مواد پرسشنامه را به‌صورت تصادفی در کنار هم قرار داده و فرم نهایی با ۱۲۰ عبارت استخراج گردیده است. در تجدید نظر نهایی این مقیاس، تعداد سؤالات به ۶۰ عدد تقلیل یافت. ضریب اعتبار فرم ۶۰ ماده‌ای این مقیاس، با گروه نمونه‌ی دانشجویی ۲۷۶ نفری از طریق آلفای کرونباخ، معادل ۰/۷۷ گزارش شده است (رسول‌زاده طباطبایی و عبدی، ۱۳۸۹).

شیوه‌ی مداخله: برنامه‌ی آموزشی برای گروه آزمایش، شامل مجموعه روش‌های روان‌درمانی مذهبی برگرفته از متون دینی، طی هشت جلسه، هفته‌ای

دوبار و هر هفته به مدت یک ساعت به صورت گروهی بوده است. شرح مراحل درمان در جدول (۱) بیان شده است:

جدول ۱- شرح جلسات برنامه‌ی آموزشی

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی با اختلالات وسواس، اضطراب و افسردگی و برنامه‌ی روان درمانی مذهبی، توضیح درباره‌ی روزه‌داری به عنوان اولین روش روان‌درمانی مذهبی (حجازی شهرضایی، ۱۳۸۴).	انجام مصاحبه‌ی بالینی براساس DSM-IV-TR، ارائه‌ی توضیحاتی درباره‌ی اختلال وسواس، افسردگی و اضطراب؛ آشنایی با روش‌های روان‌درمانی مذهبی و ضرورت استفاده از آن و شیوه‌ی اجرای جلسات، توافق جمعی در حفظ قوانین دوره‌ی آموزشی؛ تأکید بر تأثیرات روزه‌داری بر حالات روحانی و جسمانی، بیان احادیث و مرور نتایج پژوهش‌های مربوط به آن؛ برنامه‌ریزی برای چگونگی روزه‌داری به عنوان روش درمانی و تکلیف خانگی.
دوم	آموزش بی‌اعتنایی به تردید، مراقبت مستمر از افکار وسواسی (روش‌های کنترل فکر) (حیدری نراقی، ۱۳۸۷)، پناه بردن به خداوند (توکل)، اکتفا به واجبات و ترک مستحبات و پرهیز از اعمال غیرضروری (مظاهری، ۱۳۸۸).	آموزش روش‌های بی‌اعتنایی و بیان احادیث، آموزش روش‌های توکل و تکیه بر خداوند و بیان احادیث، بیان اذکار مخصوص براساس احادیث، آموزش احکام و بیان احادیث مربوط به وسواس مذهبی، توجه به نقش شیطان در ایجاد وسواس هنگام انجام اعمال عبادی، بیان احکام مربوط به افراد کثیرالشک، بیان علت مذموم بودن تفکرات وسواسی؛ آموزش روش‌های کنترل فکر براساس احادیث ائمه‌ی اطهار (ع) به عنوان تکلیف درمانی.
سوم	آموزش استفاده از تأثیرات نمازهای واجب و مستحب، استفاده از آیات قرآن (حجازی شهرضایی، ۱۳۸۴).	آموزش آیاتی از قرآن که در رابطه با رفع وسواس در قالب احادیث سفارش شده است و بررسی آیات قرآن به عنوان تکلیف درمانی؛ آموزش تأثیر نماز بر رفع وسواس و بیان آثار تربیتی آن به عنوان تکلیف درمانی.
چهارم	آموزش استفاده از یاد مرگ، کاربردی دعا (شاکری اردکانی، ۱۳۸۷)، بهره‌گیری از احادیث و الگوگیری از چهارده معصوم (ع)، یاد اهل بیت (ع) و همچنین ذکر صلوات (حجازی شهرضایی، ۱۳۸۴).	آموزش روش مرگ آگاهی و توجه به هدف اصلی تولد، حیات پس از مرگ و ارزشمندی لحظات عمر براساس آموزه‌های دینی به عنوان تکلیف درمانی و بررسی احادیث، آموزش استفاده از دعا و مناجات و تأثیرات آن و مرور احادیث، معرفی ادعیه‌ی سفارش شده در آموزه‌های دینی، آموزش سیره و روش زندگی اهل بیت (ع) به عنوان الگوی دینی و بررسی آن به عنوان تکلیف درمانی
جلسات پنجم تا هشتم به ترتیب مرور و تکرار روش‌های جلسات اول تا چهارم بود		

روند اجرای پژوهش: پس از انتخاب نمونه و جایگزینی تصادفی

آزمودنی‌ها، براساس پرسشنامه‌های وسواس و پایبندی مذهبی در چهار گروه آزمایش و کنترل، پیش از شروع برنامه‌ی مداخله برای گروه آزمایش، طی جلسه‌ای، هدف مداخله برای نوجوانان توضیح داده شد و هماهنگی‌های لازم جهت

تعیین محل، زمان و ساعات انجام مداخله انجام گردید و با اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی، به نوجوانان اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست آمده، صرفاً در جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار خواهد گرفت و این اطلاعات، در اختیار فرد دیگری قرار نگرفته و ادامه‌ی همکاری آنان در طول پژوهش اختیاری خواهد بود. پیش از اجرای برنامه‌ی درمانی، از هر چهار گروه جهت بررسی علائم افسردگی و اضطراب، پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس طی ۸ جلسه، برای گروه‌های آزمایش اعمال شد. پس از برگزاری جلسات، مجدداً نوجوانان هر چهار گروه با استفاده از پرسشنامه‌ها به‌عنوان پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم افزار SPSS و تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

با توجه به جدول (۲) و تفاوت میانگین نمرات دو گروه کنترل و آزمایش در پس‌آزمون و پیش‌آزمون می‌توان نتیجه گرفت که این تفاوت، به دلیل اثربخشی روان‌درمانی مذهبی بوده است.

جدول ۲: آمارهای توصیفی متغیرها در دو گروه کنترل و آزمایش در پس‌آزمون و پیش‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وسواس دختران	آزمایش	۹/۲	۱/۳	۳	۴/۴
	کنترل	۱۱/۸	۲/۲	۱۲/۲	۶/۹
وسواس پسران	آزمایش	۱۲/۵	۳/۴	۴	۳/۶
	کنترل	۱۴/۳	۲/۶	۱۵/۳	۷/۲
افسردگی دختران	آزمایش	۷/۲	۴/۲	۲/۵	۲/۴
	کنترل	۸/۶	۳/۵	۶/۵	۵/۸
افسردگی پسران	آزمایش	۱۲/۱	۱/۴	۴/۳	۴/۵
	کنترل	۱۳/۹	۵/۲	۸/۶	۴/۴
اضطراب دختران	آزمایش	۷/۸	۴/۶	۲/۷۱	۳/۶
	کنترل	۸/۶	۲/۲	۵/۷	۴/۸
اضطراب پسران	آزمایش	۹/۲	۳/۲	۳/۷	۲/۸
	کنترل	۷/۱	۳/۱	۵/۵	۳/۷

با توجه به آزمون کولموگروف-اسمیرونوف، داده‌های مورد بررسی دارای توزیع نرمال می‌باشند. به علاوه، براساس داده‌های جدول و با توجه به آزمون لوین، فرضیه‌ی برابری واریانس‌ها برقرار است؛ همچنین نتایج تحلیل واریانس یک طرفه جهت بررسی فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، روابط معناداری را نشان نمی‌دهد. بنابراین فرضیه‌ی همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برای این متغیر وجود دارد (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج آزمون لوین و بررسی شیب رگرسیون متغیرها

متغیر	آزمون لوین	مقدار همگنی شیب‌های رگرسیون
وسواس دختران	$P > 0/05$ $f = 2/61$	$P > 0/05$ $F = 2/08$
وسواس پسران	$P > 0/05$ $f = 1/8$	$P > 0/05$ $F = 3/61$
افسردگی دختران	$P > 0/05$ $f = 1/31$	$P > 0/05$ $F = 1/12$
اضطراب دختران	$P > 0/05$ $f = 0/149$	$P > 0/05$ $F = 1/02$
افسردگی پسران	$P > 0/05$ $f = 2/76$	$P > 0/05$ $F = 2/34$
اضطراب دختران	$P > 0/05$ $f = 0/371$	$P > 0/05$ $F = 2/33$

با توجه به جدول (۴)، نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه نشان می‌دهد که بین افراد شرکت‌کننده در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از لحاظ نمره‌ی وسواس، افسردگی و استرس دختران و پسران نوجوان کاهش معناداری دیده می‌شود. به عبارت دیگر می‌توان گفت روان‌درمانی مذهبی، بر وسواس، افسردگی و استرس دختران و پسران تأثیر بسزایی داشته است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه متغیرهای مورد بررسی

منبع	SS	df	MS	F	p	اندازه اثر
وسواس	۱۵۴/۵	۱	۱۵۴/۶	۵/۲	۰/۰۳۱	
دختران	۷۵۷/۹	۱	۷۵۷/۹	۲۵/۳	۰/۰۰۰	۰/۵۰
خطا	۷۴۲/۲	۲۵	۲۹/۶			
وسواس	۱۲۰/۳	۱	۱۲۰/۳	۴/۱	۰/۰۰	
پسران	۹۸۵/۷	۱	۹۸۵/۷	۳۳/۶	۰/۰۰۰	۰/۵۷
خطا	۷۲۳/۸	۲۵	۲۹/۳			
افسردگی	۱۳۳۹/۰۳	۱	۱۳۳۹/۰۳	۳۴/۷	۰/۰۰	
دختران	۹۹/۸	۱	۹۹/۸	۱۴/۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶
خطا	۱۷۳/۹	۲۵	۶/۹			
اضطراب	۳۹۳/۹	۱	۳۹۳/۹	۱۱۷/۶	۰/۰۰	
دختران	۶۹/۴۶	۱	۶۹/۴۶	۲۰/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۴۵
خطا	۸۳/۷	۲۵	۳/۳۴			
افسردگی	۶۵۳/۹	۱	۶۵۳/۹	۲۱/۳	۰/۰۰	
پسران	۶۴/۳۱	۱	۶۴/۳۱	۵/۰۲	۰/۰۳۴	۰/۱۶
خطا	۳۲۰/۱	۲۵	۱۲/۸			
اضطراب	۸۶/۳	۱	۸۶/۳	۱۰/۵	۰/۰۰۳	
پسران	۳۰/۱۲	۱	۳۰/۱۲	۳/۷	۰/۰۶	۰/۱۲
خطا	۲۰۳/۸	۲۵	۵/۱۵			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روان‌درمانی مذهبی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواس، افسردگی و اضطراب در نوجوانان بود. یافته‌ها نشان داد که گذراندن دوره‌های روان‌درمانی مذهبی، موجب کاهش فراوانی هریک از نشانه‌های اختلال وسواس، افسردگی [در هر دو گروه دختران و پسران] و اضطراب [تنها در گروه دختران] در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

اولین نتیجه‌ی به دست آمده از پژوهش، مبنی بر اثربخشی دوره‌های روان‌درمانی مذهبی بر کاهش علائم اختلال وسواس در دختران و پسران، با یافته‌های میکاییلی و همکاران (۱۳۹۰) همسو است. همچنین نتایج پژوهش حاضر، مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مذهبی بر کاهش علائم افسردگی (بر هر دو گروه دختران و پسران) و اضطراب (تنها در گروه دختران)، با یافته‌های خسروپور و ساردویی (۱۳۸۰) و آگوراستوس، راندجبار، موهتس، جلینر، کلنر و موریتس (۲۰۱۱) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌ی اول مبنی بر اثربخشی دوره‌های روان‌درمانی مذهبی بر کاهش علائم اختلال وسواس در دختران و پسران می‌توان گفت که با مراجعه به تعالیم دینی، راهکارهای بسیاری برای رفع نگرانی‌هایی از این نوع یافت می‌شود. در روان‌درمانی مذهبی سعی شده است با ارائه‌ی نگرشی مثبت به افراد و تفسیر واقع‌بینانه از پدیده‌ها و رویدادهای زندگی، از اضطراب، نگرانی و احساس پوچی در زندگی کاسته شود.

در تبیین یافته‌ی دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مذهبی بر کاهش علائم افسردگی در دختران و پسران می‌توان گفت در آیات قرآن و احادیث، به وجود رابطه‌ی بین ایمان و آرامش روانی [بخصوص در قالب دعا و نیایش] اشاره شده است. علاوه بر این، پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که بسیاری از افراد متدین، از نوعی آرامش و کنترل نفس برخوردارند و می‌توانند فشارهای عاطفی را تحمل کنند.

در تبیین یافته‌ی سوم پژوهش مبنی بر اثر بخشی روان‌درمانی مذهبی بر کاهش علائم اضطراب (تنها در گروه دختران) می‌توان گفت در تعالیم اسلامی، بهترین روش برای درمان اضطراب «ایمان به خدا» معرفی شده است. به تعبیر قرآن کریم،

1. Agorastos, Randjbar, Muhtz, Jelinek, Kellner & Moritz

انسان، آرامش واقعی و دوری از هرگونه اضطراب و تزلزل را تنها زمانی به دست می‌آورد که به یاد خدا باشد. بنابراین با استفاده از روش‌های روان‌درمانی مذهبی که هدف اصلی آن، کاهش اضطراب و متوجه نمودن انسان به اصل وجودی و فلسفه‌ی خلقت اوست، فارغ شدن از نگرانی‌ها و تشویش‌های زندگی زودگذر دنیا، نتیجه‌ای دست‌یافتنی است.

همچنین در تبیین اثربخشی روان‌درمانی مذهبی بر کاهش علائم اضطراب (تنها در گروه دختران) و عدم معناداری در گروه پسران نوجوان با وجود نزدیکی نتایج به سطح معناداری پس از اجرای روان‌درمانی مذهبی، می‌توان گفت علی‌رغم نتایج تحقیقات تجربی که میزان اضطراب و افسردگی در افراد غیرمذهبی را به مراتب بیشتر از افراد مذهبی نشان می‌دهد (شجاعی، ۱۳۸۲)، به نظر می‌رسد عدم حصول نتیجه‌ی مورد انتظار در کاهش میزان اضطراب گروه آزمایشی پسران برخلاف گروه آزمایشی دختران، ناشی از عدم توانایی در کنترل میزان اضطراب امتحان آنان بود. با وجود نزدیکی جلسات به زمان آزمون نهایی مدارس و فشرده بودن برنامه‌ی نیمسال دوم آموزش و پرورش در ترمی که جلسات مداخله‌ای در آن برگزار شد، میزان اضطراب دانش‌آموزان گروه آزمایشی پسران، در نتیجه‌ی آزمون اضطراب آنان مؤثر و قابل مشاهده است.

علت میزان بیشتر اثربخشی در پژوهش حاضر نسبت به پژوهش‌های مشابه با توجه به شباهت نسبی روش‌های مورد استفاده، تفاوت در دامنه‌ی سنی افراد مورد مطالعه است. پایین‌تر بودن دامنه‌ی سنی نوجوانان و همچنین مدت زمان کمتر ابتلا به علائم وسواس، میزان اثرپذیری افراد از روش‌ها را افزایش داده و تلاش جهت کاهش و یا رفع علائم را آسان‌تر و سریع‌تر کرده است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، به موارد زیر می‌توان اشاره کرد: استفاده از شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس به دلیل مشکلات بسیار در انتخاب مدارس و

نوجوانان دارای شرایط ورود به پژوهش، و کوتاه شدن زمان انجام پژوهش به دلیل فشرده‌تر شدن برنامه‌های آموزشی. با توجه به محدودیت‌های بالا و بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مرتبط در آینده، از شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود، بیماران مبتلا به وسواس فکری و وسواس عملی، به صورت جداگانه مورد بررسی و درمان قرار گیرند، پس از درمان جهت بررسی تأثیرات درازمدت این شیوه‌ی درمانی پیگیری‌های لازم صورت گیرد، عوامل خانوادگی بیماران مبتلا به این اختلال مورد بررسی قرار گیرد و در برنامه‌های درمانی جهت رفع آنها اقدام شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس، رفیعی مریم و نریمانی محمد. (۱۳۹۰). نقش سرشت و منش در پیش‌بینی نشانه‌های اختلال وسواس در نوجوانان. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱ (۱): ۱۱۹-۱۳۲.
- اسلامی‌نسب، علی (۱۳۸۶). *راهنمای عملی درمان وسواس برای متخصصین*. همایش مرگ آگاهی، تهران: انجمن شفای وسواس ایران.
- دادفر محبوبه، بوالهروی جعفر، ملکوتی، سید کاظم و بیان‌زاده، سید اکبر (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری. *فصلنامه‌ی اندیشه و رفتار*، ۷ (۱ و ۲): ۲۷-۳۲.
- رسول‌زاده طباطبایی، کاظم و عبدی، نرگس. (۱۳۸۹). بررسی رابطه‌ی میان عوامل شخصیتی و میزان انضباط اجتماعی با توجه به پایبندی مذهبی. *فصلنامه‌ی مطالعات امنیت اجتماعی*، ۳، ۱۶۵-۱۸۹.
- سادوک، بنیامین جمیز؛ سادوک، ویرجینیا، آ و کاپلان، هارولد (۱۳۸۸). *خلاصه‌ی روان‌پزشکی علوم رفتاری و روان‌پزشکی بالینی*. جلد دوم و سوم. ترجمه‌ی فرزین رضایی. تهران: انتشارات ارجمند.

شجاعی، محمدصادق. (۱۳۸۲). رابطه‌ی بین توکل به خدا با حرمت خود. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

شمس، گیتی، کرم قدیری، نرگس، اسماعیلی ترکانبوری، یعقوب، امینی، همایون، ابراهیم‌خانی، نرگس، ناصری بفرونی، علی و پایه‌دار اردکانی، حسین. (۱۳۸۶). شیوع علائم وسواس فکری- عملی در نوجوانان و میزان هم‌ابتلائی آن با سایر علائم روان‌پزشکی. *مجله‌ی تازه‌های علوم شناختی*، ۹(۴)، ۵۹-۵۰.

علیمردانی، زینب، سمیعی‌سیننی، فاطمه و صادقی طاهره. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش اصلاح سبک زندگی در کنترل اضطراب، استرس و افسردگی مبتلایان به پرفشاری خون. *مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (ویژه‌نامه‌ی قلب و عروق)*، ۱۹(۶)، ۹-۱.

فقیهی، علی نقی (۱۳۷۹). وسواس در دیدگاه اسلامی، علائم، پیشگیری و درمان. چکیده‌ی مقالات دومین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی. قم: انتشارات حضرت معصومه (س).

گله‌دار، نسرین و ساکی، ماندانا. (۱۳۸۰). تأثیر آوای قرآن بر کاهش اضطراب پیش از آزمون دانشجویان. ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

مهرایی‌زاده هنرمند، مهناز، هاشمی، سیداسماعیل و بساک نژاد، سودابه. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر درمان چندوجهی اسلامی بر افسردگی و عزت نفس دانشجویان. *فصلنامه‌ی روانشناسی و دین*. ۳(۴)، ۳۱-۴۸.

میکائیلی بارزلی، نیلوفر، احدی، بتول و حسن آبادی، حمیدرضا. (۱۳۹۰). مقایسه‌ی اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی. *دستاوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روانشناسی)*، ۴، ۱۸-۳(۲)، ۶۱-۸۶.

Agorastos, A., Randjbar, S., Muhtz, C., Jelinek, L., Kellner, M., & Moritz, S. (2011). P01-134 - Religiosity and personal beliefs in ocd and anxiety disorders. *European Psychiatry*, 26, 134.

Azhar, M. Z., Varma, S. L., & Dharap, A. S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3.

Ball, J. et al. (2003). The relationship between religiosity and adjustment among African- American, Female, urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 26, 431-446.

- Carone, D. A. Jr., & Barone, D. F. (2001). A social cognitive perspective on religious beliefs: their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 21, 989-1003.
- Fisher PL, & Wells A. (2008). Meta cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 117-32.
- Goodman W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, CL., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive – compulsive Scale. 1. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006 – 1011.
- Nestadt, G., Di, C. Z, Riddle, MA, Grados, M. A, Greenberg. BD., & Fyer, AJ. (2009). Obsessive compulsive disorder: subclassification based on comorbidity. *Journal of Psychological Medicine*, 39, 1491-501.
- Mataix-Cols, D., Sonchez, M., & Vallejo, J. A. (2002). Spanish version of the Padue Inventory: Factor structure and Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30, 25-36.
- Storch, E. A, Merlo, L. J, Larson, M. J, Geffken, G. R., Lehmkuhl, H. D., & Jacob, ML. (2008). Impact of comorbidity on cognitive- behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive- disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 583-92.
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., & Jackson, K. L. (1994). Frequency of OCD in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 782-791.