



دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

گزارش طرح تحقیق:

استانداردسازی مقیاس ابعاد علائم وسواس بی‌اختیاری (DOCS)  
در جمعیت دانشجویی

مجری طرح:

دکتر محمد خدایاری فرد

همکاران طرح:

سعید اکبری زردخانه، شیرین زینالی

۱۳۹۲

## چکیده<sup>۱</sup>

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ابعادی علائم وسواس بی‌اختیاری در جمعیت دانشجویان ایرانی انجام گرفت. روش پژوهش از نظر شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی-ابزارسازی است. نمونه مورد بررسی ۱۰۰۵ نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران بودند که به شیوه خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. در فرایند جمع‌آوری داده‌ها از هر یک از شرکت‌کنندگان در پژوهش خواسته شد که به دو ابزار (۱) مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری و (۲) یکی از نه ابزار مقیاس افسردگی اضطراب استرس (لویباند و لویباند (۱۹۹۵)، مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر (کسلر، ۱۹۹۶)، فهرست نشانگان- ۲۵ (نجریان و داودی، ۱۳۸۰)، سیاهه افسردگی بک (بک، ۱۹۶۱)، سیاهه اضطراب بک (بک، اپستن، براون و ستیر، ۱۹۹۸)، مقیاس وسواس بی‌اختیاری (فوا و همکاران، ۱۹۹۸)، مقیاس وسواس فکری- عملی یل براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹)، سیاهه وسواس بی‌اختیاری مادسلی (هاجسون و راجمن، ۱۹۷۷) و مقیاس ملی سلامت روان دانشجویان ایرانی (پورشریفی و همکاران، ۱۳۹۱) پاسخ دهند. یافته‌های تحلیل عاملی اکتشافی بیانگر وجود چهار عامل موجود در نسخه اصلی مقیاس در نمونه ایرانی بود. تحلیل آیتم و محاسبه ضرایب همگونی درونی و بازآزمایی ابزار نیز نشان‌دهنده ویژگی‌های مناسب آیتم‌ها و عامل‌های استخراج شده بود. تحلیل عاملی تأییدی نیز مدل چهار عاملی اصلی را با کمی تغییر تأیید کرد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مقیاس ابعادی علائم وسواس بی‌اختیاری اعتبار و روایی مناسبی برای سنجش مؤلفه‌های وسواس دارد.

**کلیدواژه‌ها:** مقیاس وسواس بی‌اختیاری، انطباق‌سازی آزمون، ویژگی‌های روان‌سنجی، تحلیل گویه، تحلیل عاملی، دانشجو.

<sup>۱</sup> این مقاله در قالب طرح پژوهشی شماره ۵۱۰۱۴/۱/۰۸ با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

## فهرست مطالب

۵	فصل یکم: کلیات پژوهش
۶	مقدمه و بیان مسئله
۱۰	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۱	اهداف پژوهش
۱۱	هدف کلی
۱۱	اهداف ویژه
۱۱	سؤالات پژوهش
۱۱	تعاریف متغیر
۱۳	فصل دوم: پیشینه پژوهش
۱۴	معنای ناپهنجاری
۱۵	مفهوم اضطراب به عنوان یک ناپهنجاری
۱۷	طبقه‌بندی اختلالات اضطرابی
۱۷	• حمله وحشتزدگی
۱۷	• اختلال وحشتزدگی بدون گذرهراسی
۱۷	• گذرهراسی بدون سابقه اختلال وحشتزدگی
۱۷	• هراس مشخص
۱۷	• هراس اجتماعی
۱۸	• اختلال وسواس فکری و عملی
۱۸	• اختلال فشار روانی پس آسیبی
۱۸	• اختلال فشار روانی حاد
۱۸	• اختلال اضطراب فراگیر
۱۸	• اختلال اضطراب ناشی از بیماری جسمانی
۱۸	• اختلال اضطرابی ناشی از مواد
۱۸	• اختلال اضطراب که به گونه دیگر مشخص نشده است

۱۹	ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی- اجباری
۲۰	تشخیص افتراقی
۲۱	مدل‌های نظری عمده در تبیین سبب‌شناسی و درمان اختلال وسواسی- اجباری
۲۱	مدل روانکاوی
۲۳	مدل رفتارشناسی طبیعی
۲۴	مدل رفتاری
۲۷	مدل شناختی- رفتاری
۲۸	مدل زیست شناختی
۳۲	ابزارهای سنجش علائم وسواس و مطالعات مقدماتی در مورد ابزارها در جامعه ایرانی

### **فصل سوم: روش پژوهش**

۳۶	روش تحقیق
۳۷	جامعه آماری
۳۷	نمونه و روش نمونه‌گیری
۳۸	فرایند اجرای پژوهش
۳۸	ابزارهای پژوهش
۴۳	تحلیل داده‌ها

### **فصل چهارم: یافته‌های پژوهش**

۴۸	تحلیل عاملی اکتشافی روی داده‌های گروه مدرج‌سازی
۴۹	تحلیل عاملی تأییدی روی داده‌های گروه روایی‌یابی
۵۴	روایی
۵۷	روابط بین عامل‌های مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری و دیگر ابزارهای وسواس- بی‌اختیاری

### **فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری**

۶۱	منابع
۷۵	پیوست ۱: مقیاس ابعاد علائم وسواس بی‌اختیاری
۸۳	

# فصل یکم: کلیات پژوهش

## مقدمه و بیان مسأله

هر فردی افکار، عقاید و تصاویر مداخله کننده ناخواسته و مداومی دارد که استرس یا اضطراب را برمی‌انگیزد و فرد را وامی‌دارد تا آیین‌های رفتاری یا ذهنی را انجام دهد (موریس، مرکلباخ و کلوان<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷؛ راجمن و دسیلوا<sup>۲</sup>، ۱۹۷۸). اگر این علایم حداقل یک روز در میان به طول انجامد و با سطح بالایی از استرس توأم باشند و در عملکرد فرد اختلال ایجاد کنند، امکان دارد که شخص ملاک‌های تشخیصی وسواس فکری-عملی را دریافت دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). وسواس‌های فکری<sup>۴</sup> عقاید، افکار، تکانه‌ها، یا تصاویر ذهنی پایداری هستند که مزاحم و نامناسب می‌نمایند و به اضطراب یا پریشانی آشکار منجر می‌شوند. کیفیت مزاحم و نامناسب وسواس‌های فکری خود ناهمخوان<sup>۵</sup> خوانده می‌شود. این پدیده حاکی از آن است که فرد با محتوای وسواس فکری بیگانه است، آن را تحت کنترل خود نمی‌داند، و از نوع اندیشه‌ای نیست که او انتظار دارد. با این حال، فرد تشخیص می‌دهد که وسواس‌های فکری محصول ذهن خود اویند و از خارج تحمیل نمی‌شوند. وسواس‌های عملی<sup>۶</sup> رفتارهای تکراری (مانند شستن دست، منظم کردن و بازیابی) یا اعمال ذهنی (مانند دعا کردن، شمارش، تکرار واژه‌ها به آرامی) هستند که هدف آن‌ها پیشگیری یا کاهش اضطراب یا پریشانی است، نه به دست آوردن لذت یا رضایت (DSM-IV-TR<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰).

اختلال وسواسی-اجباری<sup>۸</sup> پدیده‌ی جدیدی نیست، جان بانیان<sup>۹</sup> و چارلز داروین از جمله افراد برجسته‌ای هستند که در گذشته، به این اختلال فلج‌کننده مبتلا بودند. در بسیاری از توصیف‌های اولیه این اختلال، بر محتوای مذهبی وسواس‌ها تاکید می‌شد این نوع محتوا راهنمای مهمی در درک ماهیت این اختلال به شمار می‌رود. محتوای وسواس‌ها منعکس‌کننده توجه و نگرانی عمده هر عصر به‌شمار می‌روند: خواه این محتوا به کار شیاطین و آلودگی به‌وسیله

- 
1. Muris, Merckelbach, & Clavan
  2. Rachman & de Silva
  3. American Psychiatric Association
  4. obsessions
  5. ego dystonic
  6. compulsions
  7. American Psychiatry Association
  8. Cognitive. behaviour therapy
  9. Bunyan

میکروب و تشعشع مربوط باشد یا به خطر ابتلا به نشانگان اکتسابی نارسایی در سیستم ایمنی<sup>۱</sup> (ایدز) (هاوتون<sup>۲</sup>، کرک<sup>۳</sup>، کرک<sup>۳</sup>، سالکوس کیس<sup>۴</sup>، کلارک<sup>۵</sup>، ۱۹۸۹).

در قرن نوزدهم، وسواس‌ها را دیگر کار شیاطین تلقی نمی‌کردند و آن را جزئی از افسردگی می‌دانستند. در آغاز این قرن، وسواس به عنوان نشانگان مستقل به‌شمار می‌رفت. فروید در آثار اولیه خود مطرح کرد که نشانه‌های وسواس، بیانگر برگشت به مرحله مقعدی-آزارگرانه پیش‌تناسلی<sup>۶</sup> رشد است و مشخصه آن، تعارض بین پرخاشگری و سلطه‌پذیری، کیفی و تمیزی، نظم و بی‌نظمی است. در ضابطه‌بندی‌های بعدی روان‌پویایی، فرض بر آن است که بیماران وسواسی، «مرزهای من ضعیفی<sup>۷</sup>» دارند، بنابراین ممکن است در مرحله «پیش-روان‌پریش<sup>۸</sup>» قرار گرفته باشند. چنین نگرش‌هایی ممکن است به درمان‌های نامناسبی منجر شوند (مانند تجویز نورولپتیک‌ها) و به مخالفت با درمان رفتاری برخیزند، با این استدلال که این شیوه، دفاع بیمار را تحلیل می‌برد و روان‌پریشی را آشکار می‌سازد.

وسواس‌های فکری، خواه بالینی یا غیربالینی، به میزانی از ناامیدی‌ها، آسیب‌ها (به خود یا دیگری)، افکار غیراخلاقی (احتمالاً تنبیهی)، یا دیگر پیامدهای هراس‌آور ارتباط داده می‌شود. وسواس‌های عملی از نظر کارکردی به صورت عمدی انجام می‌گیرند تا افکار وسواسی را خنثی، پیشگیری یا حذف کنند یا وسواس‌های فکری اضطراب‌آور را کاهش دهند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). همچنین از رفتارهای اجتناب‌گرایانه ممکن است برای کاهش افکار وسواسی هراس‌آور استفاده شود. نمونه فردی با افکار وسواسی آلودگی در مورد میکروب‌های کف زمین ممکن است سعی کند که از تماس با کف زمین اجتناب ورزد، اما اگر اجتناب امکان‌پذیر نباشد، ممکن است به صورت اجبارگونه دستانش را بشوید.

وسواس اختلالی شایع بوده و از نظر شیوع پس از فوبی، اختلال مصرف مواد و افسردگی، رتبه چهارم شیوع را به خود اختصاص داده است (سادوک و سادوک<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳). بدین منظور تشخیص و درمان این اختلال اهمیت شایانی دارد. در زمینه تشخیصی ابزارهای متعددی برای سنجش وسواس فکری - عملی (OC) موجود است، اما بیشتر آن‌ها با

---

1. Acquired immune deficiency syndrome

2. Hawton

3. Kirk

4. Salkouskis

5. Clark

6. Perigenital anal. sadistic stage

7. Weak ego boundaries

8. Pre. psychotic

9. Sadock & Sadock

محدودیت مواجهند. از این نظر که بر اساس یافته‌های اخیر در طبیعت و ساختار ابعادی وسواس فکری و عملی ثبات و پایداری لازم را ندارند (آبراموویتز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰).

برخی از این محدودیت‌ها سبب می‌شود که این ابزارها از نظر کارآمدی زمان، همسانی تجربی و سنجش دقیق و واضح علائم وسواس توانایی کمتری داشته باشند. اولین محدودیت این ابزار، ناتوانی در تمییز بین شدت وسواس و تعداد علائم وسواس است. برای مثال فردی ممکن است به بیشتر آیتم‌های پرسشنامه وسواس پاسخ مثبت دهد، از این نظر که اکثر علائم مذکور را دارد، اما در نهایت نمره بالایی در پرسشنامه به دست آورد و وسواس وی شدید تخمین زده شود.

محدودیت دوم مربوط به دامنه وسیع، ناهمگن و طبیعت ذهنی وسواس است که مانع از آن می‌شود تا ابزاری داشته باشیم که همه علائم را در خود بگنجانند. بنابراین سازنده ابزار مجبور می‌شود برخی علائم وسواس را در پرسشنامه خود بگنجانند. بنابراین فردی که نشانه‌های مذکور را دارد، نمره بیشتر و فردی که علائم ذکرشده در پرسشنامه را ندارد، نمره کمی در مقیاس وسواس به دست می‌آورد.

وسواس‌های فکری - عملی و راهبردهای اجتنابی از نظر ریشه غیرهمگن هستند. برای مثال ممکن است فردی تردیدهای وسواسی به صورت فکری داشته باشد و ناخواسته با مسافر پیاده‌ای هنگام رانندگی تصادف کند و مجبور شود جاده را بررسی کند، در حالی که فرد دیگری ممکن است افکار وسواسی در زمینه مسائل جنسی داشته باشد (برای نمونه تصور زنا با محارم) و به اجتناب از موقعیت‌های خاص منجر شود (برای نمونه تنها بودن با فرد خاصی از اعضای خانواده) (ماتاکیس - کلس، رزاریو - کامپس و لکمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ مک کی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

محدودیت دیگر ابزارهای گذشته، سنجش یک‌بعدی شدت علائم وسواس است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شدت علائم OC چندبعدی و شاخص‌هایی مانند استرس منفی، مداخلات کارکردی، شدت و مدت وسواس‌های فکری و عملی است (داکن<sup>۴</sup> و ابراموویتز، ۲۰۰۵؛ کیم، دیسکن، فیلی و هوور<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴؛ مک کی، نزیروگلو، استیونس و یاروران - توبیاس<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸). محدودیت دیگر این مقیاس‌ها، ساختار عاملی وسواس‌های فکری و عملی است. تحلیل عاملی ساختاری نشان داده است که آسیب‌شناسی OC به سادگی به علائم فکری و عملی خلاصه نمی‌شود، بلکه به صورت

<sup>1</sup> Abramowitz

<sup>2</sup> Mataix. Cols, Rosario. Campos, & Leckman

<sup>3</sup> McKay

<sup>4</sup> Deacon

<sup>5</sup> Kim, Dysken, Pheley, & Hoover

<sup>6</sup> McKay, Neziroglu, Stevens, & Yaryura. Tobias



ابعادی شامل وسواس فکری و عملی است (امیر، فوا و کولس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷؛ دیکن و ابرامویتز، ۲۰۰۵؛ مک کی، ۱۹۹۸). شایان ذکر است بیشتر مقیاس‌ها (برای نمونه OCI-R<sup>۲</sup>، Y-BOCS<sup>۳</sup>) هیچ سوآلی برای سنجیدن اجتناب ندارند، در حالی که معدودی از مقیاس‌ها (برای مثال نمونه PI<sup>۴</sup> و PI-R<sup>۵</sup>) شامل یک یا دو سوآل مرتبط با اجتناب هستند، که البته البته محرک‌های معدودی (برای مثال دستشویی عمومی) را می‌سنجند (آبرامویتز و همکاران، ۲۰۱۰). محدودیت آخر ابزار پیشین، مربوط به عامل احتکار است. یافته‌های پژوهشی جدید نشان می‌دهد که احتکار، مؤلفه‌ای جدا و متفاوت از وسواس است و ابزارهای قبلی با این یافته‌های جدید همسو نیستند (راچمن و همکاران، ۲۰۰۹).

با توجه به محدودیت‌های ذکرشده، لزوم فراهم کردن مقیاسی ابعادی که محدودیت‌های مربوط را حل کند و مزایای مقیاس‌های گذشته را نیز داشته باشد، احساس می‌شود. مقیاس ابعادی وسواس فکری-عملی علائم وسواس فکری-عملی<sup>۶</sup> (آبرامویتز و همکاران، ۲۰۱۰) را به صورت روا که در مطالعات ساختاری پیشین تکرار شده است می‌سنجد. مزیت‌های این ابزار عبارت است از:

۱. سنجش تجربی شدت ابعاد وسواس (به جز احتکار) در مفهومی همسان؛
۲. سنجش شدت علائم وسواس به صورت شاخص‌های تجربی چندگانه؛
۳. سنجش رفتارهای اجتنابی؛
۴. سنجش شدت علائم مستقل از تعداد، دامنه و انواع وسواس‌های فکری و عملی؛
۵. امکان حفظ سادگی و مختصر بودن مقیاس به منظور استفاده در کلینیک‌های تشخیصی و کارهای پژوهشی، و همچنین افراد بالینی و غیربالینی.

بر اساس مطالب ذکرشده، ابزار حاضر (DOCS) علائم و شدت وسواس را می‌سنجد. این مقیاس حاوی توصیف کلی وسواس و مثال‌های جامع از وسواس‌های فکری و عملی برای هر چهار زیرمقیاس است. این مقیاس وسواس را در هر بعد می‌سنجد و رفتارهای اجتنابی را نیز شامل می‌شود. همچنین هدف ابزار مشخص کردن ارتباط بین وسواس‌های فکری، عملی و اجتناب‌ها در هر بعد است، و شدت علائم وسواس را مستقل از تعداد و نوع وسواس‌های فکری و عملی می‌سنجد. همچنین مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری نسبت به مقیاس OCI-R (که از بین ابزارهای پیشین تنها

---

<sup>1</sup> Amir, Foa, & Coles

<sup>2</sup> Obsession Compulsion Inventory

<sup>3</sup> Yale. Brown Obsessive Compulsive Scale

<sup>4</sup> Padua Inventory

<sup>5</sup> Padua Inventory. Revised

<sup>6</sup> obsessive. compulsive symptoms

مقیاسی است که بین افراد بالینی و غیربالینی تمایز قائل می‌شود) از قدرت تمییز بیشتری بین جامعه بالینی و غیربالینی برخوردار است. همچنین این ابزار تأثیر درمان شناختی-رفتاری را در مطالعات آینده‌نگر به‌خوبی نشان می‌دهد. با توجه به مطالب ذکرشده، هدف پژوهش حاضر بررسی روایی و اعتبار مقیاس ابعادی وسواس فکری- عملی روی نمونه غیربالینی دانشجویان ایرانی است.

## اهمیت و ضرورت پژوهش

تا همین اواخر اختلال وسواسی- اجباری، به عنوان اختلالی نه چندان شایع که پیش‌آگهی خیلی ضعیفی به درمان دارد، در نظر گرفته می‌شد (آبرامویچ، ۱۹۹۷؛ ایستنلی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از استورچ و همکاران، ۲۰۰۶)، اما امروزه شیوع اختلال وسواسی- اجباری در طول عمر در جمعیت کلی ۳ تا ۴ درصد تخمین زده می‌شود که این رقم اختلال وسواسی- اجباری را در ردیف چهار اختلال شایع روان‌پزشکی قرار می‌دهد (سادوک<sup>۲</sup> و سادوک، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اگر به موقع درمان نشوند، به شدت در معرض خطر ابتلا به دیگر اختلال‌های روان‌پزشکی در بزرگسالی خواهند بود (بولتنی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵؛ هانا، ۱۹۹۵؛ به نقل از استورچ و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین یک‌سوم اختلال وسواسی- اجباری‌ها افسردگی اساسی دارند و خودکشی خطر مهمی در این بیماران محسوب می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). با توجه به تحقیقات مذکور و همچنین از آنجا که این اختلال ناراحتی شدید در بیماران ایجاد می‌کند و موجب بروز اختلال در کارکرد اجتماعی و فعالیت‌های شغلی می‌شود، ضرورت پژوهش حاضر مشخص می‌شود. بنابراین فراهم کردن ابزارهایی روا و سودمند که کفایت تشخیصی مناسبی داشته باشد و منطبق بر الگوی تشخیصی استاندارد باشد، درمانگر را در تشخیص و درمان مناسب این اختلال کمک خواهد کرد.

شیوع بالای این اختلال، همبندی آن با دیگر اختلال‌های روانی و ضرورت درمان به‌موقع و مناسب، نشان می‌دهد که باید ابزاری دقیق و روا برای تشخیص این اختلال در نظر گرفته شود. از این نظر ضرورت پژوهش حاضر در جهت بررسی اعتبار و روایی ابزار کارآمد احساس می‌شود. از نتایج این طرح می‌توان بلافاصله برای تمام بخش‌ها و مؤسسات دخیل در امر تشخیص و درمان، بهداشت روان و پژوهش‌های بنیادی در زمینه شناخت ویژگی شخصیتی

---

<sup>1</sup>. Stanley  
<sup>2</sup>. Sadock  
<sup>3</sup>. Boltani

دانشجویان و قشر جوان کشور استفاده کرد. شایان ذکر است که پژوهش حاضر راه را برای استانداردسازی این ابزار در جمعیت‌های غیردانشجویی هموار می‌کند.

## اهداف پژوهش

### هدف کلی

استانداردسازی مقیاس ابعاد علائم وسواس فکری- عملی (DOCS) در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی ایرانی

### اهداف ویژه

۱. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ابعاد علائم وسواس فکری-عملی در جمعیت غیربالینی.
۲. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ابعاد علائم وسواس فکری-عملی در جمعیت بالینی.
۳. هنجاریابی مقیاس ابعاد علائم وسواس فکری-عملی برای جمعیت‌های بالینی و غیربالینی ایرانی.

### سوالات پژوهش

۱. آیا مقیاس مورد نظر به اندازه کافی معتبر (بازآزمایی، هماهنگی درونی و تنصیف) است؟
۲. آیا این مقیاس دارای روایی (سازه، صوری، محتوا و ملاکی) است؟
۳. آیا ساختار عاملی این ابزار در ایران همانند ساختار اصلی آن است؟

### تعاریف متغیر

**تعریف مفهومی اختلال وسواس:** وسواس‌های فکری<sup>۱</sup> عقاید، افکار، تکانه‌ها، یا تصاویر ذهنی پایداری هستند که مزاحم و نامناسب می‌نمایند و به اضطراب یا پریشانی آشکار منجر می‌شوند. کیفیت مزاحم و نامناسب وسواس‌های فکری با عنوان خود ناهمخوان<sup>۲</sup> ذکر می‌شود. این پدیده حاکی از آن است که فرد با محتوای وسواس فکری بیگانه است، آن را تحت کنترل خود نمی‌داند، و از نوع اندیشه‌ای نیست که او انتظار دارد. با این حال، فرد تشخیص می‌دهد وسواس‌های فکری محصول ذهن خود او هستند و از خارج تحمیل نمی‌شوند (DSM-IV-TR<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). وسواس‌های عملی<sup>۴</sup> رفتارهای تکراری (مانند شستن دست، منظم کردن، بازبینی) یا اعمال ذهنی (مانند دعا

---

1. obsessions  
2. ego dystonic  
3. American Psychiatry Association  
4. compulsions

کردن، شمارش و تکرار واژه‌ها به آرامی) هستند که هدف آن‌ها پیشگیری یا کاهش اضطراب یا پریشانی است، نه به دست آوردن لذت یا رضایت.

**تعریف عملیاتی اختلال وسواس:** در این پژوهش اختلال وسواس از طریق مقیاس ابعادی وسواس

بی‌اختیاری سنجیده می‌شود.

## فصل دوم: پیشینه پژوهش

در این فصل، نخست اختلال‌های اضطرابی به طور کلی و سپس مدل‌های عمده در سبب‌شناسی و درمان اختلال وسواسی - اجباری بررسی خواهد شد. در ادامه به پاره‌ای از یافته‌های پژوهشی در زمینه درمان‌های اختلال وسواسی - اجباری و در نهایت به ابزارهای عمده در این زمینه اشاره می‌شود.

## معنای نابهنجاری

بررسی مفاهیم مختلف بیماری یا اختلال روانی مستلزم تعریف اصطلاح اختلال یا بیماری است. از هر نظر که به مفهوم بهنجاری یا نابهنجاری بنگریم، در می‌یابیم که مفهومی نسبی است و انحراف از یک هنجار (هنجار مورد قبول)، ممکن است به اندازه‌ای ناچیز جلوه‌گر شود که موجب هیچ نوع نگرانی نشود، یا ممکن است به اندازه‌ای قابل توجه باشد که تردیدی درباره‌ی ماهیت مرضی یا نابهنجار آن باقی نماند. در هر صورت، دوگانگی مطلقی که در آن، بهنجاری و نابهنجاری به آسانی از یکدیگر قابل تمییز باشند، وجود ندارد (دادستان، ۱۳۸۲). بهنجاری و نابهنجاری را می‌توان از دیدگاه‌های مختلف بررسی کرد. برای مثال دیدگاه مرضی یا آسیب‌شناختی بر این فرض استوار است که رفتار نابهنجار نتیجه‌ی حالتی مرضی و یا اختلالی است که بر اساس نشانه‌های بالینی قابل تشخیص باشد. یعنی وجود علامت‌ها و نشانه‌های مرضی دلیلی بر نابهنجاری و فقدان نشانه‌ها، دلیلی بر بهنجاری است. دیدگاه آماری معتقد است که «رتبه‌ی بهنجاری» دوسوم تا سه‌چهارم (۶۶ تا ۷۵ درصد) حد میانی منحنی بیشتر گروه‌های مورد بررسی را در بر می‌گیرد و افرادی که خارج از این چارچوب قرار دارند، نابهنجار یا برتر قلمداد می‌شوند. بر اساس دیدگاه فرهنگی رفتار یا بازخوردهای فرد بر حسب محیط اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، بهنجار یا نابهنجار است. دیدگاه آرمانی‌نگر، تعریف بهنجاری از راه توسل به یک الگوی فرضی (نظام بهنجار آرمانی) مطرح می‌دهد و در نهایت دیدگاهی که بهنجاری را به‌منزله‌ی یک فرایند سازشی یا ظرفیت واکنش برای باز یافتن تعادل از دست رفته‌ی پیشین تلقی و معنی می‌کند (دادستان، ۱۳۸۲).

مشاهده می‌شود که ارائه تعریفی ساده و رضایت‌بخش از اصطلاح بهنجاری یا نابهنجاری ساده نیست. روزنهان و سلیگمن (۱۳۸۴)، هفت عنصر یا ویژگی را مطرح می‌کنند که با تصمیم‌گیری درباره‌ی اینکه آیا عمل شخص نابهنجار است یا نه، در ارتباطند:

۱- رنج؛

۲- ناسازگاری؛

۳- نامعقولی و غیر قابل درک بودن؛

۴- پیش‌بینی ناپذیری و فقدان کنترل؛

۵- مشهود بودن و نامتعارف بودن؛

۶- ناراحتی مشاهده‌کننده؛

۷- تخلف از معیارهای اخلاقی و آرمانی.

به نظر سلیگمن و روزنهان هر چه این عناصر بیشتر در رفتار وجود داشته باشند، اطمینان بیشتری می‌یابیم که رفتار یا شخص، نابهنجار است.

بارلو و دوراند (۲۰۰۲؛ به نقل از دیویسون و نیل، ۱۳۸۴)، نظر دیگری در مورد نابهنجاری دارند و تعریف دیگری از آن ارائه می‌دهند: رفتار نابهنجار، یک بد عملکردی روان‌شناختی است که در صورت وجود آن، فرد پریشانی یا نقص در عملکرد نشان داده و رفتارهایی از خود نشان می‌دهد که به لحاظ فرهنگی مورد انتظار نیست. به عبارت دیگر، این تعریف بر مبنای سه ملاک قرار دارد؛ یکی بد عملکردی روان‌شناختی است که به از هم پاشیدن عملکرد شناختی، عاطفی و رفتاری اشاره دارد. ملاک بعدی، distress یا فشار و رنج روانی است. اختلال یا رفتار نابهنجار با فشار روانی و distress متداعی می‌شود و فشار روانی جزء مهم و بسیار واضحی در این ماجراست. در نهایت اینکه پاسخ رفتاری به لحاظ فرهنگی و نوعی، قابل انتظار نیست. ولی این ملاک‌ها زمانی برای به‌کارگیری برچسب رفتار نابهنجار کافی به نظر می‌رسند که به فراوانی اتفاق بیفتند و از میانگین معمول منحرف شوند؛ یک انحراف بزرگ و غیرمعمول.

با اینکه تعریف بهنجاری و نابهنجاری سخت است و در یک پیوستار قرار دارد، تعریفی که به صورت وسیعی مورد قبول واقع شده و در DSM-IV-TR استفاده می‌شود به قرار زیر است:

«نابهنجاری بد عملکردی عاطفی، رفتاری و شناختی است که در بافت فرهنگی پذیرفته‌شده نیست و با فشار روانی مشخص یا نقص اساسی در عملکرد متداعی می‌شود» (بارلو و دوراند، ۲۰۰۲؛ به نقل از دیویسون و نیل، ۱۳۸۴).

### مفهوم اضطراب به عنوان یک نابهنجاری

اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد در حد معمولی وجود دارد و در این حد به عنوان پاسخی انطباقی، تلقی می‌شود. فقدان اضطراب ممکن است ما را با مشکلات و خطرهای زیادی مواجه کند. اضطراب

انسان را وادار می‌کند تا خود را برای امتحان آماده کرده یا برای معاینه کلی به پزشک مراجعه کند؛ بنابراین اضطراب به‌منزله بخشی از زندگی هر انسان یکی از مؤلفه‌های ساختار شخصیت وی است و از این زاویه پاره‌ای از اضطراب‌های دوران کودکی و نوجوانی را می‌توان به‌نجار دانست و تأثیر مثبت آن‌ها را بر فرایند تحول پذیرفت، چرا که این فرصت را برای افراد فراهم می‌آورند تا سازوکارهای انطباقی خود را در جهت مواجهه با عوامل فشارزا و اضطراب‌آور گسترش دهند. در مقابل اضطراب مرضی<sup>۱</sup> شکلی مزمن و بلندمدت پیدا می‌کند و می‌توان آن را به‌منزله منبعی برای شکست، ناسازگاری و درماندگی تلقی کرد که فرد را از بخش عمده‌ای از امکاناتش محروم می‌سازد.

تعاریف مختلفی از مفهوم اضطراب وجود دارد. در این قسمت به چند تعریف عمده در این زمینه اشاره می‌شود:  
الف) اضطراب اغلب یک انتظار ستوه‌آور است و ممکن است در تنشی گسترده و موحش و اغلب بی‌نام، اتفاق افتد. این حالت که به شکل احساس و تجربه کنونی مانند هر اغتشاش هیجانی در دو سطح همبسته روانی و بدنی در فرد پدید می‌آید، ممکن است به تهدید عینی اضطراب‌آور (تهدید مستقیم یا غیرمستقیم مرگ، حادثه شوم شخصی یا مجازات) نیز وابسته باشد (لافون<sup>۲</sup>، ۱۹۷۳؛ نقل از دادستان، ۱۳۸۲).

ب) اضطراب عبارت است از واکنش فرد به موقعیت ضربه‌آمیز، یعنی موقعیتی که قسمت تأثیر افزایش تحریکات اعم از بیرونی یا درونی واقع می‌شود و فرد در مهار کردن آن‌ها ناتوان است (چاپلین<sup>۳</sup>، ۱۹۷۵؛ نقل از دادستان، ۱۳۸۲).  
به طور کلی می‌توان اضطراب را چنین معنی کرد: احساس رنج‌آوری که با موقعیت تهدیدکننده یا با انتظار خطری که به شیئی نامعین وابسته است، متداعی می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

مروری بر طبقه‌بندی اختلال‌های اضطرابی نشان می‌دهد که اختلال وسواسی-اجباری در زیر مجموعه اختلال‌های اضطرابی قرار دارد.

برای آشنایی بیشتر با اختلال‌های اضطرابی شکل کوتاه و مختصر طبقه‌بندی اختلال‌ها از دیدگاه DSM-IV-TR را مرور می‌کنیم.

---

<sup>۱</sup> Pathological anxiety

<sup>۲</sup> Lafon

<sup>۳</sup> Chaplin



## طبقه‌بندی اختلال‌های اضطرابی

طبقه‌بندی اختلال‌های اضطرابی در متن تجدیدنظرشدهٔ چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، شامل اختلال‌های زیر است (DSM-IV-TR, ۲۰۰۰):

- **حملهٔ وحشت‌زدگی**

عبارت است از دوره‌ای متمایز و با شروع ناگهانی ترس شدید، بیمناکی یا وحشت و اغلب با احساس قریب‌الوقوع بودن سرنوشتی شوم، همراه است. در جریان این حمله‌ها، نشانه‌هایی مانند تنگی نفس، تپش قلب، احساس درد و ناراحتی در قفسهٔ سینه، احساس خفگی و ترس از دیوانه شدن<sup>۱</sup> یا از دست دادن کنترل وجود دارد.

- **اختلال وحشت‌زدگی بدون گذر هراسی**

بر حسب حمله‌های وحشت‌زدگی برگشت‌کنندهٔ غیرمنتظره مشخص می‌شود که دربارهٔ آن‌ها نگرانی مستمر وجود دارد. اختلال وحشت‌زدگی همراه با گذر هراسی هم بر حسب وجود حمله‌های وحشت‌زدگی برگشت‌کنندهٔ غیرمنتظره و هم گذر هراسی مشخص می‌شود.

- **گذر هراسی بدون سابقهٔ اختلال وحشت‌زدگی**

بر حسب وجود گذر هراسی و نشانه‌های شبه وحشت‌زدگی بدون سابقهٔ حمله‌های وحشت‌زدگی غیرمنتظره مشخص می‌شود.

- **هراس مشخص**

بر حسب بروز اضطراب بالینی در اثر رویارویی با یک شیء یا موقعیت ترس‌آور خاص، مشخص می‌شود که اغلب به رفتار اجتنابی منجر می‌انجامد.

- **هراس اجتماعی**

بر حسب بروز اضطراب چشمگیر بالینی در اثر رویارویی با انواع معینی از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی مشخص می‌شود که اغلب به رفتار اجتنابی می‌انجامد.

---

<sup>۱</sup>Going crazy

- اختلال وسواس فکری و عملی

بر حسب وسواس‌های فکری (که به اضطراب یا پریشانی آشکار منجر می‌شوند)، و یا وسواس‌های عملی (که برای خنثی کردن اضطراب به کار می‌روند) مشخص می‌شود.

- اختلال فشار روانی پس آسیبی

بر حسب تجربه دوباره یک رویداد به شدت آسیب‌زا همراه با نشانه‌های برگشتگی زیاد و اجتناب از محرک‌های تداعی‌کننده رویداد آسیب‌زا مشخص می‌شود.

- اختلال فشار روانی حاد

بر حسب نشانه‌هایی شبیه به نشانه‌های اختلال فشار روانی پس‌آسیبی که بلافاصله در نتیجه یک رویداد به شدت آسیب‌زا روی می‌دهند، مشخص می‌شود.

- اختلال اضطراب فراگیر

بر حسب وجود اضطراب و نگرانی مستمر و شدید، حداقل به مدت شش ماه مشخص می‌شود.

- اختلال اضطراب ناشی از بیماری جسمانی

بر حسب وجود نشانه‌های بارز اضطراب که استنباط می‌شود پیامد فیزیولوژیکی مستقیم بیماری جسمانی هستند، مشخص می‌شود.

- اختلال اضطرابی ناشی از مواد

بر حسب نشانه‌های بارز اضطراب که استنباط می‌شود پیامد فیزیولوژیکی مستقیم ناشی از سوء مصرف دارو، دارودرمانی یا قرار گرفتن در معرض مواد زهرآگین هستند، مشخص می‌شود.

- اختلال اضطراب که به گونه دیگری مشخص نشده است

با اضطراب بارز یا اجتناب هراسی همراه است، اما ملاک‌های هیچ‌یک از اختلال‌های اضطرابی را ندارد (DSM-

IV-TR، ۲۰۰۰).

## ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی-اجباری

الف- وجود وسواس‌های فکری یا عملی

وسواس‌های فکری به گونه‌ای که در موارد ۱، ۲، ۳، ۴ تعریف شده‌اند:

(۱) افکار، تکانه‌ها، یا تصاویر ذهنی برگشت‌کننده و پایدار که در مقطعی از اختلال به شکلی مزاحم و نامناسب تجربه شده و موجب بروز اضطراب یا ناراحتی چشمگیری می‌شوند؛

(۲) این افکار، تکانه‌ها، یا تصاویر ذهنی صرفاً نگرانی‌های مفرط درباره مشکلات زندگی واقعی نیستند؛

(۳) شخص می‌کوشد این گونه افکار، تکانه‌ها، یا تصاویر ذهنی را نادیده بگیرد یا سرکوب کند، یا آن‌ها را با فکر یا عملی دیگر خنثی کند؛

(۴) شخص آگاه است که افکار، تکانه‌ها، یا تصاویر ذهنی وسواسی محصول ذهن او هستند (مانند تزریق فکر از خارج تحمیل نمی‌شوند).

وسواس‌های عملی به گونه‌ای که در موارد ۱ و ۲ تعریف شده‌اند:

(۱) رفتارهای تکراری (مانند شستن دست، منظم کردن و بازبینی) یا اعمال ذهنی (مانند دعا کردن، شمارش و تکرار واژه‌ها به آرامی) که شخص احساس می‌کند در واکنش به فکر وسواسی وادار به انجام آن‌هاست یا مطابق با قواعدی که باید به طور انعطاف‌ناپذیر به کار گرفته شوند، صورت می‌گیرند؛

(۲) رفتارها یا اعمال ذهنی برای پیشگیری یا کاهش پریشانی یا پیشگیری از رویداد یا موقعیت هولناک طراحی می‌شوند. با این حال، این رفتارها یا اعمال ذهنی به شیوه‌ای واقع‌گرایانه با آنچه قرار است خنثی یا پیشگیری کنند، ارتباط ندارند.

ب- در مرحله‌ای از سیر این اختلال، شخص متوجه می‌شود که وسواس‌های فکری یا عملی او مفرط یا غیرمنطقی‌اند.

تذکره: این مسئله ممکن است در مورد کودکان صدق نکند.

ج- وسواس‌های فکری یا عملی به پریشانی چشمگیری منجر می‌شوند و وقت‌گیرند (بیش از ۱ ساعت در روز)، یا به طور محسوس با وظایف عادی، کارکرد شغلی (یا تحصیلی)، یا فعالیت‌ها یا روابط اجتماعی عادی شخص تداخل می‌کنند.

دو- اگر اختلال دیگر از محور I وجود داشته باشد، محتوای وسواس‌های فکری یا عملی به آن محدود نمی‌شود (مانند اشتغال ذهنی با غذا در صورت اختلال خوردن؛ کندن مو در صورت وسواس موکنی؛ نگرانی در مورد ظاهر در صورت اختلال بدشکلی بدن؛ اشتغال ذهنی با داروها در صورت اختلال مصرف مواد، اشتغال ذهنی در مورد داشتن یک بیماری جدی در صورت خودبیمارانگاری؛ اشتغال ذهنی با امیال یا تخیلات جنسی در صورت ناپهنجاری جنسی؛ یا نشخوار ذهنی گناه‌آلود در صورت اختلال افسردگی عمده).

ه- این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مستقیم مواد (مانند سوء مصرف دارو، یا دارودرمانی) یا بیماری جسمانی نیست.

مشخص کنید اگر:

با بینش ضعیف همراه است: اگر در بیشتر مواقع دوره جاری، شخص متوجه نمی‌شود که وسواس‌های فکری یا عملی او مفرط یا غیرمنطقی‌اند، این شاخص ذکر می‌شود (اقتباس از DSM-IV-TR، ۲۰۰۰).

### تشخیص افتراقی

شرط تشخیصی ناراحتی و تخریب کارکردی در DSM-IV، اختلال وسواسی-اجباری را از افکار و عادات افراطی معمول تفکیک می‌کند. اختلال‌های نورولوژیک عمده که باید در تشخیص افتراقی مطرح شوند عبارتند از اختلال توره، سایر اختلال‌های تیک، صرع لوب تامپورال، و به ندرت ضربه و عوارض پس از آنسفالیت. علائم مشخصه اختلال توره عبارتند از تیک‌های حرکتی و صوتی که به کرات و تقریباً هر روز روی می‌دهند. سن شروع و علائم اختلال توره و اختلال وسواسی-اجباری مشابه است. حدود ۹۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال توره علائم وسواسی دارند، و تا دو سوم آن‌ها واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی-اجباری هستند.

علاوه بر این ملاحظات روان‌پزشکی عمده در تشخیص افتراقی اختلال وسواسی-اجباری عبارتند از اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت وسواسی-اجباری، فوبی‌ها، و اختلال‌های افسردگی. اختلال وسواسی-اجباری را به طور معمول می‌توان با توجه به فقدان دیگر علائم اسکیزوفرنی، غرابت کمتر علائم و بینش بیمار نسبت به علائم خود از این بیماری تفکیک کرد. اختلال شخصیت وسواسی-اجباری با تخریب عملکردی به اندازه‌ای که در اختلال وسواسی-اجباری وجود دارد، همراه نیست. فوبی‌ها را می‌توان با فقدان رابطه بین افکار وسواسی و اعمال وسواسی تشخیص داد.

اختلال افسردگی اساسی گاهی ممکن است با عقاید وسواسی همراه باشد، اما بیمارانی که فقط به اختلال وسواسی-اجباری مبتلا هستند، واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی نیستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

### مدل‌های نظری عمده در تبیین سبب‌شناسی و درمان اختلال وسواسی-اجباری

به طور کلی مهم‌ترین تبیین‌هایی را که در این قلمرو ارائه شده‌اند، می‌توان به پنج گروه عمده تقسیم کرد: تبیین‌های روانکاوی، رفتارشناسی طبیعی، رفتاری، شناختی-رفتاری، زیست‌شناختی. در این بخش ابتدا مدل‌های روانکاوی و رفتارشناسی طبیعی به طور خلاصه و مختصر بررسی می‌شوند، سپس مدل‌های رفتاری، شناختی-رفتاری و زیست‌شناختی با تفصیل بیشتری مطرح می‌گردند.

#### مدل روانکاوی

فروید<sup>۱</sup> در رشد اختلال وسواسی-اجباری بر نقش سه مکانیسم دفاعی روانی عمده جداسازی<sup>۲</sup>، ابطال<sup>۳</sup> و واکنش وارونه<sup>۴</sup> تاکید دارد:

جداسازی- جداسازی یک مکانیسم دفاعی است که شخص را از عواطف و تکانه‌های اضطراب‌انگیز حفظ می‌کند. در شرایط عادی، شخص در خودآگاه خویش هم عاطفه و هم تجسم یک فکر دارای بار عاطفی را تجربه می‌کند، خواه این فکر مربوط به خاطره یک حادثه باشد یا یک خیال. وقتی جداسازی روی می‌دهد، عاطفه و تکانه از فکر جدا شده و از خودآگاه بیرون رانده می‌شود. اگر جداسازی با موفقیت صورت گیرد، تکانه و عاطفه ملازم آن به کلی واپس زده می‌شوند، و بیمار فقط فکر بدون عاطفه آن را در خودآگاه تجربه خواهد کرد.

ابطال- به علت وجود تهدید مستمر در مورد عدم کارایی مکانیسم ابتدایی جداسازی در کنترل تکانه، برای مقابله با آن و فرونشاندن اضطراب مربوط به ورود قریب‌الوقوع تکانه به خودآگاه، عملیات دفاعی ثانوی ضرورت می‌یابد.

عمل وسواسی تظاهر سطحی یک اقدام دفاعی برای کاهش اضطراب و کنترل تکانه‌ای است که به‌خوبی به‌وسیله جداسازی کنترل نشده است. یک عمل دفاعی ثانوی مهم در این ردیف مکانیسم ابطال است. همان‌طور که از معنی

<sup>1</sup>. Freud

<sup>2</sup>. Isolation

<sup>3</sup>. Annulment

<sup>4</sup>. Reaction formation

کلمه بر می‌آید، این سازوکار به اقدامی جبری گفته می‌شود که به منظور پیشگیری یا باطل کردن نتایجی که بیمار به طور غیرمنطقی از یک فکر یا تکانهٔ وسواسی ترساننده انتظار دارد، صورت می‌گیرد.

واکنش‌سازی - هم جداسازی وهم ابطال مانورهای دفاعی هستند که در پیدایش علائم بالینی نقش اساسی دارند. واکنش‌سازی بیشتر در حصول صفات شخصیتی دخیل است تا پیدایش علائم. واکنش‌سازی به الگوهای ظاهری رفتار و گرایش‌های هشیارانه‌ای گفته می‌شود که درست مخالف تکانه‌های اساسی آن‌هاست. برای شخص ناظر، این الگوها اغلب بسیار اغراق‌آمیز و گاهی کاملاً نامتناسب جلوه می‌کند (سادوک، سادوک، ۲۰۰۳).

علاوه بر این در نظریهٔ روانکاوی کلاسیک اختلال وسواسی-اجباری نوروز وسواسی-جبری نامیده می‌شود و پسرقتی از مرحلهٔ ادیپال<sup>۱</sup> رشد روانی جنسی به مرحلهٔ معقدی تلقی می‌شد. بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری از انتقام و فقدان شیء محبوب مهم می‌ترسند و از وضعیت ادیپال پس می‌کشند و به مرحلهٔ هیجانی مشخص با احساس دوگانهٔ شدید که با مرحلهٔ معقدی رابطه دارد، عقب‌نشینی می‌کنند. دوگانگی احساس به شکافتگی پیوند ملایمی که بین سائق‌های جنسی و پرخاشگری مختص مرحلهٔ ادیپال وجود دارد، مربوط است. وجود هم‌زمان عشق و نفرت نسبت به یک فرد شخص را در تردید و بلاتصمیمی ناتوان باقی می‌گذارد (همان).

یکی از خصوصیات بارز بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، میزان اشتغال ذهنی آن‌ها با پرخاشگری و نظافت است، که یا در محتوای علائم آن‌ها آشکار است و یا در پیوستگی‌های ورای آن‌ها. این خصوصیت و دیگر مشاهدات سبب شده است که علت روانی اختلال وسواسی-اجباری در آشفتگی رشد و نمو طبیعی در مرحلهٔ معقدی-سادیستی<sup>۲</sup> فرض شود.

شیوه‌ای که روان تحلیل‌گری سنتی برای درمان این بیماران پیشنهاد می‌کند، هوشیار ساختن آنان نسبت به تعارض‌های ناهوشیار و بازسازماندهی موقعیت‌هایی است که چنین تعارض‌هایی در چارچوب آن‌ها شکل گرفته‌اند (دادستان، ۱۳۸۲). فروید و بسیاری از روان تحلیل‌گران، روش روان‌تحلیل‌گری را به منزله روش درمانگری اصلی بیماران وسواسی تلقی کرده‌اند، اما به نظر می‌رسد که به جز چند تک بررسی، دلایل موجه دیگری برای اثبات تأثیر این شیوهٔ درمانگری در دست نیست، تا جایی که برخی روان تحلیل‌گران (مالان<sup>۳</sup> ۱۹۷۹، به نقل از دادستان، ۱۳۸۲) اظهار

<sup>۱</sup>. Oedipal stage

<sup>۲</sup>. Anal. sadistic stage

<sup>۳</sup>. Malan

کرده‌اند که تاکنون حتی یک مورد درمان وسواس شست‌وشو بر اساس روش روان‌تحلیل‌گری گزارش نشده است (دادستان، ۱۳۸۲).

### مدل رفتارشناسی طبیعی

نظریه پردازان رفتارشناسی طبیعی، آیین‌های وسواسی را معادل فعالیت‌های «جابه‌جایی» یا «فعالیت‌های جانشینی»<sup>۱</sup> دانسته‌اند. با مشاهده حیوانات در محیط طبیعی خود، توجه متخصصان رفتارشناسی طبیعی به پاره‌ای از فعالیت‌ها جلب شده است که با چهارچوب خود متناسب نیستند: برای مثال می‌توان به نوک زدن دو خروس در گرما گرم یک مبارزه، بر زمینی که چیزی برای خوردن روی آن وجود ندارد، اشاره کرد. این رفتارها که نخستین بار توسط تین برگن<sup>۲</sup> (۱۹۴۰) و کورت لاند<sup>۳</sup> (۱۹۴۰) (به نقل از دادستان، ۱۳۸۲) توصیف شدند با اصطلاح «فعالیت‌های جانشینی» مشخص شدند (دوماره<sup>۴</sup>، ۱۹۷۹؛ به نقل از دادستان، ۱۳۸۲). از آنجا که فعالیت‌های جانشینی در ظاهر هیچ گونه رابطه منطقی با شرایط منطقی نداشته و با رفتارهای قبل و بعد از خود نیز مطابقت نداشتند، این تصور ایجاد شد که حیوان به گونه‌ای جنون‌آمیز عمل می‌کند و بررسی چنین رفتارهایی ممکن است به اکتشاف‌هایی در قلمرو آسیب‌شناسی روانی منتهی شود. بدین ترتیب، تقریباً بلافاصله پس از توصیف این رفتارها توسط مؤلفان مذکور، کوشش‌هایی در جهت یافتن مشابهت بین اختلال‌های نورزی انسان، هیستری تبدیلی، اختلال‌های روان‌تنی و جز آن با رفتارهای جانشینی به عمل آمد (دادستان، ۱۳۸۲).

به نظر می‌رسد که نشانه‌های مرضی در انسان گاهی به صورت فعالیت‌های جانشینی بروز می‌کنند، اما به جای آنکه این فعالیت‌ها متغیر و موقت باشند، به طور منظم تکرار و تثبیت می‌شوند. هولاند<sup>۵</sup> (۱۹۷۴)، به نقل از دادستان، (۱۳۸۲) اظهار کرده است که آیین‌های وسواسی به منزله فعالیت‌های جانشینی در نظر گرفته شوند. در واقع، بیماران وسواسی مدام به فعالیت‌های تکراری تمیز کردن و شست‌وشو می‌پردازند، هر عمل را بارها تکرار می‌کنند و در حالی که در مورد مؤثر بودن عمل خود تردید دارند، آن را با توسل به خطر سرایت بیماری توجیه می‌کنند. این مؤلف تأکید می‌کند که آیین‌های وسواسی دارای سه بعد خصیصه فعالیت‌های جانشینی هستند:

<sup>۱</sup>. displacement activity

<sup>۲</sup>. tinbergen

<sup>۳</sup>. kortland

<sup>۴</sup>. Domare

<sup>۵</sup>. Holand

۱- در اغلب مواقع، در چارچوب فعالیت‌های مرتبط با نظافت بدنی قرار می‌گیرند؛

۲- در شرایط تعارض و ناکامی به وجود می‌آیند؛

۳- انتخاب نوع فعالیت‌های جانشینی به محرک‌های حاضر در محیط وابسته است یا از دریافت‌کنندگان پیرامونی،

نشأت می‌گیرد.

## مدل رفتاری

مدل دیگر در تبیین و درمان اختلال وسواسی-اجباری، مدل رفتاری است. بر اساس این مدل فکرهای وسواسی محرک‌های شرطی هستند، یک محرک به نسبت خنثی از طریق فرایند شرطی شدن پاسخ‌دهنده و با جفت‌شدن با رخدادهایی که به طور طبیعی مضر و اضطراب‌انگیزند، با ترس و اضطراب پیوستگی پیدا می‌کند. به این ترتیب افکار و اشیای سابقاً خنثی به محرک‌های شرطی تبدیل می‌شوند و اضطراب و ناراحتی را برمی‌انگیزند. اما عمل وسواسی به گونه‌ای متفاوت پدید می‌آید. شخص در می‌یابد که عمل خاصی موجب کاهش اضطراب وابسته به یک وسواس می‌شود، رهایی و آرامش حاصل از رفع اضطراب که به عنوان سائق مخفی عمل می‌کند، در نتیجه وقوع عمل وسواسی، موجب تقویت این عمل می‌شود. به تدریج این عمل به علت مفید بودن در کاهش یک سائق دردناک ثانوی (اضطراب) به صورت الگوی رفتاری آموخته شده ثابت در می‌آید (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

رفتاردرمانگران روش‌های چندی مانند حساسیت‌زدایی منظم، قصد متناقض، اشباع، بی‌زاری‌درمانی، توقف فکر و غرقه‌سازی تصویری را در درمان اختلال وسواسی-اجباری به کار برده‌اند. در مجموع بررسی‌های انجام‌گرفته روی این روش‌ها، تأثیرات درمانی زیادی را نشان ندادند، تا اینکه مه‌یر در سال ۱۹۶۶ برای اولین بار روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ را به عنوان درمان موفقیت‌آمیز وسواس گزارش کرد. این روش درمانی از دو بخش جداگانه تشکیل شده است؛ جزء اول این روش درمانی مواجهه‌سازی است، یعنی قرار دادن بیماران در موقعیت‌هایی که باعث برانگیختن اضطراب مرتبط با وسواس‌هایشان می‌شود (استورچ و همکاران، ۲۰۰۶). هدف از این روش این است که بیمار با ترس‌هایش مواجه شود تا پاسخ‌های اضطرابی‌اش کاهش یابد. این مواجهه‌سازی که به صورت سلسله‌مراتبی تنظیم می‌شود، می‌تواند در سطح واقعیت یا خیال باشد. قسمت دوم این روش درمانی (ERP) جلوگیری از پاسخ است. در استفاده از این روش ابتدا عادت‌ها یا رفتارهای وسواسی که ممکن است توسط بیمار برای کاهش اضطراب یا اجتناب از



موقعیت‌های اضطراب‌انگیز به کار روند، مشخص می‌شود. سپس بیمار برای خودداری کردن از هر نوع تشریفات وسواسی و اجتناب‌ها تشویق می‌شود (همان).

شواهد تجربی متعددی مؤثر بودن مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ در قلمرو اختلال وسواسی را ثابت کرده‌اند. ترکیب روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ برای بیماران وسواسی - اجباری نخستین بار توسط مهیر و همکارانش برای درمان بیمارانی صورت گرفت که به علت ترس از آلودگی و تشریفات شست‌وشو و پاکیزگی در بیمارستان بستری بودند (مهیر، لوی و اسکورر<sup>۱</sup>، ۱۹۷۴). در این برنامه جلوگیری از رفتارهای تشریفات توسط کادر پرستاری صورت گرفت و بیمارستان نیز مساعدت کرد تا تمامی شیرهای آب موجود در اتاق‌های بیماران وسواسی بسته شود و همه شست‌وشوها با دقت زیر نظر گرفته شود. هر روز و به مدت چند ساعت با تشویق کادر بیمارستان، بیماران به طور مستقیم در معرض آلوده‌کننده‌های مشکل‌ساز و ترس‌آور قرار گرفتند. از ۱۵ بیمار درمان‌شده با این روش، ۱۰ نفر بهبودی خود را کامل و عاری از نشانه، و ۵ نفر دیگر بهبودی متوسطی را گزارش کردند. بعد از گذشت پنج تا شش سال فقط دو مورد برگشت بیماری مشاهده شد. این نتایج قابل ملاحظه علاقه شدیدی را نسبت به این برنامه درمان ترکیبی برانگیخت. در مجموعه دیگری کتس<sup>۲</sup> و مک کوناگی<sup>۳</sup> (۱۹۷۵) نتایج روشنی را با شش درمان جوی وسواسی - اجباری گزارش کردند، همه آن‌ها بهبود یافتند. بعد از درمان، چهار نفر از آن‌ها بهبودی خود را در حد رفع رفتار تشریفات ذکر کردند، یک نفر بهبود نزدیک به کاملی را گزارش کرد و یک نفر بدون نشانه بود. مطالعات پیگیری در فواصل ۹ تا ۲۴ ماه بعد، بهبود اضافی را نشان داد. مجموعه دیگری از مطالعات که روی بیماران وسواسی - اجباری بستری در بیمارستان مادزلی لندن به عمل آمده، اطلاعات ارزشمندی درباره اثربخشی مواجهه‌سازی در واقعیت و جلوگیری از پاسخ شامل بازداری از رفتارهای تشریفات و اجتنابی فراهم کرده است (مارکس، هاجسون و راجمن، ۱۹۷۵). انواع مواجهه‌سازی‌های مستقیم با تعلیم آرامش مقایسه شد و هر دو روش در مورد ۲۰ بیمار با روش جلوگیری از پاسخ ترکیب شدند و ۵ نفر بدون تغییر ماندند. برعکس، تعلیم آرامش تقریباً تأثیری نداشت. در پیگیری دو ساله، چهارده بیمار بهبود کامل، یک نفر بهبود نسبی یافتند و پنج نفر بدون تغییر ماندند (مارکس و دیگران، ۱۹۷۵). در پژوهش پژوهش‌گران یونانی (راباویلاس<sup>۴</sup>، بولگوریوس و استفانیس<sup>۵</sup>، ۱۹۷۶) به طور متوسط ۱۱ جلسه مواجهه‌سازی و

1. Schnurer

2. Catts

3. Mcconaghy

4. Rabavalis

5. Stefanis

جلوگیری از پاسخ نتایج بسیار خوبی را به همراه داشت: ۱۳ بیمار (۸۷ درصد) بعد از درمان خوب شدند و فقط ۲ بیمار تغییری نکردند. مطالعات پیگیری این بیماران ۲ الی ۵ سال بعد تا حدی ناامیدکننده بود: ۶ نفر از ۱۵ نفر بیمار مذکور (۴۰ درصد) بهبودی به دست آمده را از دست داده بودند. در پژوهشی دیگر برای مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ نرخ موفقیت ۷۵ تا ۸۰ درصد گزارش شده است (فوا، استکتی، گریستون، ترنر، لایتمر، ۱۹۸۴). فوا و همکاران (۱۹۸۵)، به نقل از فوستر و ایزلر، (۲۰۰۱) نتایج هجده پژوهش کنترل‌شده را تحلیل کردند و به این نتیجه رسیدند که پس از اجرای روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ، نشانه‌های مرضی در ۵۱ درصد بیماران از بین رفت یا بهبود چشمگیری یافتند. بهبود نسبی در ۳۱ درصد موارد مشاهده شده و فقط در ۱۰ درصد از بیماران این روش مؤثر واقع نشده است. همچنین پژوهش‌هایی (فوا و همکاران، ۱۹۸۴ و ۱۹۸۰، به نقل از فوستر و ایزلر، ۲۰۰۱) در مورد تأثیرات درمانی دو بخش جداگانه مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ انجام گرفته است. در این پژوهش‌ها بیماران در سه گروه مواجهه‌سازی، جلوگیری از پاسخ و مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ قرار گرفته بودند که درمان ترکیبی موثرتر از درمان‌های جداگانه گزارش شد. دیگران نیز تأثیر روش ترکیبی در درمان افکار و اعمال وسواسی را ثابت کرده‌اند (سالکوس کیس و وست بروک<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹؛ فریستون<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۷؛ لادوسیور و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از فوستر و ایزلر، ۲۰۰۱). میزان عود بعد از درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ کمتر است. میزان پرهیز از درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ ۲۵ تا ۳۰ درصد (امل کامپ<sup>۳</sup> و فوا، ۱۹۸۳، به نقل از ویلهلم<sup>۴</sup>، تولین<sup>۵</sup>، استکتی، ۲۰۰۴) و میزان افت حدود ۲۸ درصد (کوزاک<sup>۶</sup> و دیگران، ۲۰۰۰، به نقل از ویلهلم، تولین، استکتی، ۲۰۰۴) گزارش شده است. اما پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که در بین تمامی درمان‌های روان‌شناختی، مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ مؤثرترین درمان برای اختلال وسواسی-اجباری است (مک‌کیودی<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵؛ لادوسیور، فریستون<sup>۸</sup>، جاگون<sup>۹</sup>، تیبودا<sup>۱۰</sup>، دامونت<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۵؛ باتر، ۱۹۹۷، به نقل از فوستر و ایزلر، ۲۰۰۱). به طوری که در پژوهشی فوا و همکاران (۲۰۰۵)، به نقل از استورچ و همکاران، (۲۰۰۶) اثربخشی مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ را در مقایسه با درمان از طریق کلومیپرامین و نیز درمان

1. Vest brok

2. Freestone

3. Emelkamp

4. Wilhelm

5. Tolin

6. Kowzac

7. Mcguire

8. Freestone

9. Gagoun

10. Thibodeau

11. Damont

ترکیبی مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ با کلومیپرامین را بررسی کردند. نتایج نشان داد که مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به‌تنهایی مؤثرتر از کلومیپرامین است، همچنین ترکیب مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ با کلومیپرامین آثار درمانی بیشتری از مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ تنها، ندارد. فوآ و همکاران (۲۰۰۵) بر اساس نتایج این پژوهش معتقدند که هنوز هم مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ درمان اصلی بوده و به اندازه کافی قوی و مناسب برای اختلال وسواسی-اجباری است و نیازی به توسعه و یا کاربرد روش‌های درمانی جدید نیست.

### مدل شناختی-رفتاری

مدل تا حدودی جدید و امیدبخش در تبیین و درمان اختلال وسواسی-اجباری، مدل شناختی-رفتاری است. بر اساس این مدل هر کس می‌تواند افکار ناخواسته، تکراری و ناخوشایندی مانند صدمه زدن به دیگران، مبادرت به اعمال جنسی منع شده و یا ترس از خطر سرایت یک بیماری داشته باشد. اما در حالی که بسیاری از افراد این افکار را بی‌معنا تلقی می‌کنند و آن‌ها را به آسانی از قلمرو ذهنی خویش بیرون می‌رانند، افراد دچار اختلال وسواسی-اجباری، خود را به دلیل چنین افکار وحشتناکی مسئول و قابل سرزنش می‌دانند، می‌ترسند که این افکار به اعمال یا پیامدهای زیان‌بخش منجر شوند (همجوشی فکر-عمل<sup>۱</sup>) و می‌کوشند تا با استفاده از شیوه‌هایی مانند تجسم اصلاحی<sup>۲</sup>، القای ارادی افکار «خوب» به خویشتن، شستن دست‌ها و یا وارسی منابع احتمالی خطر و جز آن به خنثی‌سازی<sup>۳</sup> این افکار بپردازند. کاهش موقت ناراحتی بر اساس اتخاذ چنین راهبردهای خنثی‌کننده‌ای، موجب تقویت آن‌ها شده و سبب می‌شود که فرد در آینده نیز دوباره به این راهبردها متوسل شود و بدین ترتیب یک وسواس یا رفتار اجباری استقرار می‌یابد (دادستان، ۱۳۸۲).

درمان شناختی-رفتاری (CBT) هم از سه جزء تشکیل شده که دو جزء آن (مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ) عین روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ است. در واقع درمان شناختی-رفتاری یک جزء بیشتر نسبت به روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ دارد و آن جزء هم «درمان شناختی» است. در درمان شناختی به بیمار آموزش داده می‌شود تا شناخت‌های برانگیزاننده اضطراب را شناسایی و آن‌ها را دوباره سازماندهی کند (استورچ و همکاران، ۲۰۰۶). این جزء درمان بر این اساس است که بیماران دچار اختلال وسواسی-اجباری افکار مخصوص دارند که موجب رشد و

<sup>۱</sup>. Thought action – fusion

<sup>۲</sup>. Correct imaging

<sup>۳</sup>. Neutralism

نگهداری وسواس‌های این افراد می‌شود. مانند برآورد اشتباه از وجود خطر احتمالی، احساس مسئولیت‌پذیری افراطی در برابر آسیب زدن به دیگران (اگر این سگ را لمس نکنم، مادرم سرطان خواهد شد) (استوارچ و همکاران، ۲۰۰۶). اختلال وسواسی-اجباری در بزرگ سالان همچنین با مفهوم همجوشی فکر-عمل مرتبط است. یعنی افکار منفی مترادف و همسان با اعمال منفی در نظر گرفته می‌شود (راچمن<sup>۱</sup> ۱۹۹۳، به نقل از استوارچ و همکاران، ۲۰۰۶). چنین فرآیندهای شناختی ناسازگارانه اغلب رفتار وسواسی را برمی‌انگیزند و بیماران وسواسی را از سازش با چنین افکارهای منفی ناتوان می‌کنند (پیاسیتینی<sup>۲</sup> و لانگل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴، به نقل از استوارچ و همکاران، ۲۰۰۶). بخش شناختی درمان شناختی-رفتاری به این افکار ناسازگارانه توجه می‌کند و روش‌هایی را به بیماران آموزش می‌دهد تا افکارشان را بازسازی کنند.

حمایت‌های اساسی زیادی از تأثیر درمان شناختی-رفتاری در درمان اختلال وسواسی-اجباری وجود دارد. آزمایش‌های کنترل شده دقیق در مورد درمان شناختی-رفتاری در بزرگ سالان و کودکان حدود ۸۵ درصد موفقیت درمانی را گزارش کرده‌اند (فرانکلین و فوآ، ۲۰۰۲). رافر<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۵، به نقل از پینارد، ۲۰۰۶) در پژوهش طولی به مدت هفت سال افراد دچار اختلال وسواسی-اجباری را که با روش درمان شناختی-رفتاری، درمان شده بودند، بررسی کردند و نتیجه گرفتند که ۴۱ درصد بیماران بهبودی نشان دادند که این مقدار در مطالعه پیگیرانه<sup>۴</sup> (هفت سال بعد) به ۴۵ درصد رسید. استوارچ و همکاران (۲۰۰۶) با بررسی درمان‌های رایج اختلال وسواسی-اجباری به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری یا ترکیب درمان شناختی-رفتاری با دارودرمانی را می‌توان به عنوان خط اول درمان اختلال وسواسی-اجباری در نظر گرفت.

### مدل زیست شناختی

به طور کلی در حال حاضر، دو خط عمده پژوهش‌های زیست‌شناختی بسیار امیدبخش به نظر می‌رسند: یکی از این خطوط بر سطح پایین فعالیت سروتونین در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری تأکید می‌کند و خط دیگر، کنش‌وری نابهنجار نواحی کلیدی مغز را برجسته می‌سازد.

---

<sup>1</sup>. Rachman  
<sup>2</sup>. Piacentini  
<sup>3</sup>. Langle  
<sup>4</sup>. Follow. up studies

بر اساس دیدگاه اول در اختلال وسواسی-اجباری وضعیتی غیرطبیعی در سامانه پیام‌رسان‌های عصبی سروتونین پدید می‌آید، که فرضیه سروتونین بر پایه آن ارائه شده است. همه داروهای ضدافسردگی که بر درمان وسواس نیز تأثیر مثبت دارند، روی سامانه سروتونین اثر می‌گذارند. این داروها عبارتند از کلومیپرامین، فلووکسامین<sup>۱</sup>، سرتالین<sup>۲</sup>، پاراکستین<sup>۳</sup> و فلئوکزتین. باور کلی این است که فرضیه سروتونین به‌تنهایی و بدون دخالت دیگر پیام‌رسان‌های عصبی، پاسخگوی تمام جوانب این اختلال نیست و نبود تعادل میان پیام‌رسان‌های عصبی به‌ویژه سروتونین، نو رو اپی نفرین و دوپامین، در شکل‌گیری نشانه‌های وسواسی-اجباری دخالت دارند. بهبود بالینی معنی‌دار با داروهای فزاینده سروتونینی در این بیماران که هم‌زمان اختلال تیک نیز داشته‌اند ۲۱ درصد و میزان بهبودی بیماران بدون اختلال تیک با همان داروها ۵۲ درصد بوده است. این یافته می‌تواند بیانگر این مسئله باشد که دست‌کم در زیر گروه خاصی از بیماران وسواسی-اجباری، اختلال عملکرد هم‌زمان در سامانه‌های سروتونینی و دوپامینی وجود دارد (لوپاتکا، راجمن، ۱۹۹۵).

دیدگاه دوم در تبیین علت این بیماری با استفاده از توموگرافی نشر پوزیترون<sup>۴</sup> افزایش سوخت و ساز گلوکز در قشر مخ حلقه‌ای (کورتکس اوربیتال فرونتال)<sup>۵</sup> و هسته دم‌دار را گزارش کرده‌اند (هولاندر<sup>۶</sup> و دکاریا<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲). بر اساس این یافته‌ها تأثیرگذاری راه‌های استریاتوم<sup>۸</sup> به ساختمان‌های لیمبیک و کرتکس اوربیتال فرونتال که به مدار فرونتو استریاتو تالامو فرونتال<sup>۹</sup> معروف است، بر ایجاد نشانه‌های وسواسی-اجباری اثبات شده است. ارتباط این اختلال با بیماری توره، کره سید نهام، نکروز دوطرفه گلوبوس-پالیدوس و نشانه‌های پارکینسونی پس از آنسفالیت، تأییدکننده وجود ارتباط با این نواحی مهم مغز است (سالکووس کیس، فرستر<sup>۱۰</sup>، ریچاردز، ۱۹۹۸).

این دو دیدگاه که یکی از آن‌ها اختلال وسواسی-اجباری را به سطح پایین فعالیت سروتونین نسبت می‌دهد و دیگری آن را به نوعی افزایش کنش‌وری در ناحیه حلقه‌ای و هسته دم‌دار وابسته می‌سازد، می‌توانند با یکدیگر پیوند یابند. بی‌شک سروتونین نقشی فعال در عمل این بخش از مغز دارد، بنابراین می‌توان انتظار داشت که کاهش فعالیت آن به بروز اختلال در کنش‌وری این بخش‌ها منجر شود. در حال حاضر بسیاری از محققان معتقدند که چنین

1. Fluvoxamine

2. serteralin

3. paroxitine

4. Positron Emission Tomography

5. orbital frontal cortex

6. Hollander

7. De caria

8. Striatom

9. Frontostriothlamofrontal

10. Forrester

ناپهنجاری‌هایی به ایجاد نوعی آمادگی زیست‌شناختی که گسترش این اختلال را در پی دارد، می‌انجامد (راپوپورت<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱)، اما باید پذیرفت که نقش‌های دقیق و تعاملی این عوامل هنوز به‌خوبی شناخته نشده‌اند.

**ژنتیک** - داده‌های ژنتیک در مورد اختلال وسواسی-اجباری با این فرضیه هماهنگ است که وراثت این اختلال یک جزء ژنتیک قابل ملاحظه دارد. مع‌هذا، این داده‌ها هنوز تأثیر عوامل فرهنگی و رفتاری را در انتقال اختلال مشخص نکرده‌اند. مطالعات تطابقی در دوقلوها برای اختلال وسواسی-اجباری به طور ثابت میزان تطابق بیشتر دوقلوهای یک تخمکی را در مقایسه با دو تخمکی نشان داده‌اند. مطالعات خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری نشان داده است که ۳۵ درصد بستگان درجه اول بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری دچار این اختلال هستند (سادوک، سادوک، ۲۰۰۳).

**فلئوکزتین** - نخستین داروی ضدافسردگی از گروه مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین است که به بازار وارد شد. این دارو به صورت کپسول‌های ۱۰ و ۲۰ میلی‌گرمی و محلول ۲۰ میلی‌گرم در ۵ میلی‌لیتر قابل وصول است. این دارو به شکل خوراکی تجویز شده و از دستگاه گوارشی به راحتی جذب می‌شود (مارازیتی<sup>۲</sup>، هولاندر، ۱۹۹۲). پس از نخستین داروی مصرفی سطح خونی فلئوکزتین بین ۶ تا ۸ ساعت به سقف سطح پلاسمایی می‌رسد. حجم توزیع آن ۲۰ تا ۴۵ لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بیمار است. کلیرانس پلاسمایی آن ۲۰ لیتر در ساعت است و ۹۵ درصد به پروتئین‌های پلازما متصل می‌شود. این دارو به شکل گسترده‌ای در بدن توزیع می‌شود. در کبد به نوروفلئوکزتین دمتیله می‌شود و متابولیت دیگری ندارد. نیمه عمر آن ۲ تا ۳ روز است و با گذشت ۴ هفته به سطح خونی متعادل می‌رسد. از آنجا که این دارو در کبد متابولیزه می‌شود، سیروز و دیگر بیماری‌های کبدی موجب طولانی‌تر شدن زمان برداشت دارو خواهند شد. اثر داروشناختی فلئوکزتین مهار بازجذب اختصاصی فلئوکزتین است (گریست<sup>۳</sup> و جفرسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵). مصرف ۶۰ میلی‌گرم فلئوکزتین در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بهبودی بالینی بیشتری نسبت به مقادیر داروی مصرفی کمتر ایجاد می‌کند.

شایع‌ترین آثار جانبی فلئوکزتین به سلسله اعصاب مرکزی<sup>۵</sup> و دستگاه گوارشی مربوط می‌شود. شایع‌ترین تأثیرات جانبی مربوط به سلسله اعصاب مرکزی مشتمل بر سردرد، عصبانیت، بی‌خوابی، خواب‌آلودگی و اضطراب است. تأثیرات

---

1. rapoport  
2. Marazzity  
3. Greist  
4. Jefferson  
5. Central nervous system

نادرتر سلسله اعصاب مرکزی که به ویژه ممکن است در بیماران سالمند مسئله ساز باشد، شامل علائم خارج هرمی (دیستونی، آکاتیژیا، لرزش)، آپاتی، بی‌اشتهایی و ترشح نامتناسب هورمون آنتی دیورتیک، کاهش خواب<sup>۱</sup> REM و اشغال در تداوم خواب است. شایع‌ترین شکایات گوارشی عبارتند از تهوع، اسهال، بی‌اشتهایی و سوء هاضمه. سایر آثار جانبی به عملکرد جنسی و پوست مربوط می‌شود. آنورگاسمی، تأخیر انزال و ناتوانی جنسی حداقل بر ۲۰ تا ۵۰ درصد تمام بیماران تحت درمان تأثیر می‌گذارد. این تأثیرات نامطلوب جنسی ممکن است به درمان مرکب، از جمله با یوهمبین، بروموکریپتین، آمانتادین یا سیپروهیتادین پاسخ دهند. در غیر این صورت، بوپروپیون، میرتازاپین یا نفازودون را می‌توان جانشین SSRI کرد (سادوک، سادوک، ۲۰۰۳).

تحقیقات نشان می‌دهد که مواد دارویی مانند مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SRIs) و مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (SSRIs)، بازجذب سروتونین را در مغز کاهش می‌دهد یا بلوکه می‌کنند. به همین علت این داروها ارجح‌ترین و مؤثرترین درمان‌های دارویی در دسترس برای اختلال وسواسی-اجباری هستند (فوستر و ایزلر، ۲۰۰۱). بیشترین تحقیق در بین مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (SSRIs) و مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SRIs) روی کلومیپرامین، فلئوکزتین و فلووکسامین انجام گرفته است (وان بالکوم<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ آبرامویچ، ۱۹۹۷). چندین تحقیق فراتحلیلی مؤثر بودن کلومیپرامین، فلئوکزتین و فلووکسامین را در بیماران وسواسی-اجباری نشان داده‌اند (وان بالکوم و همکاران، ۱۹۹۴). تأثیر فلئوکزتین به همراه فلووکسامین در درمان اختلال وسواسی-اجباری در اغلب تحقیقات به اثبات رسیده است (گودمن<sup>۳</sup> و پرایس<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱). به طوری که برخی پژوهش‌ها اثر فلئوکزتین و فلووکسامین را برابر با کلومیپرامین دانسته‌اند (گودمن و پرایس، ۱۹۹۱). آزمایش‌های کنترل‌شده در طرح‌های بزرگ تأثیرات درمانی مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین را هم برای بزرگ سالان و هم کودکان نشان داده‌اند (نات<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). حدود ۴۰ تا ۵۵ درصد بیماران اغلب کاهش علائم معنی‌دار را بعد از ۱۲ هفته دارودرمانی گزارش می‌دهند. اما کاهش علائم تیپیکال در کار بالینی به صورت متوسط تنها ۲۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است و بسیاری از بیماران علائم باقیمانده را بعد از متوقف شدن درمان تجربه می‌کنند (استورچ و همکاران، ۲۰۰۶). وجه تمایز اساسی دارودرمانی نسبت به درمان‌های دیگر این است که درمان دارویی با استفاده از مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب

1. rapid eye movements

2. Van Balkom

3. Goodman

4. Price

5. Nutt

سروتونین (SSRIs) و مهارکننده‌های باز جذب سروتونین (SRIs) در کاهش علائم افسردگی بیماران وسواسی هم موثر است (فوستر و ایزلر، ۲۰۰۱). همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که دارودرمانی تأثیر سریع‌تری نسبت به رفتاردرمانی دارد (کاتراک<sup>۱</sup> مولارد<sup>۲</sup>، بورارد و مارکس، ۱۹۹۳، به نقل از فوستر و ایزلر، ۲۰۰۱).

### ابزارهای سنجش علائم وسواس و مطالعات مقدماتی در مورد ابزارها در جامعه ایرانی

تعدادی از ابزارهای خودسنجی که در این زمینه ساخته شده‌اند، عبارتند از: پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی<sup>۳</sup> (MOCI؛ هاجسون و راکمان<sup>۴</sup>، ۱۹۷۷)؛ فهرست فعالیت اجباری<sup>۵</sup> (CAC؛ فوا و همکاران، ۱۹۸۴)؛ پرسشنامه وسواس لیتون<sup>۶</sup> (LOI، کوپر<sup>۷</sup>، ۱۹۷۰)؛ پرسشنامه پودا<sup>۸</sup> (PI، سانایو<sup>۹</sup>، ۱۹۸۸)، OCI (فوا، کوزک، سالوفسکس، کولس و امیر<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۸)؛ وسواس فکری - عملی ونکور<sup>۱۱</sup> (VOCI؛ تورداسون<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۴)؛ برنامه وسواس فکری، عملی و تکانه‌های آسیب‌شناختی<sup>۱۳</sup> (SCOPI؛ واتسون و وو<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۵).

پرسشنامه‌های یادشده در مجموعه‌های بالینی و غیربالینی برای ارزیابی OCD استفاده شده‌اند، ولی اغلب آن‌ها محدودیت‌هایی دارند. عدم سنجش دقیق مفهومی علائم شدید OCD، نبود علائم جزئی در نوع وسواس، سنجش یک جنبه از OCD، سنجش وسواس‌های فکری جدا از وسواس‌های عملی، و عدم سنجش رفتارهای اجتنابی، از مهم‌ترین محدودیت‌های این مقیاس‌هاست.

مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری این نواقص را برطرف می‌کند و همچنین کوتاه است و می‌توان از آن در موقعیت‌های بالینی و بیمارستانی استفاده کرد (آبرامویتز، ۲۰۱۰). همسانی درونی این مقیاس مشابه پرسشنامه‌های ذکر شده است. این مقیاس با دیگر ابزارهای وسواسی همبستگی بالایی دارد (برای نمونه؛ OCI-R؛ Y-BOCS). چهار

1. Katracs

2. Molard

3. Maudsley Obsessive. Compulsive Inventory (MOCI)

4. Hadgson & Rachman

5. Compulsive Activity Checklist (CAC)

6. Leyton Obsessional Inventory (LOI)

7. Cooper

8. Padua Inventory (PI)

9. Sanavio

10. Kozak, Salkovskis, Coles, & Amir

11. Vancouver Obsessive Compulsive Inventory

12. Thordarson

13. Pathological Impulses

14. Watson & Wu



بعد مقیاس (به خصوص تقارن و مسئولیت) وسواس در بیماران وسواسی، نتایج آماری مناسبی نشان داده است. این مقیاس، نسبت به دیگر پرسشنامه‌های وسواس، به نتایج درمانی حساسیت بیشتری دارد (آبراموویتز، ۲۰۱۰).

شمس و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیق خود، اعتبار و پایایی فرم فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی -OBQ-44 را در یک نمونه ایرانی بررسی کردند. این پرسشنامه ابزاری خود گزارشی است که به منظور تشخیص و ارزیابی میزان باورهای وسواسی، به وسیله گروه کار شناخت‌واره‌های وسواسی فکری - عملی تدوین شده است. در این پژوهش هنجاریابی جامعه تحقیق ۳۶۰ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که داوطلبانه در این مطالعه شرکت کردند و در دو مرحله آزمون و بازآزمون با فاصله زمانی پنج تا چهارده روز ارزیابی شدند و پرسشنامه‌های OBQ-44، MOCI، OCI-R، STAI و BAI را تکمیل کردند. در نهایت، ۲۲۲ نفر از آزمودنی‌ها در تجزیه و تحلیل داده‌ها وارد شدند. برای محاسبه پایایی هم‌زمان، پایایی ثبات درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰.۹۲) و ضریب دو نیمه‌سازی با عنوان همبستگی اصلاح شده (۰.۹۴) برآورد شد و از ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی آزمون OBQ-44/۸۲ نیز برای محاسبه پایایی غیرهم‌زمان استفاده شد. در مجموع، داده‌های مذکور بیانگر ثبات درونی بالا و همین‌طور نشان دهنده ثبات نمره‌های آزمون به فاصله زمانی پنج تا چهارده روز بود. برای برآورد روایی ملاک پرسشنامه OBQ-44، همبستگی آن با دو پرسشنامه OCI-R و MOCI محاسبه شد که به ترتیب ۰.۵۷ و ۰.۵۰ به دست آمد و معنادار بود. به منظور بررسی روایی سازه پرسشنامه، از روش تحلیل عاملی استفاده شد. مشخصه‌های به دست آمده از طریق روش ML نشان داد که پرسشنامه OBQ-44 از سه عامل که همبستگی زیادی با هم دارند، اشباع شده و همبستگی زیاد این سه عامل نشان‌دهنده همگرایی این عوامل است که اهداف سنجش پرسشنامه OBQ-44 را تأمین می‌کند. رجبی (۱۳۸۶) به اعتباریابی پرسشنامه میزان اندازه‌گیری وسواس فکری - عملی پادوا بر روی دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران اهواز پرداخت. ۲۹۷ دانشجو از بین کلیه دانشجویان سال اول تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی دانشگاه شهید چمران اهواز به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسشنامه وسواس فکری - عملی پادوا (۱۹۸۸) را تکمیل کردند.

نتایج به دست آمده از روش آماری تحلیل عاملی (تحلیل مؤلفه‌های اصلی) و چرخش واریماکس، چهار عامل (تردید و کنترل ذهنی، ترس از تکانه، وارسی کردن و آلودگی و کثافت) را که روی هم ۴۳/۳۷ درصد واریانس تبیین کردند، نشان داد. ضرایب پایایی (همسانی درونی از جمله آلفای کرونباخ و تنصیف) برای ۵۵ ماده و عوامل استخراج شده رضایت‌بخش بودند. همچنین، ضرایب روایی همگرا پرسشنامه وسواس پادوا (۵۵ ماده) با مقیاس وسواس مرگ و

عوامل استخراج شده در کل نمونه معنادار بودند. به علاوه، تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین دانشجویان دختر و پسر (به جز برای عامل دوم یعنی ترس از تکانها) و بین گروه‌های سنی پنج‌گانه از لحاظ میزان وسواس فکری - عملی تفاوت وجود دارد. محمد زاده (۱۳۸۸) پژوهشی با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه رفتار ذخیره‌ای که در بر دارنده موادی در زمینه گردآوری و ناتوانی در دور انداختن اموال بی‌ارزش است و در بسیاری از نشانگان بالینی به‌ویژه اختلال وسواسی - اجباری دیده می‌شود انجام داد. در این پژوهش توصیفی - مقطعی، ۳۴۸ نفر (۱۴۲ مرد و ۲۰۶ زن) به روش نمونه‌گیری تصادفی از دانشکده‌های مختلف دانشگاه علامه طباطبائی انتخاب و به کمک مقیاس اختکار وسواسی و پرسشنامه پادوا بررسی شدند. داده‌ها به کمک تحلیل عاملی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شدند.

برای احراز روایی سازه‌ای، تحلیل عاملی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش پرومکس سه عامل را پیشنهاد کرد که به ترتیب عوامل درهم‌ریختگی، مشکل در دور انداختن و گردآوری نام گرفتند. این سه عامل ۷۰/۸۲ درصد واریانس کل را تبیین کردند. بررسی روایی هم‌زمان با اجرای هم‌زمان پرسشنامه وسواسی - اجباری پادوا انجام گرفت و نتایج تحلیل رگرسیونی چندمتغیره گویای روایی مطلوب بود. افزون بر این، پایایی (به روش‌های بازآزمایی، دونیمه‌سازی و ضریب همسانی درونی) برای این پرسشنامه محاسبه شد.

محمدی، زمانی، فتی (۱۳۸۷) در تحقیق خود به اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه بازنگری شده وسواسی - اجباری در جمعیت دانشجویی پرداختند. پرسشنامه بازنگری شده وسواسی - اجباری به منظور ارزیابی شدت علائم وسواسی - اجباری در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی طراحی شده است. در پژوهش حاضر، ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس بررسی شد. ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران و علوم پزشکی تهران نسخه فارسی OCI-R را تکمیل کردند. نتایج، همسانی درونی مطلوبی به دست داد که با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد (در دامنه ۰/۵۰ تا ۰/۷۲). علاوه بر این، ساختار شش عاملی که در پژوهش اصلی به دست آمده بود، از طریق تحلیل عاملی تأییدی در پژوهش حاضر تأیید شد. در مجموع، نسخه فارسی OCI-R برای اندازه‌گیری علائم وسواسی - اجباری در نمونه دانشجویی رضایت‌بخش به نظر می‌رسد.

ربیعی و همکاران (۱۳۸۸) به بررسی ساختار عاملی، پایایی و روایی مقیاس اصلاح شده وسواس فکری - عملی یل براون در یک نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی پرداختند. در این پژوهش که از نوع هنجاریابی بود، پس از برگردان نسخه اصلی به فارسی و اصلاح آن توسط سه تن از استادان روان‌شناسی و زبان انگلیسی، فرم نهایی آن روی ۱۰۰ نفر

(۵۰ دختر، ۵۰ پسر) از دانشجویان دانشگاه اصفهان که به صورت خوشه‌ای - مرحله‌ای انتخاب شده بودند، اجرا شد. سن شرکت‌کنندگان ۱۹ تا ۳۵ سال داشتند. برای تعیین پایایی، روش همسانی درونی و ضریب دونیمه‌سازی و برای تعیین روایی، روایی هم‌زمان، تشخیصی و ساختار عاملی به کار برده شد. دامنه ضریب آلفا از ۰/۷۸ برای «عامل نیروی کنترل فکر» تا ۰/۹۳ برای «عامل رفتارها و افکار وسواسی» به دست آمد. همچنین ضرایب پایایی از نوع آلفای کرونباخ، دونیمه‌سازی و ضریب گاتمن به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۳ و ۰/۹۳ به دست آمد. ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه پادوا و مقیاس رضایت بدنی به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۳۳ بود. در تحلیل عاملی دو عامل «نیروی کنترل فکر» و «افکار و رفتارهای وسواسی» در مجموع ۶۶ درصد از واریانس پرسشنامه را تبیین کردند.

## فصل سوم: روش پژوهش

## روش تحقیق

این تحقیق به لحاظ هدف جزو پژوهش‌های تحقیق و توسعه و به لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها (طرح تحقیق) از نوع توصیفی-پیمایشی است (سرمد و همکاران، ۱۳۷۶).

## جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش تمامی دانشجویان ۲۰ تا ۲۹ ساله دانشگاه‌های شهر تهران بودند که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ در رشته‌های مختلف به تحصیل اشتغال داشتند.

## نمونه و روش نمونه‌گیری

حجم نمونه پیش‌بینی شده برای این پژوهش ۱۰۰۵ نفر بود که به شیوه تصادفی طبقه‌ای نسبتی از دانشکده‌های مختلف این دانشگاه و مرکز مشاوره انتخاب شدند. دلایل انتخاب این روش: الف) در مواردی که افراد جامعه مورد پژوهش از نظر صفات غیر مشترک در جامعه ناهمگون باشند و این صفات غیرمشترک در نتیجه پژوهش تأثیر مهمی داشته باشد، نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بهترین شیوه نمونه‌گیری است؛ ب) این شیوه از نمونه‌گیری در مقایسه با شیوه‌های دیگر دقت بیشتری دارد، زیرا در این شیوه، احتمال آنکه افراد طبقه‌ای از جامعه در میان افراد نمونه نماینده‌ای نداشته باشند، تقریباً صفر است و در گروه نمونه از هر طبقه نماینده‌ای وجود خواهد داشت (شریفی، ۱۳۸۳؛ ج) نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبتی. نوعی نمونه‌گیری طبقه‌ای است که نسبت هر زیر گروه در نمونه با نسبت آن در جامعه یکسان است و زمانی که پژوهشگر نتیجه‌گیری از کل نمونه و تعمیم یافته‌ها به کل جامعه است، دقیق‌ترین نوع نمونه‌گیری است (گال، بورگ و گال، ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۸۳).

شیوه انتخاب افراد نمونه بدین صورت است که هر دانشگاه به منزله یک طبقه در نظر گرفته شده و تعداد افراد نمونه با توجه تعداد دانشجویان آن دانشگاه انتخاب می‌شود. در هر یک از دانشگاه‌ها، انتخاب افراد با مراجعه به دفتر آموزش مرکزی دانشگاه و هماهنگی با این دفتر و مراجعه به کلاس‌ها صورت می‌گیرد. در هر کلاس تمام افراد حاضر در کلاس به استثنای افرادی که حاضر به تکمیل آزمون نیستند، آزمون می‌شوند. در پایان پژوهش ۱۰۰۵ نفر

ابزار پژوهش را تکمیل کردند. بررسی نحوه و کیفیت پاسخ‌های ارائه شده نشان داد که در حدود ۴۵ نفر پاسخ‌های ناقص یا نامعتبر ارائه داده‌اند. حذف این تعداد از ابزار به کاهش حجم نمونه به ۸۶۰ نفر منجر شد.

## فرایند اجرای پژوهش

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس ابعادی وسواس فکری- عملی (آبراموویتز و همکاران، ۲۰۰۸) بود که پس از ترجمه و ترجمه معکوس<sup>۱</sup> و اجرای اولیه در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. در این مرحله فرم فارسی ابزار در اختیار ۶۰ دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه تهران قرار داده شد و طی بحث گروهی نظر ایشان در مورد میزان شفافیت و قابلیت درک‌پذیری آیت‌های آزمون خواسته شد. پس از این مرحله آیت‌های دارای مشکل در گروه پژوهشگران طرح به بحث گذاشته شد. البته هدف از این اقدام در درجه اول بررسی میزان قابلیت درک‌پذیری آیت‌ها و در درجه دوم به دست آوردن ضریب اعتبار بازآزمایی مقیاس و خرده‌مقیاس بود. از آنجا که در این بخش با وجود پرسش از این دانشجویان در پایان پاسخگویی هیچ‌گونه مشکلی در این زمینه مشاهده نشد، فرم نهایی آزمون تهیه و برای مطالعه اصلی آماده شد (پیوست ۱).

در مطالعه اصلی، جمع‌آوری داده‌ها به صورت گروهی جمع‌آوری شد و افراد انتخاب شده در هر کلاس به صورت هم‌زمان و هماهنگ با هم به آزمون‌ها پاسخ دادند. هر یک از افراد گروه نمونه در مجموع به دو آزمون پاسخ دادند که یکی از آن‌ها پرسشنامه وسواس و دیگری یکی از ۱۰ ابزار همراه بود. قرار گرفتن آزمون‌های موازی در کنار آزمون اصلی، طوری بود که در هر دانشکده، هر یک از آزمون‌های موازی با نسبت افراد همان دانشکده با کل گروه نمونه (تقریباً) برابر باشد.

## ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر که با هدف استانداردسازی مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری انجام گرفت، به جز پرسشنامه وسواس مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری، از ۷ ابزار دیگر برای بررسی روایی‌های ملاکی استفاده شد. ابزارهای موازی مورد استفاده برای بررسی انواع روایی، به تفکیک در ادامه شرح داده شده‌اند.

<sup>1</sup>. back translation

**مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری:** ابزار مورد استفاده مقیاس ابعادی وسواس فکری- عملی (آبراموویتز،

۲۰۱۰) است. این مقیاس دارای چهار بعد: ۱. آلودگی<sup>۱</sup> (وسواس فکری آلودگی و وسواس عملی ضد آلودگی، شستن و پاک کردن؛ ۲. مسئولیت برای آسیب<sup>۲</sup> (جراحت، چک کردن، اطمینان خواهی و وسواس‌های عملی مرتبط)؛ ۳. وسواس‌های فکری غیرقابل قبول<sup>۳</sup> (وسواس‌های فکری با محتوای خشونت، جنسی، مذهبی، آیین‌های ذهنی و دیگر افکار خنثی‌سازی)؛ ۴. تقارن، کامل و دقیق بودن<sup>۴</sup> (وسواس‌های فکری در مورد اینکه چیزی دقیقاً صحیح نیست و وسواس‌های عملی نظم و تکرار) است.

**سیاهه وسواسی-اجباری مادسلی<sup>۵</sup>:** این سیاهه توسط هاجسون و راجمن<sup>۶</sup> (۱۹۷۷) به منظور پژوهش در

مورد نوع و حیطة مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ پرسش به صورت صحیح-غلط است. دامنه نمره‌ها از صفر تا ۳۰ متغیر است. افزون بر نمره کل وسواسی، پرسشنامه مادسلی شامل ۵ خرده مقیاس واریسی<sup>۷</sup>، شست‌وشو<sup>۸</sup>، کندی<sup>۹</sup>، شک<sup>۱۰</sup> و نشخوار ذهنی است (راجمن و هاجسون، ۱۹۸۰). تمرکز اصلی این پرسشنامه روی علائم وسواسی است و به‌ویژه برای ارزیابی تأثیرات درمان روی علائم مناسب است (استکتی، ۱۹۹۳). راجمن و هاجسون (۱۹۷۷، ۱۹۸۰) اعتبار همگرا و پایایی با روش آزمون-آزمون مجدد این پرسشنامه را رضایت بخش گزارش کرده و اعتبار سازه این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیربالینی تأیید کردند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که این ابزار نسبت به تغییرات درمانی حساس بوده و پایایی آن با روش بازآزمایی در حد خوبی بوده است (راجمن و هاجسون، ۱۹۸۰؛ استرنبرگ<sup>۱۱</sup> و برنز<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۰، به نقل از امل کامپ، بینز<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران در پژوهش‌های مختلفی رضایت‌بخش اعلام شده است. برای مثال دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواسی-اجباری بیل را ۰/۸۷ گزارش کرده است.

1. contamination

2. responsibility for harm, injury, or bad luck

3. unacceptable obsessional thought

4. symmetry, completeness and exactness

5. Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI)

6. Hogsden, & Rachman

7. Checking

8. Washing

9. Return

10. Doubt

11. Sternberg

12. Bernz

13. Beens

## مقیاس وسواس فکری - عملی یل براون<sup>۱</sup>: این ابزار را گودمن، پرایس و راسموسن<sup>۲</sup> (۱۹۸۹، a ,

(b) ساخته‌اند. این ابزار مصاحبه نیمه ساختاریافته‌ای است و به عنوان معیار طلایی برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال وسواس بی‌اختیاری شهرت دارد (استکی، فراست و بوگارت، ۱۹۹۶). این ابزار سه بخش دارد؛ در بخش اول مصاحبه‌کننده اختلال وسواس بی‌اختیاری را برای مراجع تعریف می‌کند و چند مثال می‌زند. در بخش دوم، سیاهه نشانه‌ها ارزیابی و در بخش سوم شدت نشانه‌ها درجه‌بندی می‌شود (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹، a , b). در مورد سیاهه نشانه‌ها و شدت آن، همسانی درونی به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۹۹ گزارش شده است. بین نمره وسواس - اجباری فهرست واریسی نشانگان بیماری ۹۰ با نمره کل سیاهه نشانگان و بین نمره مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I درسنامه آماری و تشخیصی اختلالات روانی با نمره کل شدت نشانگان رابطه مستقیم وجود دارد (راجزی، ۱۳۸۷).

## مقیاس وسواس فکری - عملی<sup>۳</sup>: این پرسشنامه خودسنجی، ۱۸ ماده دارد که علائم وسواس را

می‌سنجد. نسخه بازنگری شده، شامل شش زیر مقیاس است که هر یک به طور مساوی ۳ ماده دارد: شست‌وشو (ماده‌های ۵، ۱۱، ۱۷)، وسواس فکری (ماده‌های ۶، ۱۲، ۱۸)، انباشت (ماده‌های ۱، ۷، ۱۳)، نظم (ماده‌های ۳، ۹، ۱۵)، واریسی کردن (ماده‌های ۲، ۸، ۱۴) و خنثی‌سازی (ماده‌های ۴، ۱۰، ۱۶). در این پرسشنامه از پاسخ‌دهنده‌ها خواسته می‌شود تا موافقت خود را با میزان ناراحتی‌ای که هر یک از عبارتها برای آنها در یک ماه گذشته ایجاد کرده است، در مقیاس ۵ درجه‌ای (۰ = هیچ وقت تا ۴ = بیش از حد) با انتخاب هر یک از گزینه‌ها اعلام کنند. نمره کل بین ۰ تا ۷۲ است. برای این منظور ابتدا این مقیاس به زبان فارسی ترجمه شد، پس از آن نسخه ترجمه‌شده توسط یک فرد مسلط به دو زبان، به انگلیسی برگردانده شد و عدم توافق بین دو نسخه را دو متخصص روان شناس بررسی کردند. نسخه نهایی در یک نمونه ۸۰ نفری اجرا شد تا مشکلات احتمالی حل شود. همسانی درونی مطلوبی به دست داد که با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد (در دامنه ۰/۵۰ تا ۰/۷۲). علاوه بر این، ساختار شش عاملی که در پژوهش اصلی به دست آمده بود، به وسیله تحلیل عاملی تأییدی در پژوهش محمدی، فتی و زمانی (۱۳۸۶) به تأیید رسید.

<sup>1</sup>. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)

<sup>2</sup>. Goodman, Price, & Rasmussen

<sup>3</sup>. Obsessive- Compulsive Disorder (OCD)



**سیاهه اضطراب بک<sup>۱</sup>** : این پرسشنامه نیز مانند پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ گزینه است و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. دامنه نمره‌ها بین ۰ تا ۶۳ است. بک، اپستن<sup>۲</sup>، براون و ستیر (۱۹۹۸) همسانی درونی آن را برابر با ۰/۹۳ گزارش کردند. آن‌ها همچنین ضریب پایایی بازآزمایی را بعد از یک هفته را ۰/۷۵ گزارش کردند. این پرسشنامه هم مثل دیگر پرسشنامه‌های به‌کاربرده‌شده در این پژوهش، پرسشنامه شناخته شده‌ای است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است. برای مثال محمودعلیلو (۱۳۸۴) روایی محتوایی این آزمون را به چند تن از استادان روان‌شناسی و روان‌پزشکی داده و متخصصان یاد شده روایی آزمون را رضایت‌بخش اعلام کردند. در پژوهش حاضر از این پرسشنامه به منظور تعیین شدت اضطراب استفاده شد.

**سیاهه افسردگی بک<sup>۳</sup>** : این سیاهه توسط بک (۱۹۶۱) ساخته شده و دارای ۲۱ ماده سؤال است که هر ماده سؤال بیان‌کننده حالتی در فرد است و علائم افسردگی را از کم تا زیاد مشخص می‌کند. تحلیل عاملی این سیاهه به استخراج سه عامل عمده منجر شده است: (۱) دید منفی نسبت به خود و آینده؛ (۲) علائم فیزیولوژیکی؛ (۳) انزوای جسمانی. ویرایش دوم این آزمون (بک، استیر و براون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶) نیز موجود است. همبستگی حاصل از دو نیمه کردن ماده‌های مقیاس، ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی نیز ۰/۹۳ بوده است. همسانی درونی مقیاس افسردگی بک برای گروه بالینی ۰/۹۲ و برای گروه عادی ۰/۹۳ گزارش شده است. این آزمون همچنین می‌تواند افراد افسرده را از غیرافسرده تفکیک کند و نتایج حاصل از اجرای آن با بعد افسردگی فهرست نشانگان بالینی - ۹۰ همبستگی زیادی دارد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی نیز بیانگر روایی بالای سیاهه افسردگی بک است (شام، اگرمن و مایورس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). منصور (۱۳۷۶) ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس را مناسب ذکر کرده است.

**فهرست نشانگان بیماری ۲۵:** فهرست نشانگان بیماری - ۲۵ فرم کوتاهی از فهرست نشانگان بیماری - ۹۰ است. این فرم ۲۵ آیتمی توسط نجاریان و داودی (۱۳۸۰) و با استفاده از شیوه تحلیل عاملی استخراج شده است. نمره کلی این مقیاس آسیب‌شناسی روانی عمومی را ارزیابی می‌کند. نجاریان و داودی (۱۳۸۰) گزارش کرده‌اند تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش متعامد واریماکس به استخراج یک عامل عمومی

<sup>1</sup>. Beck Anxiety Inventory (BAI)

<sup>2</sup>. Episton

<sup>3</sup>. Beck Depression Inventory (BDI)

<sup>4</sup>. Beck, Steer, & Brown

<sup>5</sup>. Shum, O'gorman, & Myors

<sup>6</sup>. Symptom Checklist- 25 (SCL- 25)

۲۵ آیتمی منجر می‌شود که با ارزش ویژه ۴۵/۳۹ در حدود ۵۰/۴۰ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند. محاسبه ضریب همبستگی بین نمره حاصل برای این عامل و نمره ابعاد نه‌گانه فهرست نشانگان بیماری - ۹۰ حاکی از وجود ضرایب بالا بین آنهاست (۰/۸۰ تا ۰/۹۵). این در حالی است که نمره این عامل با نمره کلی فهرست نشانگان بیماری - ۹۰ ضریب همبستگی در حدود ۰/۹۵ نشان می‌دهد. همچنین نجاریان و داودی (۱۳۸۰) ضریب الفای کرونباخ این ابزار را ۰/۹۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی (پس از ۵ هفته) آن را ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. ضریب روایی هم‌زمان این مقیاس با اضطراب عمومی (نجاریان، ۱۳۷۴)، فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۷۲)، مقیاس کمال‌گرائی اهواز (نجاریان، عطاری و زرگر، ۱۳۷۸)، و مقیاس سرسختی اهواز (کیامرثی و همکاران، ۱۳۷۷) به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۴۹، ۰/۶۲، و ۰/۵۶ - به دست آمده است.

### **مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر ۱۰<sup>۱</sup>** (کسلر، ۱۹۹۶): مقیاس‌های پریشانی روان‌شناختی کسلر ویژه

شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی توسط کسلر و دیگران (۲۰۰۲) به دو صورت ده سؤالی و شش سؤالی تدوین شده است و در مطالعات مختلف به کار می‌رود. سؤالات این دو فرم به صورت لیکرتی از «هیچ وقت» تا «همیشه» است و بین ۰ تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. از این رو حداکثر نمره در نسخه ده سؤالی برابر با ۴۰ و در نسخه شش سؤالی برابر با ۲۴ است. فرم ده سؤالی اختلال روان‌شناختی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد، اما در مجموع سطح اضطراب و علائم افسردگی را که فرد طی چند هفته اخیر تجربه کرده است، مشخص می‌کند. مطالعات ولدهوزن<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷)، فوروکاوا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که پرسشنامه ده سؤالی روایی و اعتبار مطلوبی دارد. مطالعه یعقوبی و همکاران (زیر چاپ) نیز حاکی از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب این نسخه است.

### **مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۴</sup>**: این مقیاس را لویباند<sup>۵</sup> و لویباند (۱۹۹۵) تهیه کرده است.

سؤالات این مقیاس به صورت لیکرت و چهارگزینه‌ای تنظیم شده است. همبستگی این مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب بک زیاد گزارش شده است. ارزش آلفا برای این مقیاس در یک نمونه ۷۱۷ نفری به شرح زیر به دست آمده است: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱. ارزش آلفا برای این مقیاس در یک نمونه ۴۰۰ نفری از جمعیت عمومی شهر مشهد برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (صاحبی و

<sup>۱</sup>. Kessler Psychological Distress Scale

<sup>۲</sup>. Veldhuizen

<sup>۳</sup>. Furukawa

<sup>۴</sup>. Depression, Anxiety, Stress (DASS)

<sup>۵</sup>. Loviband

همکاران، ۱۳۸۴). برای محاسبه روایی از روش ملاکی استفاده شده است، بدین صورت که ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس اضطراب زونک با خرده مقیاس‌های آزمون DASS به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶، استرس ۰/۴۹ و اضطراب ۰/۶۷ به دست آمده است.

## مقیاس ملی سلامت روان دانشجویان<sup>۱</sup>: مقیاسی ۹۳ ماده‌ای و دارای دو حوزه سلامت روان و

سازه‌های مربوط با آن است که هر یک از دو بخش تشکیل شده است. بخش‌های اول مربوط به سلامت روان دربرگیرنده بهزیستی روانی و رضایت از زندگی و بخش دوم آن شامل افسردگی، اضطراب، وسواس، اضطراب اجتماعی، و اختلال خواب است. حوزه سازه‌های مرتبط متشکل از دو بخش عوامل خطر (افسردگی تحصیلی، اضطراب تحصیلی، کمال‌گرایی و گرایش به خودکشی) و عوامل محافظت‌کننده (جهت‌گیری مذهبی، جو خانوادگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودکارآمدی) است. ضرایب اعتبار هر یک از زیرمقیاس‌های این ابزار بین ۰/۵۹ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. روایی عاملی و ملاکی زیرمقیاس‌های این ابزار مناسب گزارش شده است (پورشریفی، اکبری زردخانه، یعقوبی، پیروی، حسن‌آبادی، صبحی و حمیدپور، ۱۳۸۹ الف و ب؛ پورشریفی و همکاران، زیرچاپ).

## تحلیل داده‌ها

تحلیل در دو مرحله کلی الف) داده‌کاوی<sup>۲</sup> و ب) تحلیل تأییدی<sup>۳</sup> داده‌ها که هر یک شامل چند زیرمرحله بود، صورت گرفت.

**الف) داده‌کاوی:** این مرحله، اولین مرحله بررسی داده‌هاست که هدف از آن در درجه اول حصول اطمینان از صحت و دقت داده‌های مهیا شده برای تحلیل و انجام مجموعه‌ای از تحلیل‌های مقدماتی بر روی آن‌هاست. این مرحله از دو زیرمرحله تشکیل یافته است:

۱. **مرحله آمایش<sup>۱</sup>:** در این مرحله اطلاعات حاصل از نمونه مورد پژوهش وارد کامپیوتر شده و پس

از لحاظ صحت و دقت ورود داده‌ها، فایل داده‌ها بررسی و بازبینی می‌شود. در پژوهش حاضر مجموعه اقدامات انجام گرفته برای این مرحله عبارت بودند از:

---

<sup>۱</sup> Iranian Mental Health Scale (IMHS)

<sup>۲</sup> data mining

<sup>۳</sup> confirmatory analysis

### ۱.۱. **مطابقت داده‌های ورودی با پرسشنامه:** برای این منظور حدود ۵ درصد از

پرسشنامه‌ها به طور تصادفی انتخاب و با داده‌های موجود در فایل ورودی داده‌ها مقایسه شد. در این بخش مشکل خاصی مشاهده نشد؛

### ۱.۲. **مطابقت داده‌ها با شیوه‌های کدگذاری پرسشنامه‌ها:** برای بررسی جامع داده‌ها و

اطمینان از صحت ورود کلی داده‌ها، با گرفتن فراوانی از پاسخ‌های ارائه‌شده برای هر یک از سؤال‌های پرسشنامه‌ها و مطابقت آن با شیوه‌نمره‌گذاری تک تک سؤال‌ها، کدهای اشتباه که به طور سهوی وارد فایل داده‌ها شده بودند، شناسایی شدند؛

### ۱.۳. **کدگذاری مجدد کدهای اشتباه:** در بررسی فراوانی‌ها مواردی از کدهای اشتباه

شناسایی شد. برخی از این اشتباهات عبارت بودند از به جای کد ۱ از کد ۱۸ یا ۱۶ استفاده شده بود. برای جایگزینی کدهای اشتباه با کدهای درست در مواردی راساً از دستورالعمل کدگذاری مجدد<sup>۲</sup> برنامه SPSS استفاده شد و در مواردی که اشتباه‌های نظام‌دار وجود داشت (برای مثال شیوه‌نمره‌گذاری که به جای صفر از یک شروع شده بود)، برای تسریع جایگزینی کدها نگارش فایل نحوی<sup>۳</sup> نگارش شد. در پایان این مرحله، برای اطمینان از اقدامات انجام گرفته در این مرحله، کدها مجدداً واریسی شد و در موارد لازم این فرایند تا اطمینان نبود کدهای اشتباه تکرار شد.

## ۲. **مرحلهٔ تحلیل اکتشافی داده‌ها<sup>۴</sup>:** در این مرحله از طریق نمایش نموداری داده‌ها، غربال

داده‌ها صورت می‌گیرد. در ضمن در این مرحله آماره‌های توصیفی (مانند میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی) بررسی و مفروضه‌های لازم هر تحلیل در مرحلهٔ بعد کنترل می‌شود. مجموع اقدامات انجام گرفته در پژوهش حاضر به ترتیب زیر بود:

### ۲.۱. **تحلیل گمشده‌ها<sup>۵</sup>:** این تحلیل به منظور بررسی میزان داده‌های گمشده و بررسی وجود

رابطهٔ نظام‌مند بین داده‌های گمشده با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اعضای گروه نمونه و مشخصات سؤال‌ها

---

1. data monitoring  
2. recode  
3. syntax file  
4. data explanatory analysis  
5. missing analysis

انجام گرفت. از آنجا که نسبت داده‌های گمشده‌ها به طور متوسط کمتر از یک درصد در هر یک از سؤال‌ها بود و رابطه منظمی هم مشاهده نشد، این داده‌ها با استفاده از شیوه درون‌یابی<sup>۱</sup> جایگزین شدند؛

## ۲.۲. بررسی صحت و دقت پاسخ‌های ارائه‌شده توسط افراد: به منظور بررسی اینکه

آیا مقیاس انگیزه پاسخ‌دهی لازم را در اعضای گروه نمونه ایجاد کرده است؟ و آیا افراد برای پاسخ‌دهی به آیتم‌ها، به کلیه نقاط پاسخ‌دهی توجه داشته‌اند یا نه؟ یا از الگوهای پاسخ‌دهی تصادفی استفاده کرده‌اند، از روش ترنسپوز<sup>۲</sup> استفاده شد. در این مرحله نمودار ستونی درصدی تمامی ۹۶۰ نفر تک به تک مشاهده و موارد مشکوک حذف شد.

برای حذف افراد از دو قاعده اصلی پیروی شد: (۱) گرایش شدید ارائه پاسخ در کرانه‌ها و درصد پاسخ کم در حد فاصل کرانه‌ها (برای مثال افرادی که دو گزینه اول و آخر آن‌ها ۸۰ درصد موارد را شامل می‌شد)؛ (۲) کجی شدید در پاسخ‌ها: بر این اساس ۵۸ نفر از داده‌های مربوط به گروه نمونه حذف شدند. بنابراین از داده‌های حاصل از ۹۰۰ نفر برای تحلیل‌های تأییدی استفاده شد؛

## ۲.۳. تحلیل فراوانی‌ها پاسخ‌های ارائه شده به سؤال‌ها: این تحلیل برای بررسی این

امر صورت گرفت که آیا کلیه نقاط طیف پاسخ‌دهی سؤال‌ها فراوانی مناسبی را به خود اختصاص داده است که به چولگی شدید یا اختصاص یافتن بخش اعظمی از پاسخ‌ها روی تعداد محدودی از گزینه‌ها منجر شده باشد. بررسی نمودار کلیه آیتم‌ها مربوط به مقیاس نشان داد هیچ یک از سؤال‌ها چنین الگویی را نشان نمی‌دهند.

## (ب) تحلیل تأییدی داده‌ها<sup>۳</sup>: پس از کسب اطمینان از دقت و صحت داده‌های جمع‌آوری شده برای پژوهش

و بررسی‌ها و اقدامات لازم در این زمینه، در این مرحله بررسی‌های لازم در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی داده‌ها انجام شد. اقدامات انجام گرفته در این مرحله به شرح زیر است:

---

1. interpolation  
2. transpose  
3. data confirmatory

۱. **تشکیل گروه مدرج‌سازی<sup>۱</sup> و روایی‌یابی<sup>۲</sup>**: در این مرحله گروه نمونه به طور تصادفی به دو گروه تقسیم و یکی از این دو به تصادف، گروه مدرج‌سازی و دیگر گروه روایی‌یابی نامیده شد. هدف از این اقدام تشکیل دو گروه معادل برای بررسی نامتغیر بودن اندازه‌گیری<sup>۳</sup> و واریسی روایی<sup>۴</sup> بود؛

۲. **تحلیل اکتشافی داده‌های مربوط به نمونه مدرج‌سازی**: تحلیل عاملی اکتشافی<sup>۵</sup> بر روی ماتریس همبستگی پلی‌کوریک<sup>۶</sup> حاصل از داده‌های گروه نمونه و با استفاده از روش عامل‌یابی ممکن، چرخش‌های گوناگون و محدودیت‌های مختلف تعداد عوامل نشان داد که عوامل استخراجی از روش محوره‌های اصلی<sup>۷</sup> و چرخش ابلیمین مستقیم<sup>۸</sup> بیشترین همخوانی را با ساختار نظری مقیاس ابعادی و سواس بی‌اختیاری دارد. شایان ذکر است نتایج حاصل از این تحلیل با محدود کردن تعداد عوامل به دست‌آمده روی ۴ و حداقل مقدار بارگذاری هر آیت‌م روی عوامل ۰/۳۵ به دست آمد.

۳. **تحلیل سوال**: هدف از این زیر مرحله بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مثل روایی و اعتبار آیت‌م بود. اقدامات انجام گرفته در این بخش به شرح زیر است:

۳.۱. **اعتبار آیت‌مها و مقیاس**: برای بررسی اعتبار هر یک از خرده‌مقیاس‌ها، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. در ضمن شاخص‌های توصیفی مرکزی و پراکندگی هر آیت‌م و خرده‌مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس (بدون حذف و با حذف هر یک از آیت‌مها) و ضریب بازآزمایی، ضرایب همبستگی و همپراشی بین آیت‌مها، ضرایب همبستگی هر آیت‌م با نمره کل مقیاس محاسبه شد. در این مورد نیز برای تسریع در فرایند اجرای تحلیل اقدام به نگارش فایل نحوی شد.

۳.۲. **روایی آیت‌مها**: از آنجا که تدوین این ابزار از ابتدا دارای بنیان نظری لازم بود و مراحل ترجمه آن زیر نظر متخصصان روان‌شناسی و روان‌سنجی انجام گرفت، می‌توان بر وجود روایی محتوایی آیت‌مها و خرده‌مقیاس‌های آن صحنه گذاشت. ولی برای بررسی میزان تفاهم بین نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و روایی محتوایی، بررسی مجددی بر روی آیت‌مهای بارگذاری شده در هر یک از عامل‌ها (خرده‌مقیاس‌ها)

---

۱. calibration sample

۲. validation sample

۳. measurement invariance

۴. cross. validation

۵. explanatory factor analysis

۶. polychoric

۷. Principal Axial Factoring (PAF)

۸. direct oblimin

انجام گرفت. نتایج نشان داد آیت‌های اختصاص‌یافته برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق این دو روش بیش از ۹۵ درصد همپوشی وجود دارد. در موارد اختلاف نیز پس از بررسی محتوای آیت‌ها در مورد اینکه آیا این آیت‌ها یکی از شاخص‌های سازه ارزیابی شده توسط عامل اختصاص یافته برای آن است یا نه؟ تصمیم گرفته شد.

#### ۴. تحلیل عاملی تأییدی روی داده‌های گروه نمونهٔ رواسازی: هدف از این زیرمرحله بررسی

تناسب و تأیید یا عدم تأیید ساختار عاملی به دست آمده در زیرمرحلهٔ تحلیل اکتشافی با داده‌های گروه رواسازی بود. به عبارت دیگر در این زیرمرحله ساختار عاملی به دست آمده از گروه مدرج‌سازی در گروه رواسازی به آزمون گذاشته شده و کم و کیف و تناسب آن بررسی شد.

##### ۴.۱. روایی همگرا و تشخیصی<sup>۱</sup>: در کنار بررسی‌های انجام‌یافته بر روی مقدار شاخص‌های

برازش کلی الگوی عاملی نظری با داده‌ها، کیفیت برازش تک تک شاخص‌های انفرادی برآورده شده برای آیت‌ها و خرده‌مقیاس‌ها نیز بررسی شد تا مشخص شود که آیا روابط نظری بین آیت‌ها با خرده‌مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌ها با همدیگر نیز در داده‌های تجربی مستتر است یا نه؟

##### ۴.۲. روایی ملاکی<sup>۲</sup>: پس از کسب اطمینان از اینکه ساختارهای نظری درون ابزار با داده‌های

تجربی تناسب مناسبی دارد، رابطهٔ سازهٔ وسواس به طور کل و خرده‌مقیاس‌های آن با ملاک‌ها و ابزار دیگر بررسی شد.

---

<sup>۱</sup>. convergent and discriminant validity  
<sup>۲</sup>. criterion

## فصل چهارم: یافته‌های پژوهش



همان‌طور که در فصل سوم بیان شد حدود ۴۵ نفر از مجموع ۱۰۰۵ نفر گروه نمونه، مربوط به گروه بررسی ضریب اعتبار بازآزمایی بودند و ۵۸ نفر هم در مرحله داده‌کاوی به دلیل وجود مشکلات احتمالی در پاسخگویی به ابزارها از گروه نمونه حذف شدند. در نهایت ۹۰۰ نفر نمونه باقی‌مانده به عنوان گروهی که تحلیل‌های آتی لازم بر روی آن‌ها انجام پذیرفت، مدنظر قرار گرفت.

برای تشکیل گروه‌های مدرج‌سازی و روایی‌یابی نیز گروه ۹۰۰ نفری با استفاده از دستور انتخاب گروه‌های تصادفی در برنامه SPSS به دو گروه تصادفی تقسیم شد. در مرحله بعد به تصادف یکی از این گروه‌ها به عنوان گروه مدرج‌سازی و دیگری گروه روایی‌یابی نامیده شد. در ادامه نیز تحلیل‌های مربوط به هر یک از مراحل روی گروه نمونه مربوط انجام گرفت؛ بنابراین منطقی است که در ابتدا نتایج حاصل گروه مدرج‌سازی و سپس گروه روایی‌یابی ارائه شود. در پایان هم پس از اطمینان از دقت و صحت داده‌ها و ساختار نظری، هنجارهای مربوطه ارائه شود.

### تحلیل عاملی اکتشافی بر روی داده‌های گروه مدرج‌سازی

در فصل سوم ذکر شد که انجام تحلیل عاملی اکتشافی<sup>۱</sup> روی ماتریس همبستگی پیرسون<sup>۲</sup> حاصل از داده‌های گروه نمونه مدرج‌سازی با استفاده از روش عامل‌یابی ممکن، چرخش‌های گوناگون و محدودیت‌های متنوع روی تعداد عوامل و میزان بارگذاری متغیرها بر روی عوامل نشان داد روش استخراج عاملی عامل‌یابی محورهای اصلی<sup>۳</sup> و چرخش ابلیمین<sup>۴</sup> و محدود ساختن تعداد مؤلفه‌ها به تعداد ۴ و حداقل مقدار بارگذاری هر آیتم روی عوامل ۰/۳۵، به استخراج مؤلفه‌هایی منجر می‌شود که ساده‌ترین ساختار و بیشترین همخوانی (ترستون<sup>۵</sup>، ۱۹۴۷) را با ساختار نظری مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری دارند. همچنین در این شرایط هر آیتم (به جز آیتم دوم آلودگی) فقط روی هر یک از چهار عامل ضریب بارگذاری بالا<sup>۶</sup> داشت و هیچ‌یک از آیتم‌ها (به جز آیتم سوم وسواس‌های فکری غیرقابل قبول) روی دو

---

<sup>۱</sup>. explanatory factor analysis

<sup>۲</sup>. pearson

<sup>۳</sup>. Principal Axis Factoring (PAF)

<sup>۴</sup>. oblimin

<sup>۵</sup>. Thurstone

<sup>۶</sup>. salient loading

عامل بارگذاری بالا نداشت. بنابراین در این شرایط روی هر عامل حداقل چهار آیتیم بارگذاری مناسب داشته‌اند که در این شرایط ملاک سختگیرانه<sup>۱</sup> گاداگونلی و ولیکرز<sup>۲</sup> (۱۹۸۸) نیز مهیا بوده است. نتایج حاصل از این تحلیل به شرح زیر است.

مقدار شاخص کفایت نمونه‌برداری کیسر- مایر- الکین<sup>۳</sup> برابر با ۰/۸۹ و شاخص آزمون کرویت بارتلت<sup>۴</sup> برابر با ۲۵۳۹ بود، که با درجات آزادی ۱۹۰ در سطح ۰/۰۰۵ معنادار است. این یافته بدین معناست که مفروضه انجام تحلیل عاملی روی این داده‌ها برقرار است. نتایج تحلیل نشان از وجود چهار عامل با ارزش ویژه بالا (۱/۲۷) داشت که در مجموع ۵۵/۳۲ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند.

جدول ۴-۱. عامل و مقادیر ارزش ویژه حاصل از تحلیل عوامل مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری

عامل	ارزش ویژه	درصد تبیین واریانس تراکمی
یکم	۶/۵۳	۳۲/۷۰
دوم	۱/۷۴	۴۱/۳۷
سوم	۱/۵۲	۴۸/۹۴
چهارم	۱/۲۷	۵۵/۳۲

اسکری پلات<sup>۵</sup> حاصل از تحلیل مؤلفه‌ها در شکل ۴-۱ نشان داده شده است.

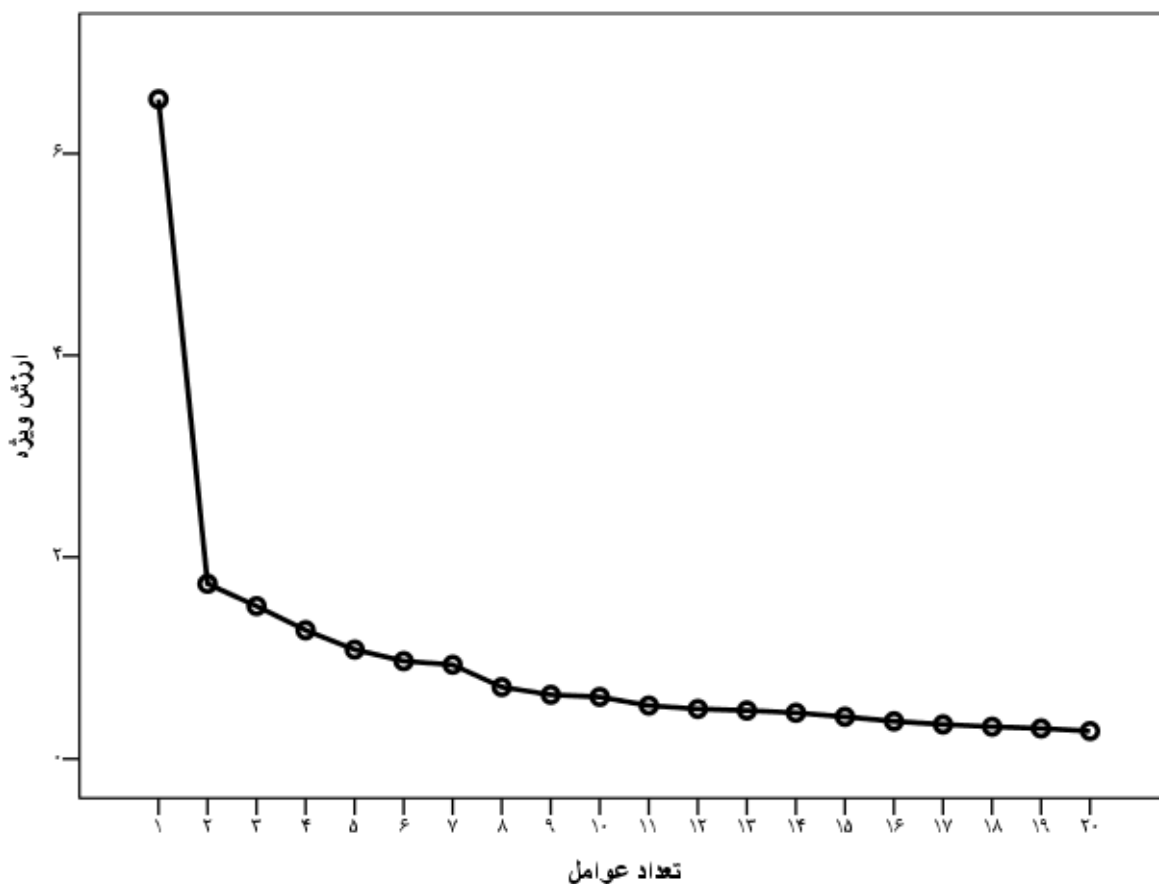
<sup>۱</sup>. most stringent criterion

<sup>۲</sup>. Guadagnoli and Velicer

<sup>۳</sup>. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)

<sup>۴</sup>. Bartlett's Test of Sphericity

<sup>۵</sup>. scree plot



شکل ۴-۱. نمودار اسکری پلات حاصل از تحلیل عوامل مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری

از ۲۰ آئتم وارد شده برای تحلیل عاملی با روش استخراج عامل‌های محورهای اصلی، ۵ آئتم در عوامل یکم، سوم، چهارم و ۴ آئتم بر روی عامل دوم حداکثر بارگذاری را نشان دادند. جدول ۴-۲، آئتم‌های بارگذاری شده در هر یک از عامل‌ها را به ترتیب مقدار بارگذاری نشان می‌دهد.

جدول ۴-۲. شماره آیت‌های بارگذاری شده در هر یک از عامل‌ها به ترتیب مقدار بارگذاری

عامل یکم	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم
مسئولیت ۳	افکار غیرقابل قبول ۴	تقارن ۵	آلودگی ۴
مسئولیت ۵	افکار غیرقابل قبول ۵	تقارن ۱	آلودگی ۳
مسئولیت ۲	افکار غیرقابل قبول ۳	تقارن ۳	آلودگی ۵
افکار غیرقابل قبول ۲	افکار غیرقابل قبول ۱	تقارن ۴	آلودگی ۱
مسئولیت ۱	-	تقارن ۲	مسئولیت ۴

بررسی اعتبار آیت‌ها، زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس در گروه مدرج‌سازی نشان داد که کلیه زیرمقیاس‌ها از ضرایب مناسب همگونی درونی<sup>۱</sup> برخوردارند و دامنه آن‌ها بین ۰/۷۶ (مسئولیت) و ۰/۸۰ (تقارن) است. در ضمن ضرایب بازآزمایی زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۴ (مسئولیت) و ۰/۸۶ (تقارن و آلودگی) به دست آمده است. از سوی دیگر، جدول ۳-۴ نشان می‌دهد که تقریباً کلیه آیت‌ها دارای میانگینی در حد متوسط دو ارزش اختصاص یافته ۰ و ۴ برای دو گزینه پاسخگویی هستند. این مسئله نشان می‌دهد توزیع نمره‌های آیت‌ها از توزیع نرمال نظری فاصله محسوسی ندارد. از این رو آیت‌ها از میزان مناسبی از درجه تمیز برخوردارند.

بررسی ضرایب همبستگی بین آیت‌ها و زیرمقیاس‌ها نشان می‌دهد این ضرایب بین ۰/۴۳ (آیت مسئولیت ۴) و ۰/۶۴ (آیت تقارن ۳) است. از این رو می‌توان گفت مناسب‌ترین و نامناسب‌ترین آیت‌ها در بین کلیه آیت‌های مربوط به زیرمقیاس‌ها به ترتیب آیت‌های مسئولیت ۴ و تقارن ۳ است.

<sup>۱</sup> internal consistency

جدول ۳-۴. یافته‌های توصیفی آیتم‌ها و ضرایب همبستگی آیتم‌ها با نمره کل زیرمقیاس‌ها و ضرایب همگونی درونی زیرمقیاس‌های مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری در گروه نمونه مدرج‌سازی

عامل	آیتم	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب آلفا با حذف	ضریب آلفا	ضریب بازآزمایی	همبستگی آیتم با نمره زیرمقیاس
آلودگی	آلودگی ۴	۰٫۹۶	۰٫۸۹	۰٫۷۱			۰٫۶۱
	آلودگی ۳	۱٫۵۹	۱٫۰۶	۰٫۷۰			۰٫۶۳
	آلودگی ۵	۱٫۳۱	۱٫۰۶	۰٫۷۱	۰٫۷۸	۰٫۸۶	۰٫۶۱
	آلودگی ۱	۱٫۰۵	۰٫۷۴	۰٫۷۶			۰٫۴۸
	مسئولیت ۴	۱٫۰۷	۰٫۹۲	۰٫۷۷			۰٫۴۳
مسئولیت	مسئولیت ۳	۱٫۵۱	۰٫۹۵	۰٫۶۸			۰٫۶۲
	مسئولیت ۵	۱٫۲۷	۰٫۹۵	۰٫۷۰			۰٫۵۸
	مسئولیت ۲	۱٫۴۶	۰٫۹۸	۰٫۷۱	۰٫۷۶	۰٫۷۴	۰٫۵۵
	افکار ۲	۱٫۷۱	۱٫۱۰	۰٫۷۵			۰٫۴۶
	مسئولیت ۱	۰٫۸۴	۰٫۷۵	۰٫۷۵			۰٫۴۴
افکار غیر قابل قبول	افکار ۴	۱٫۲۵	۱	۰٫۷۳			۰٫۶۱
	افکار ۵	۱٫۴۸	۰٫۹۶	۰٫۷۰	۰٫۷۹	۰٫۸۱	۰٫۶۷
	افکار ۳	۱٫۶۳	۰٫۹۵	۰٫۷۳			۰٫۶۱
	افکار ۱	۱٫۰۶	۰٫۷۴	۰٫۷۸			۰٫۵۱
تقارن	تقارن ۵	۱٫۲۱	۱٫۰۳	۰٫۷۵			۰٫۶۱
	تقارن ۱	۰٫۹۷	۰٫۸۲	۰٫۷۶			۰٫۵۵
	تقارن ۳	۱٫۲۳	۰٫۹۸	۰٫۷۳	۰٫۸۰	۰٫۸۶	۰٫۶۴
	تقارن ۴	۰٫۹۹	۰٫۹۱	۰٫۷۵			۰٫۶۰
	تقارن ۲	۰٫۹۵	۰٫۸۱	۰٫۷۸			۰٫۴۸

## تحلیل عاملی تأییدی روی داده‌های گروه روایی یابی

برای واریس روی ساختار عاملی، تحلیل عاملی تأییدی روی داده‌های گروه روایی یابی انجام گرفت. برای دستیابی به بهترین مدل برازش یافته با داده‌ها از تحلیل تأییدی روی ساختار کوواریانس<sup>۱</sup> و از روش برآورد مقاوم<sup>۲</sup> بیشینه درست‌نمایی<sup>۳</sup> استفاده شد. در این فرایند، سه ساختار عاملی زیر به عنوان الگوهای رقیب<sup>۴</sup> ارزیابی شدند: (۱) مدل یکم؛ ساختار عاملی اصلی مقیاس (که در آن هر یک از عوامل به طور یکسان از پنج آیتم تشکیل شده است)؛ (۲) مدل دوم؛ ساختار عاملی حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی (که در آن کلیه آیتم‌ها در جایگاه مناسب نظری بارگذاری داشته‌اند، به جز آیتم دوم آلودگی که حذف شده و آیتم سوم وسواس‌های فکری غیرقابل قبول روی عامل مسئولیت بارگذاری بالا داشته است)؛ (۳) مدل سوم؛ مدل تک عاملی. برای ارزیابی برازش مدل‌ها از شاخص‌های چندگانه آماره<sup>۵</sup>  $\chi^2$ ، شاخص برازش مقایسه<sup>۶</sup> (بتنلر، ۱۹۹۰)، شاخص برازش غیرنرمال<sup>۷</sup> (بتنلر و بونت، ۱۹۸۰)، ریشه دوم مجذور خطای تقریب<sup>۸</sup> (استیگر، ۱۹۹۰)، فاصله اطمینان<sup>۹</sup> ریشه دوم مجذور خطای تقریب (هو و بتنلر، ۱۹۹۹) و ریشه میانگین مجذور باقی‌مانده استاندارد<sup>۱۰</sup> (هو و بتنلر، ۱۹۹۸) استفاده شد (جدول ۴-۴).

---

1. covariance structure

2. robust

3. Maximum Likelihood (ML)

4. alternative

5. chi-square statistic

6. Comparative Fit Index (CFI)

7. Non-Normed Fit Index (NNFI)

8. Root-Mean Square Error of Approximation (RSMEA)

9. confidence interval

10. Standard Root-Mean Square Residual (SRMSR)

جدول ۴-۴. آماره‌های نیکویی برازش مدل‌های سه‌گانه مقیاس ابعادی و سواس بی‌اختیاری بر اساس داده‌های گروه نمونه روایی‌یابی

مدل	$\chi^2$	Df	$\chi^2/df$	<sup>۲</sup> CFI	<sup>۳</sup> NNFI	<sup>۴</sup> RMSEA	<sup>۵</sup> CI (RMSEA (90%	<sup>۶</sup> SRMR
یکم	۶۵۵٫۲۸	۱۶۴	۳٫۹	۰٫۸۶	۰٫۸۴	۰٫۰۹	(۰٫۰۹ و ۰٫۱۰)	۰٫۰۶
دوم	۶۹۱٫۴۱	۱۴۶	۴٫۷	۰٫۸۵	۰٫۸۲	۰٫۱۰	(۰٫۰۹ و ۰٫۱۱)	۰٫۰۷
سوم	۹۴۹٫۱۲	۱۰۴	۹٫۱۲	۰٫۶۸	۰٫۶۳	۰٫۱۸	(۰٫۱۷ و ۰٫۱۹)	۰٫۱۰

همان‌طور که از جدول ۴-۴ پیداست، مدل یکم در مقایسه با دو مدل دیگر از ویژگی‌های مناسب‌تر برازش برخوردار است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت ساختار عاملی مدل یکم (ساختار عاملی اصلی مقیاس که در آن هر یک از عوامل به طور یکسان از پنج آیتم تشکیل شده است) بهترین الگوی مطابق با داده‌های حاصل از گروه نمونه روایی‌یابی است. کلیه شاخص‌های برازش این مدل بر اساس ملاک‌های موجود در حد قابل قبول و مناسب است. در صورتی که شاخص‌های مربوط به دو مدل دیگر ویژگی مذکور را ندارد.

بررسی اعتبار آیتم‌ها، زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس در گروه روایی‌یابی نشان داد که کلیه زیرمقیاس‌ها ضرایب مناسب همگونی دارند دامنه آن‌ها بین ۰٫۸۳ (مسئولیت و تقارن) و ۰٫۷۴ (آلودگی) است. بررسی ضرایب همبستگی نمره آیتم‌ها با نمره کل زیرمقیاس مربوط نشان می‌دهد این ضرایب بین ۰٫۳۲ (آیتم آلودگی ۲) و ۰٫۷۱ (آیتم‌های تقارن ۳ و مسئولیت ۵) متغیر است (جدول ۴-۵). از این رو در مجموع می‌توان گفت که آیتم‌ها و زیرمقیاس‌ها و در نتیجه کل آزمون از ضرایب همگونی درونی مناسبی برخوردار است.

<sup>1</sup>. chi- square

<sup>2</sup>. comparative fit index

<sup>3</sup>. non-normed fit index

<sup>4</sup>. root-mean square error of approximation

<sup>5</sup>. confidence interval

<sup>6</sup>. standard root-mean square residual

جدول ۴-۶. یافته‌های توصیفی آیت‌ها و ضرایب همبستگی آیت‌ها با نمره کل زیرمقیاس‌ها و ضرایب همگونی درونی زیرمقیاس‌های مقیاس ابعادی و سواس بی‌اختیاری در گروه نمونه روایی یابی

عامل	آیت‌م	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب آلفا با حذف	ضریب آلفا	همبستگی آیت‌م با نمره زیرمقیاس
آلودگی	آلودگی ۱	۱,۱۱	۰,۸۰	۰,۶۹		۰,۵۵
	آلودگی ۲	۱,۴۰	۱,۰۱	۰,۷۶		۰,۳۲
	آلودگی ۳	۱,۶۱	۱,۰۶	۰,۶۶	۰,۷۴	۰,۵۹
	آلودگی ۴	۰,۹۹	۰,۹۲	۰,۶۸		۰,۵۵
	آلودگی ۵	۱,۳۴	۱,۰۹	۰,۶۸		۰,۵۵
مسئولیت	مسئولیت ۱	۰,۸۵	۰,۷۷	۰,۸۱		۰,۵۸
	مسئولیت ۲	۱,۴۴	۰,۹۷	۰,۸۱		۰,۵۷
	مسئولیت ۳	۱,۵۴	۰,۹۵	۰,۷۹	۰,۸۳	۰,۶۷
	مسئولیت ۴	۱,۰۸	۰,۹۲	۰,۸۰		۰,۶۲
	مسئولیت ۵	۱,۲۸	۰,۹۷	۰,۷۷		۰,۷۱
افکار غیر قابل قبول	افکار ۱	۱,۰۴	۰,۷۴	۰,۸۰		۰,۵۸
	افکار ۲	۱,۶۷	۱,۰۴	۰,۸۲		۰,۵۲
	افکار ۳	۱,۶۵	۰,۹۷	۰,۷۷	۰,۸۲	۰,۶۶
	افکار ۴	۱,۲۷	۰,۹۸	۰,۷۸		۰,۶۳
	افکار ۵	۱,۵۰	۰,۹۸	۰,۷۶		۰,۷۰
تقارن	تقارن ۱	۰,۹۵	۰,۸۳	۰,۸۰		۰,۶۱
	تقارن ۲	۰,۹۲	۰,۸۰	۰,۸۳		۰,۴۷
	تقارن ۳	۱,۲۹	۱,۰۴	۰,۷۷	۰,۸۳	۰,۷۱
	تقارن ۴	۱,۰۴	۰,۹۸	۰,۷۷		۰,۶۹
	تقارن ۵	۱,۲۱	۱,۰۲	۰,۷۹		۰,۶۵



## روابط میان عوامل مقیاس ابعادی و سواس بی‌اختیاری

ماتریس وارینانس- کوواریانس عامل‌های موجود در مدل پذیرفته‌شده (مدل یکم) مقیاس ابعادی و سواس بی‌اختیاری به شرح جدول ۴-۶ است.

جدول ۴-۶. ماتریس ضرایب همبستگی عامل‌های مقیاس ابعادی و سواس بی‌اختیاری

عامل	آلودگی	مسئولیت	افکار غیر قابل قبول	تقارن
آلودگی	۱	۰/۵۶*	۰/۴۴*	۰/۵۴*
مسئولیت		۱	۰/۶۳*	۰/۵۰*
افکار غیر قابل قبول			۱	۰/۵۰*
تقارن				۱

\* p < ۰/۰۱ کوچک‌تر از

جدول ۴-۶ نشان می‌دهد میزان ضریب همبستگی عامل‌های مقیاس و سواس بی‌اختیاری در دامنه ۰/۴۴ تا ۰/۵۶ است که بیشترین آن متعلق به رابطه عوامل آلودگی و مسئولیت و کم‌ترین آن متعلق به رابطه دو عامل آلودگی و افکار غیرقابل قبول است.

## روایی

برای بررسی روایی ملاکی مقیاس ابعادی و سواس بی‌اختیاری از دو دسته ابزار استفاده شد؛ دسته اول ابزارهایی که برای ارزیابی و سواس ساخته شده‌اند (سیاهه و سواس- اجباری مادسلی، مقیاس و سواس فکری- عملی یل‌براون و مقیاس و سواس فکری- عملی) و از آن‌ها برای بررسی روایی ملاکی مقیاس بهره گرفته شد. دسته دیگر ابزارهایی که به منظور بررسی روایی همگرا در کنار مقیاس و سواس بی‌اختیاری قرار داده شده است. ابزارهای قرار داده شده برای این منظور عبارتند از سیاهه اضطراب بک، سیاهه افسردگی بک، فهرست نشانگان ۲۵، مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر، مقیاس افسردگی اضطراب استرس و مقیاس ملی سلامت روان دانشجویان (بخش‌های یکم و دوم).

روابط بین عامل‌های مقیاس ابعادی و سواس بی‌اختیاری و دیگر ابزارهای و سواس - بی‌اختیاری

جدول ۴-۷. ماتریس ضرایب همبستگی عامل‌های مقیاس ابعادی و سواس بی‌اختیاری با ابزارهای و سواس

مقیاس	عامل‌ها	حجم نمونه	آلودگی	مسئولیت	افکار غیر قابل قبول	تقارن
مقیاس و سواس	وسواس فکری		۰٫۲۶*	۰٫۴۴**	۰٫۳۸**	۰٫۴۱**
فکری عملی	اجبار	۹۹	۰٫۳۴**	۰٫۲۱*	۰٫۲۲*	۰٫۳۸**
یل براون	نمره کل		۰٫۳۸**	۰٫۴۴**	۰٫۳۹**	۰٫۵۲**
	شستشو		۰٫۴۷**	۰٫۴۱**	۰٫۳۹**	۰٫۴۸**
	وسواس فکری		۰٫۳۲**	۰٫۳۱**	۰٫۵۰**	۰٫۲۹**
مقیاس و سواس	انباشت		۰٫۱۶	۰٫۱۲	۰٫۱۸	۰٫۰۷
فکری - عملی	نظم	۱۰۲	۰٫۰۷	۰٫۱۶	۰٫۱۶	۰٫۱۳
	وارسی		۰٫۰۸	۰٫۱۴	۰٫۱۱	۰٫۰۳
	خنثی‌سازی		۰٫۱۵	۰٫۲۴*	۰٫۱۸	۰٫۲۳*
	نمره کل		۰٫۳۸**	۰٫۳۵**	۰٫۴۰**	۰٫۳۷**
	وارسی		۰٫۳۱**	۰٫۳۷**	۰٫۳۱**	۰٫۲۹**
سیاهه و سواس اجباری	شستن		۰٫۳۳**	۰٫۱۴	۰٫۰۸	۰٫۲۲*
مادسلی	تردید	۱۰۰	۰٫۲۱*	۰٫۲۱*	۰٫۲۸**	۰٫۲۳*
	کندی و تکرار		۰٫۲۷**	۰٫۲۴*	۰٫۲۷**	۰٫۳۴**
	نمره کل		۰٫۴۲**	۰٫۳۸**	۰٫۳۰**	۰٫۳۷**

\*\* p < ۰٫۰۱ کوچک‌تر از، \* p < ۰٫۰۵ کوچک‌تر از

جدول ۴-۷ نشان می‌دهد ابعاد پنج‌گانه مقیاس ابعادی و سواس بی‌اختیاری با کلیه نمره‌های خرده‌مقیاس‌ها و نمره‌های کلی مقیاس‌های دیگر و سواس ضرایب همبستگی مثبت دارد. در ضمن کلیه این ضرایب در مقیاس‌های و سواس فکری - عملی یل براون و مادسلی در سطح کمتر از ۰٫۰۵ معنادار است. این در حالی است که پنج بعد مقیاس

ابعادی و سواس بی‌اختیاری با خرده‌مقیاس‌های شست و شو، و سواس فکری، خنثی‌سازی و نمره کلی مقیاس و سواس فکری - عملی ضریب همبستگی معنادار نشان داده است، ولی با این ضرایب در مورد خرده‌مقیاس‌های انباشت، نظم و واری معنادار نیست. شایان ذکر است که اغلب این ضرایب در دامنه گرایش به معناداری قرار دارند، ولی در سطح ۰/۰۵ معنادار نیستند.

### روابط بین عامل‌های مقیاس ابعادی و سواس بی‌اختیاری با سازه‌های بیماری‌شناختی

جدول ۴-۸ نشان می‌دهد ابعاد پنج‌گانه مقیاس ابعادی و سواس بی‌اختیاری با کلیه نمره‌های خرده‌مقیاس‌های بخش یکم مقیاس سلامت روان ضرایب همبستگی منفی و معنادار و با کلیه خرده‌مقیاس‌های بخش دوم این مقیاس ضرایب همبستگی منفی و معنادار دارد. در ضمن این ابعاد پنج‌گانه با کلیه خرده‌مقیاس‌های مقیاس‌های افسردگی اضطراب استرس، فهرست واری نشانگان ۲۵، مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر، سیاهه افسردگی و اضطراب بک ضرایب همبستگی معنادار در سطح ۰/۰۵ دارد.

جدول ۴-۸. ماتریس ضرایب همبستگی عامل‌های مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری با مقیاس ملی سلامت روان (بخش‌های یکم و دوم)، سیاهه افسردگی و اضطراب بک، مقیاس افسردگی اضطراب استرس، فهرست وارسی نشانگان ۲۵ و مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر

مقیاس	عامل‌ها	حجم نمونه	آلودگی	مسئولیت	افکار غیر قابل قبول	تقارن
مقیاس ملی سلامت روان (بخش یکم)	عواطف مثبت	۱۰۴	-.۰۳۱**	-.۰۲۵*	-.۰۲۹**	-.۰۱۳
مقیاس ملی سلامت روان (بخش دوم)	رضایت از زندگی	۱۰۵	-.۰۲۵*	-.۰۳۲**	-.۰۳۷**	-.۰۱۴
	بهبودی روانی		-.۰۳۰**	-.۰۲۹**	-.۰۳۴**	-.۰۱۴
مقیاس افسردگی اضطراب استرس	افسردگی	۱۰۰	۰.۲۲*	۰.۲۵*	۰.۲۷**	۰.۱۹
	اضطراب		۰.۳۳**	۰.۴۳**	۰.۳۸**	۰.۲۱*
	وسواس		۰.۴۵**	۰.۳۷**	۰.۲۱*	۰.۲۱*
	اضطراب اجتماعی		۰.۲۵*	۰.۳۲**	۰.۲۹**	۰.۱۳
	مشکلات خواب		۰.۲۴*	۰.۲۸**	۰.۳۲**	۰.۲۳*
	نمره کل		۰.۳۳**	۰.۴۱**	۰.۳۸**	۰.۱۷
مقیاس افسردگی اضطراب استرس	افسردگی	۱۰۳	۰.۱۵	۰.۲۱*	۰.۲۵*	۰.۲۲*
	اضطراب		۰.۲۵*	۰.۲۷**	۰.۲۰	۰.۲۴*
	استرس		۰.۲۳*	۰.۱۷	۰.۲۷**	۰.۱۲
فهرست وارسی نشانگان ۲۵		۱۰۳	۰.۳۳**	۰.۴۲**	۰.۴۲**	۰.۲۸**
مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر		۱۰۲	۰.۲۱*	۰.۰۹	۰.۲۱*	۰.۲۵*
سیاهه افسردگی بک		۱۰۲	۰.۲۱*	۰.۲۷**	۰.۳۹**	۰.۳۰**
سیاهه اضطراب بک		۱۰۱	۰.۲۷**	۰.۴۴**	۰.۴۲**	۰.۴۶**

\*\* p < ۰.۰۱ کوچک‌تر از، \* p < ۰.۰۵ کوچک‌تر از

## فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف استانداردسازی مقیاس ابعاد علائم و سواس فکری- عملی در جمعیت‌های بالینی انجام گرفت. برای این منظور ابتدا مجری طرح آزمون را ترجمه کرد، سپس این نسخه در اختیار یک کارشناس ارشد زبان انگلیسی قرار گرفت و از ایشان خواسته شد که دو فرم اصلی و ترجمه شده را مطابقت دهد و مشکلات احتمالی آن را مشخص کند. هدف از این بخش نزدیک‌سازی ادراک ترجمه به عمل آمده با ادبیات محاوره‌ای بود. پس از آن طی یک جلسه‌ای با حضور ایشان و مجری طرح، مشکلات مشخص شده مورد بررسی و اصلاحات لازم و ممکن اعمال شد. پس از این مرحله، از یک کارشناس ارشد زبان‌شناسی و مسلط به زبان انگلیسی خواسته شد ترجمه معکوسی از نسخه فارسی تهیه کند. مقایسه نسخه تهیه شده با مقیاس اصلی بیانگر وجود برخی تفاوت‌ها بود. متعادل‌سازی و اصلاحات لازم بر اساس موارد موجود نسخه‌ای از ترجمه آزمون را ایجاد کرد که برای بررسی و اظهار نظر گروه پژوهشی آماده بود. این نسخه از آزمون نسخه ترجمه معمول نامیده شد. در پایان این بخش نسخه مقدماتی آزمون برای اجرا آماده شد. شایان ذکر است که در این مرحله مشخص شد که برخی از آیتم‌ها قابلیت ادراک و بیان مفهومی چندانی در زبان فارسی را ندارند. طی مطالعه مقدماتی و به منظور آگاهی از میزان قابلیت درک‌پذیری و شیوایی آیتم‌ها توسط گروه هدف، برخی اصلاحات لازم در مورد آیتم‌ها صورت گرفت و نسخه نهایی ابزار تدوین شد. داده‌ها با استفاده از این نسخه گردآوری شد.

نتایج حاصل از تحلیل اکتشافی داده‌های پژوهش نشان داد در حدود ۵۸ نفر از گروه نمونه، در این فرایند باید از مجموع داده‌ها کنار گذاشته شوند. نگاهی به نحوه انتخاب این افراد و شرایطی که به واسطه آن‌ها این افراد از گروه حذف شدند، نشان می‌دهد که داده‌های مربوط به این افراد صحت و دقت لازم را نداشت و امکان به انحراف کشاندن نتایج وجود داشت. آشکار است که حتی پیشرفته‌ترین تحلیل‌ها روی داده‌های نادقیق و فاقد مفروضه‌های لازم، جز اتلاف وقت و انحراف تفکرات علمی چیزی عاید پژوهشگر و جامعه علمی نخواهد کرد (تاباخنیک و فیدل، ۲۰۰۷). این مسئله نشان می‌دهد که عدم توجه کافی به این امر ممکن است مشکل‌آفرین شود (هوئل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ توکی<sup>۲</sup>، ۱۹۷۷).

نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی داده‌های گروه مدرج‌سازی حاکی از وجود چهار مؤلفه مسئولیت (۵ آیتم)، تقارن (۵ آیتم)، افکار غیر قابل قبول (۵ آیتم) و آلودگی (۵ آیتم) بود. برای استخراج عوامل اکتشافی، ماتریس همبستگی پلی‌کوریک حاصل از داده‌ها تحلیل شد. دلیل محاسبه و استفاده از این ماتریس برای استخراج عامل‌ها،

---

<sup>1</sup>. Howell

<sup>2</sup>. Tukey

مربوط به سطح اندازه‌گیری داده‌هاست که در سطح ترتیبی<sup>۱</sup> قرار دارند. استفاده از ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون که به وسیله نرم‌افزار SPSS محاسبه و به طور خودکار برای اکتشاف عوامل استفاده می‌شود، موجب برآورد ناصحیح ضرایب همبستگی داده‌ها و در نتیجه ایجاد خلل در دسترسی به عوامل دقیق موجود در داده‌ها خواهد شد (تاباخنیک و فیدل، ۲۰۰۷). در ضمن نتایج تحلیل عامل‌های اکتشافی انجام گرفته نشان داد در شرایط استفاده از روش عامل‌یابی عوامل محورهای اصلی و چرخش آبلیمین، عواملی حاصل شد که بهترین مطابقت را با مبانی نظری نشان می‌دهند. دلیل این مسئله را می‌توان روابط نظری موجود بین عامل‌ها دانست که به استقلال<sup>۲</sup> و متعامد<sup>۳</sup> آن‌ها نسبت به هم منجر شده است و روش عامل‌یابی محورهای اصلی و چرخش آبلیمین توانسته است آن‌ها را به خوبی از هم جدا کند (هومن، ۱۳۸۰).

بررسی مقدار شاخص‌های کفایت نمونه‌برداری کیسر- مایر- الکین (کیسر، ۱۹۷۴) نشان داد این شاخص ۰/۸۹ است که با مقدار حداقل این شاخص (۰/۶۰) برای کسب اطمینان از کفایت ماتریس داده‌ها برای عامل‌پذیری، (تاباخنیک و فیدل، ۲۰۰۷) فاصله نسبتاً مناسبی دارد. این یافته نشان می‌دهد که عوامل موجود در داده‌ها، به مقدار مناسبی از هم قابلیت تفکیک دارند و می‌توان آن‌ها را از ماتریس‌های مورد تحلیل استخراج کرد. به عبارت دیگر می‌توان گفت گویه‌های تعبیه‌شده برای سنجش عامل‌ها طوری تهیه شده است که امکان تشخیص و جداسازی آن‌ها از هم به واسطه روابط ریاضی و مفهومی وجود دارد. مقدار واریانس تبیین‌شده از طریق عامل‌های استخراجی حدود ۵۵/۳۲ درصد از کل واریانس بخش‌های مربوط است. به نظر مولیک<sup>۴</sup> (۱۹۷۲) و نانالی (۱۹۸۶) حداقل مورد قبول برای این شاخص ۵۰ درصد است.

دامنه ضرایب همگونی درونی (آلفای کرونباخ) عوامل استخراجی بین ۰/۷۶ (مسئولیت) و ۰/۸۰ (تقارن) است. در ضمن ضرایب بازآزمایی زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۴ (مسئولیت) و ۰/۸۶ (تقارن و الودگی) به دست آمده است. این یافته‌ها نشان دادند که کلیه عامل‌ها از نظر همگونی درونی در وضعیت قابل قبولی قرار دارند. به عبارت دیگر بر اساس ضرایب همگونی درونی می‌توان گفت گویه‌های قرار گرفته در این عامل‌ها از همبستگی بین آیتی<sup>۵</sup> مناسبی برخوردارند و

---

1. ordinal  
2. independency  
3. orthogonal rotation  
4. Mulaik  
5. inter- item

ارزش ضرایب بازآزمایی نیز حاکی از پایایی<sup>۱</sup> ویژگی‌های مورد سنجش توسط عامل‌های موجود در ابزار در گذر زمان است (گیلفورد، ۱۹۵۴؛ نانالی، ۱۹۸۶). شاید بتوان این نکته را شاهدهی دیگر برای روایی ابزار دانست که در آن سعی می‌شود علائم و سواس مورد سنجش قرار گیرد. بررسی ضرایب همگونی مربوط به حذف گویه‌ها نیز نشان می‌دهد با حذف برخی آیتم‌ها، ضرایب اعتبار تغییرات ناچیزی را نشان می‌دهد؛ از این رو می‌توان اهمیت بیشتر این گویه‌ها در ارزیابی آماری عامل‌ها را یکسان فرض کرد.

ضرایب همبستگی هر یک از گویه‌ها با نمره کل هر عامل بین ۰/۴۳ (آیتم مسئولیت ۴) و ۰/۶۴ (آیتم تقارن ۳) است. از این رو می‌توان گفت مناسب‌ترین و نامناسب‌ترین آیتم‌ها در بین کلیه آیتم‌های مربوط به زیرمقیاس‌ها به ترتیب آیتم‌های مسئولیت ۴ و تقارن ۳ است. از آنجا که هر یک از این ضرایب، بیانگر ضریب تمیز<sup>۲</sup> آیتم‌ها است (سیف، ۱۳۸۶)، این شاخص را می‌توان به عنوان میزان توانائی و حساسیت هر آیتم در تشخیص تفاوت‌های بین افراد در نظر گرفت. از آنجا که حداقل مقدار این شاخص ۰/۳۰ در نظر گرفته می‌شود، اکثریت قریب به اتفاق شاخص‌های حاصل در این دامنه قرار دارند. با این حال تعداد معدودی از گویه‌ها شاخص پائین‌تری دارند که برای بهبود آن‌ها به اصلاحاتی در آن‌ها یا حذف این موارد است.

در این فرآیند، سه ساختار عاملی به عنوان الگوهای رقیب<sup>۳</sup> ارزیابی شد. این سه ساختار عاملی عبارت بودند از (۱) مدل یکم: ساختار عاملی اصلی مقیاس (که در آن هر یک از عوامل به طور یکسان از پنج آیتم تشکیل شده‌اند)، (۲) مدل دوم: ساختار عاملی حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی (که در آن کلیه آیتم‌ها در جایگاه مناسب نظری بارگذاری داشته‌اند به جز آیتم دوم آلودگی که حذف شده و آیتم سوم و سواس‌های فکری غیرقابل قبول بر روی عامل مسئولیت بارگذاری بالا داشته است)؛ (۳) مدل سوم: مدل تک عاملی. برای ارزیابی برازش مدل‌ها از شاخص‌های چندگانه آماره  $X^2$ ، شاخص برازش مقایسه (بتنلر، ۱۹۹۰)، شاخص برازش غیرنرمال (بتنلر و بونت، ۱۹۸۰)، ریشه دوم مجذور خطای تقریب (استیگر، ۱۹۹۰)، فاصله اطمینان ریشه دوم مجذور خطای تقریب (هو و بتنلر، ۱۹۹۹) و ریشه میانگین مجذور باقی‌مانده استاندارد (همان، ۱۹۹۸) استفاده شد. در مدل حاضر هر یک از عامل‌ها از ۵ آیتم تشکیل شده‌اند که در آن آیتم‌هایی که به لحاظ نظری متعلق به عامل‌های خاص بوده‌اند، ولی در ساختار عاملی اکتشافی در عامل دیگری حداکثر بارگذاری را داشته‌اند، حذف شدند. در ضمن در مولفه‌هایی هم که در آن‌ها بیش از ۵ آیتم که از لحاظ نظری در

1. stability

2. discriminant index

3. alternative



جایگاه مناسبی، حداکثر بارگذاری را داشته‌اند، مجموعه آیت‌هایی که به لحاظ نظری و آماری بهترین شرایط را دارا بودند، انتخاب شدند. نتایج حاصل از این تحلیل در داده‌های حاصل از گروه رواسازی نشان داد که بیشتر شاخص‌های برازش برای مدل‌های سه‌گانه در دامنه مناسبی قرار دارند. میزان شاخص آماره  $X^2$  برای این مدل‌ها معنادار است که نشان می‌دهد بین ماتریس کوواریانس مدل نظری و ماتریس کواریانس نمونه‌ای تولیدشده توسط داده‌ها تفاوت وجود دارد (هو و بنتلر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲؛ شوماخر و لومکس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). در حالی که یک مدل مناسب باید دارای شاخص  $X^2$  غیرمعنادار باشد (برت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). با این حال این شاخص به عنوان شاخص بدی برازش (کلین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵) یا عدم برازش (مولیک و همکاران، ۱۹۸۹) در نظر گرفته می‌شود. از آنجا که این مقدار و معناداری این شاخص می‌تواند تحت تأثیر برخی از ویژگی‌های موجود در داده‌ها مانند تخطی از مفروضه نرمال چندمتغیری (مک اینتاش<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶)، میزان اشباع مدل (هو و بنتلر، ۱۹۹۲؛ شوماخر و لومکس، ۲۰۰۴)، و حجم نمونه (بنتلر و بونت<sup>۶</sup>، ۱۹۸۰؛ جورسکاک و سوربوم<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳؛ کنی و مک کواچ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳) قرار بگیرد، این شاخص به عنوان شاخصی سنتی در اغلب گزارش‌ها ذکر می‌شود، ولی معناداری آن چندان در نظر گرفته نمی‌شود (هوپر، کاگلان و مولر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۸). این مقادیر برای این سه مدل به ترتیب ۶۵۵/۲۸، ۶۹۱/۴۱ و ۹۴۹/۱۲ به دست آمد. از آنجا که مقدار کمتر از این آماره می‌تواند به عنوان شاخصی از کیفیت برازش مدل‌های مفروض باشد (ویتون<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۷۷)، از این رو می‌توان بیان کرد مدل اول برازش بهتری با داده‌های گروه نمونه نشان می‌دهد. از دلایل احتمالی حاصل شدن این نتیجه مناسبت و ارتباط بیشتر موجود در بین آیت‌های عامل‌ها و افتراق بین عامل‌هاست.

شاخص برازش مقایسه‌ای (بنتلر، ۱۹۹۰) یکی از شاخص‌های برازش افزایشی<sup>۱۱</sup> (هوپر، کاگلان و مولر، ۲۰۰۸)، مقایسه‌ای (میلز و شولین<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷) یا نسبی<sup>۱۳</sup> (مک دونالد و هو<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۲) است. این شاخص مقایسه بین مدل صفر

<sup>1</sup>. Hu, & Bentler

<sup>2</sup>. Schomacher, & Lomax

<sup>3</sup>. Barret

<sup>4</sup>. Klein

<sup>5</sup>. McIntosh

<sup>6</sup>. Bonet

<sup>7</sup>. Joreskog, & Sorbom

<sup>8</sup>. Kenny, & McCoach

<sup>9</sup>. Hooper, Coughlan, & Mullen

<sup>10</sup>. Wheaton

<sup>11</sup>. incremental

<sup>12</sup>. Miles, & Shevlin

<sup>13</sup>. relative

<sup>14</sup>. McDonald

یا مستقل<sup>۱</sup> (که در آن متغیرهای مکنون مستقل از هم و دارای ضرایب همبستگی صفر با هم در نظر گرفته می‌شوند) را با مدل موجود در داده‌های تجربی مقایسه می‌کند. این شاخص را می‌توان شاخصی از برازش دانست که کمترین اثرپذیری را از حجم نمونه دارد (فان و همکاران، ۱۹۹۹). مقدار مورد قبول برای این شاخص بالای ۰/۹۵ (بنتلر، ۱۹۹۰) و در مطالعات اخیر ۰/۹۰ (هو و بنتلر، ۱۹۹۹) در نظر گرفته می‌شود. این شاخص برای مدل یکم ۰/۸۶، مدل دوم ۰/۸۵ و مدل سوم ۰/۶۵ به دست آمده که حاکی از برازش مناسب و سادگی لازم ساختار عاملی مفروض مدل اول است.

شاخص برازش غیرنرمال (بنتلر و بونت، ۱۹۸۰) یکی دیگر از شاخص‌های برازش افزایشی بوده و حساسیت آن به تشخیص برازش مناسب مدل‌ها بیشتر از شاخص برازش مقایسه‌ای است و پیش فرض نرمال بودن چند متغیری را نیز ندارد (بنتلر، ۱۹۹۰؛ کلین، ۲۰۰۵؛ تاباخنیک و فیدل، ۲۰۰۷). بنتلر و هو (۱۹۹۹) مقادیر بیشتر از ۰/۹۵ را برای پذیرش این شاخص معرفی کرده‌اند. این شاخص برای مدل یکم ۰/۸۴، مدل دوم ۰/۸۲ و مدل سوم ۰/۶۳ بدست آمده است که نشان می‌دهد تا با استفاده از شاخص‌های حساس‌تر نیز، مدل اول برای ساختار عاملی آزمون، سادگی و مناسبت لازم را دارد.

ریشه دوم مجذور خطای تقریب (استیگر، ۱۹۹۰) در کنار شاخص آماره  $X^2$  یکی دیگر از شاخص‌های برازش مطلق<sup>۲</sup> است. این شاخص نشان می‌دهد که مدل مفروض تا چه حد با مدل ناشناخته ولی دارای بهینه‌ترین تخمین‌های ممکن برای شاخص‌های موجود در مدل ساختاری داده‌های تجربی مناسبت و برازش دارد (بایرن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). در سال‌های اخیر این شاخص به دلیل حساسیت به تعداد شاخص‌های تخمین زده شده در مدل به یکی از پرمحتواترین<sup>۴</sup> شاخص‌های برازش بدل شده است (دیامانتوپولوس و سیگووا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). آستانه پذیرش این شاخص از ۰/۰۶ (هو و بنتلر، ۱۹۹۹) تا ۰/۱۰ (مک‌کالوم و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۶) گزارش شده است. ولی آنچه امروزه استناد بیشتری به آن می‌گردد، مقدار ۰/۰۸ (استیگر، ۲۰۰۷) است. این شاخص برای سه مدل به ترتیب ۰/۰۹، ۰/۱۰ و ۰/۱۸ به دست آمده است که نشان می‌دهد با توجه به این شاخص نیز ساختار عاملی مدل اول آزمون از بهینه‌ترین مدل ناشناخته و ممکن تفاوت معناداری ندارد.

یکی از پیشرفت‌های اخیر در مورد شاخص ریشه دوم مجذور خطای تقریب دستیابی به شیوه‌ای برای محاسبه فاصله، اطمینان برای این شاخص است (مک‌کالوم و همکاران، ۱۹۹۶). فاصله اطمینان ریشه دوم مجذور خطای تقریب

<sup>۱</sup>. null and independent

<sup>۲</sup>. Absolute fit indices

<sup>۳</sup>. Byren

<sup>۴</sup>. one of the most informative fit indices

<sup>۵</sup>. Diamantopoulos, & Sigauw

<sup>۶</sup>. MacCallum

(هو و بنتلر، ۱۹۹۹) این امکان را فراهم آورده است که با توجه به توزیع این آماره بتوان آزمون آماری مناسبی برای تشخیص مدل ضعیف در نظر گرفت (مک کویتی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). به عبارت دیگر در صورت رد فرض صفر این آزمون (مبنی بر عدم تفاوت مدل مفروض و بهینه‌ترین مدل) می‌توان مدل مفروض را ضعیف ارزیابی کرد، ولی در صورت عدم رد این فرض، مدل مفروض را دارای برازش مناسب دانست. این فاصله برای مدل یکم ۰/۱۰ و ۰/۰۹، مدل دوم ۰/۱۱ و ۰/۰۹ و مدل سوم ۰/۱۹ و ۰/۱۷ به دست آمده است. این فاصله‌ها هر یک از مقادیر مربوط به مدل‌های سه‌گانه را در خود دارند، از این رو می‌توان عدم رد فرض‌های صفر این آزمون را برای آزمون نتیجه گرفته و ساختارهای عاملی مدل اول را به عنوان مناسب‌ترین آن‌ها در نظر گرفت.

ریشه میانگین مجذور باقی‌مانده استاندارد (هو و بنتلر، ۱۹۹۸) به عنوان ریشه دوم ماتریس کوواریانس استاندارد شده تفاوت مدل نظری مفروض با ماتریس داده‌های نمونه قلمداد می‌شود. این شاخص نیز بیانگر مقدار ماتریس باقی‌مانده حاصل از دو مدل مذکور است. به عبارت دیگر میزان عدم ناهمخوانی این دو را نشان می‌دهد. این شاخص مقداری بین ۰ تا ۱ را می‌تواند به خود اختصاص دهد، ولی مقدار آستانه مورد قبول برای آن ۰/۰۵ در نظر گرفته می‌شود (بایرن، ۱۹۹۸؛ دیامانتوپولوس و سیگووا، ۲۰۰۰). با این حال هو و بنتلر (۱۹۹۹) مقادیر تا ۰/۰۸ را نیز برای آن مورد قبول می‌دانند. این شاخص‌ها برای سه مدل به ترتیب ۰/۰۶، ۰/۰۷ و ۰/۱۰ به دست آمده است که گویای ناچیز بودن ماتریس کوواریانس استاندارد باقی‌مانده برای آزمون بر اساس هر سه مدل و در نتیجه مناسبت بالای ساختارهای عاملی مفروض برای آزمون است. چنانکه پیداست، این مقدار برای مدل اول کمتر از دو مدل دیگر است که بیانگر امتیاز این مدل بر دو مدل دیگر است.

بخش دیگری از تحلیل‌های تأییدی که روی داده‌های گروه نمونه رواسازی انجام گرفت، بررسی ویژگی‌های توصیفی و همبستگی هر گویه با نمره کل عامل‌ها و ضرایب همگونی خرده‌مقیاس‌های مدل منتخب (مدل نسخه کوتاه) بود. نتایج نشان داد کلیه عامل‌ها از ضرایب مناسب همگونی برخوردار بوده و دامنه آن‌ها بین ۰/۸۳ (مسئولیت و تقارن) و ۰/۷۴ (آلودگی) است.

بررسی ضرایب همبستگی نمره آیت‌ها با نمره کل عامل مربوطه نیز نشان می‌دهد این ضرایب در اغلب موارد در دامنه مناسبی قرار دارند. از این رو در مجموع می‌توان گفت که آیت‌ها و زیرمقیاس‌ها و در نتیجه کل آزمون از ضرایب همگونی درونی مناسبی برخوردار است. از سوی دیگر الگوی این ضرایب در بسیاری از موارد همانند نتایج حاصل از

<sup>۱</sup>. McQuitty

گروه مدرج‌سازی است. این مسئله نیز نشان می‌دهد که این ویژگی‌ها در گروه‌هایی که معادل در نظر گرفته می‌شوند، تفاوتی را نشان نمی‌دهند. بنابراین می‌توان آن را شاهدی بر اعتبار ساختاری گویه‌ها و عامل‌ها در نظر گرفت.

بررسی روابط بین عامل‌های حاصل در گروه روایی‌یابی نشان داد مقدار ضریب همبستگی در دامنه ۰/۴۴ تا ۰/۵۶ است که بیشترین آن متعلق به رابطه عوامل آلودگی و مسئولیت و کمترین آن متعلق به رابطه دو عامل آلودگی و افکار غیرقابل قبول است. در ضمن هیچ‌یک از این ضرایب معنادار نبودند. این ضرایب پایین نیز نشان‌دهنده استقلال و نبود رابطه بین نمره‌های حاصل از عوامل هستند که این موضوع را می‌توان دلیلی دیگر بر روایی ساختاری و عاملی این ابزار تلقی کرد.

بخش پایانی تحلیل‌های انجام‌گرفته، بررسی روایی‌های ملاکی عامل‌های حاصل از تحلیل‌ها با برخی از متغیرهایی است که در ادبیات پژوهشی وجود یا نبود رابطه این عامل‌ها و شدت روابط نشان داده شده است. برای بررسی روایی ملاکی مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری از دو دسته ابزار استفاده شد؛ دسته اول ابزارهایی که برای ارزیابی وسواس ساخته شده‌اند (سیاهه وسواس- اجباری مادسلی، مقیاس وسواس فکری- عملی یل‌براون، و مقیاس وسواس فکری- عملی) و از آن‌ها برای بررسی روایی ملاکی مقیاس بهره گرفته شد؛ دسته دیگر ابزارهایی که به منظور بررسی روایی همگرا در کنار مقیاس وسواس بی‌اختیاری قرار داده شده است. ابزارهای قرار داده شده برای این منظور عبارتند از سیاهه اضطراب بک، سیاهه افسردگی بک، فهرست نشانگان ۲۵، مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر، مقیاس افسردگی اضطراب استرس و مقیاس ملی سلامت روان دانشجویان (بخش‌های یکم و دوم).

روابط حاصل از عامل‌های آزمون مقیاس وسواس فکری عملی یل‌براون و عامل‌های وسواس مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری نشان داد که عامل وسواس فکری مقیاس یل‌براون با عامل مسئولیت مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری و عامل اجبار با تقارن همبستگی بالایی دارد و قوی‌ترین این روابط هم مربوط به نمره کل مقیاس یل‌براون و تقارن بود.

بخش دوم مقیاس وسواس فکری- عملی ابزاری استاندارد و دارای ویژگی‌های مناسب روان‌سنجی است. نتایج نشان داد که بین عامل شست‌وشو در این مقیاس با آلودگی و تقارن، وسواس فکری با افکار غیرقابل قبول، خنثی‌سازی با افکار غیرقابل قبول و تقارن قوی‌ترین روابط وجود دارد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد عامل واریسی سیاهه وسواس- اجباری مادسلی با مسئولیت، شستن با آلودگی، تردید با افکار غیرقابل قبول و کندی با تقارن همبستگی بالایی دارند. فوآ و همکاران (۱۹۹۸) در پژوهش بین مقیاس OCI و اختلال استرس پس‌آسیبی، فوبی

اجتماعی تعمیم‌یافته همبستگی بالایی را گزارش کردند (محمدی، زمانی و فتی، ۱۳۸۸).

دیکن و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود بین این ابزار و (OCI؛ فوا، کوزک، سالوفسکس، کولس و امیر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸)، نسخه ویرایش یافته آن (OCI-R؛ فوا، ۲۰۰۲)، پرسشنامه پادا<sup>۲</sup> (PI؛ سانویو<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸) و نسخه ویرایش یافته آن (PI-R؛ بورنز، کروتج، فورما و استرنبرگر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶)، پرسشنامه وسواس فکری - عملی ونکور<sup>۵</sup> (VOCI؛ تورداسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴) و برنامه وسواس فکری، عملی و تکانه‌های آسیب‌شناختی<sup>۷</sup> (SCOPI؛ واتسون و وو، ۲۰۰۵)، مقیاس وسواس فکری - عملی یل براون<sup>۸</sup> (YBOCS؛ گودمن، پرایس، رازموسن، مازور و دلگادو<sup>۹</sup>، ۱۹۸۹؛ گودمن، پرایس، روزموسن، مازور و فلشمن<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۹) و نسخه ویرایش اخیر آن به شکل ابعادی (DY-BOCS؛ رازاریو - کامپوس، ۲۰۰۶) همبستگی مناسبی را گزارش کردند.

بخش دوم مقیاس ملی سلامت روان دانشجویان ابزاری استاندارد و دارای ویژگی‌های مناسب روان‌سنجی است که با هدف غربالگری مشکلات روان‌شناختی در دانشجویان تهیه شده است. پورشریفی و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند کلیه عامل‌های این بخش از مقیاس با نمره کلی فهرست نشانگان ۲۵، عامل درماندگی سیاهه سلامت روان، عامل‌های چهارگانه پرسشنامه سلامت عمومی رابطه مستقیم و با عامل بهزیستی روانی سیاهه سلامت روان رابطه عکس دارد. نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که بین عامل عاطفه مثبت با آلودگی، رضایت از زندگی و بهزیستی روانی با افکار غیرقابل قبول رابطه قوی معنی‌داری وجود دارد.

ابزار دیگر استفاده شده در این مطالعه سیاهه سلامت روان است. ساخت سیاهه سلامت روانی از جمله اقدامات انجام گرفته برای پرکردن خلأ نبود ابزار جامع برای سنجش سلامت روان در جمعیت عمومی است. به عبارت دیگر این ابزار به رسم ابزارهای اولیه ساخته شده برای ارزیابی سلامت روان که فقط بر جنبه بیماری‌شناختی و نشانگان متمرکز بوده است؛ به ارزیابی جنبه‌های مثبت سلامت روان نیز توجه دارد (ویت و ویر، ۱۹۸۳). از مشخصات بارز این ابزار می‌توان به سه مشخصه زیر اشاره کرد (من و اشنول<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۱) : ۱) به دلیل توجه همزمان به ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی، ابزار مناسبی برای استفاده در جمعیت‌های غیربیمار است؛ ۲) این سیاهه بر

<sup>1</sup> Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, & Amir

<sup>2</sup> Padua Inventory

<sup>3</sup> Sanavio

<sup>4</sup> Burns, Keortge, Formea, & Sternberger

<sup>5</sup> Vancouver Obsessive Compulsive Inventory

<sup>6</sup> Thordarson

<sup>7</sup> Pathological Impulses

<sup>8</sup> Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

<sup>9</sup> Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado

<sup>10</sup> Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann

<sup>11</sup> Manne, & Schnoll

اساس اطلاعات و مصاحبه‌های انجام‌گرفته با گروه‌های غیربیمار ساخته شده است؛ ۳) نشانه‌های جسمانی و وضعیت عملکرد فرد در این سیاهه بررسی نمی‌شود و ارزیابی سلامت روان در این سیاهه متمرکز بر نشانگان روان‌شناختی است.

پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲) به منظور شناسایی اختلال‌های روانی در مراکز و محیط‌های مختلف تدوین شده است. سؤال‌های پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در چهار هفته (یک ماه) اخیر می‌پردازد، دربرگیرنده نشانه‌هایی مثل افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است. به همین علت سؤال‌ها بر موقعیت «اینجا و اکنون» تأکید دارد. به اذعان بسیاری از پژوهشگران پرسشنامه سلامت عمومی شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری تاکنون در دنیای روان‌پزشکی و علوم رفتاری و روان‌شناسی است که تأثیر شگرفی بر پیشرفت پژوهش‌ها داشته است (هندرسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰). گلدبرگ (۱۹۷۲) در مطالعه اولیه‌اش روایی پرسشنامه سلامت عمومی را بررسی کرد و گزارش داد که شاخص‌های حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی مناسب است. روایی مطلوب این پرسشنامه در بسیاری از پژوهش‌های داخلی (یعقوبی، ۱۳۷۴، ۱۳۸۹؛ یعقوبی، قانیدی، امیدی، کهانی و زفر، ۱۳۸۷؛ هومن، ۱۳۷۶؛ ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۷) و خارجی (ویل‌موت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ هابز و بالینگر<sup>۳</sup>، ۱۹۸۳؛ شک<sup>۴</sup>، ۱۹۸۷؛ گریفتوس، مایرز و تالبوت<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳؛ آدریگ، ریلی، لوین و گورج<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵؛ تایت، هولسا و روبرتسون<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ گیبونز، آروالو و مونیکا<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴ و مولینا، آندراد-روز و گونزلز-پارا<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶) نشان داده شده است. همچنین تحقیقات مختلف حاکی از اعتبار بالای این نسخه در خارج از کشور (برای مثال ویلموت و همکاران، ۲۰۰۴) و در داخل کشور (برای مثال یعقوبی، ۱۳۷۴، ۱۳۸۹؛ هومن، ۱۳۷۶) است. نتایج حاکی از همبستگی بالای بین اضطراب و اضطراب اجتماعی با مسئولیت، و سواس با آلودگی است.

نتایج حاکی از تحلیل نشان داد که بین عوامل اضطراب، افسردگی و استرس DASS با عوامل سواس همبستگی متوسطی برقرار است. دیکن و همکاران (۲۰۱۰) بین این ابزار و مقیاس اضطراب بک و DASS روایی ملاکی مناسبی را گزارش کردند.

<sup>۱</sup>. Henderson

<sup>۲</sup>. Willmott

<sup>۳</sup>. Hobbs, & Ballinger

<sup>۴</sup>. shek

<sup>۵</sup>. Griffiths, Mayers, & Talbot

<sup>۶</sup>. Aderbighe, Riley, Lewin, & Gureje

<sup>۷</sup>. Tait, Hulse, & Robertson

<sup>۸</sup>. Gibbons, Arevalo, & Monica

<sup>۹</sup>. Molina, Andrade-Rose, & Gonzalez-Parra

فهرست نشانگان ۲۵ که نسخه‌ای کوتاه از فهرست نشانگان ۹۰- ویرایش شده است، توسط نجاریان و داودی (۱۳۸۰) تهیه شده است. فرم کوتاه ۲۵ ماده‌ای فهرست نشانگان به دلیل عدم تائید ساختار چندبعدی فهرست نشانگان ۹۰ در پژوهش‌های متعدد (واسند و اسکروندال<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹؛ راتر<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۶؛ بونینج<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳؛ شوارتزوالد<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۱؛ هافمن و اورال<sup>۵</sup>، ۱۹۷۸) و ادعای بسیاری از پژوهشگران به تک‌بعدی بودن آن (سیر<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۸۵) و توصیه به استفاده از آن به عنوان ابزار سنجش ناراحتی عمومی<sup>۷</sup> تهیه شده است. در این راستا نجاریان و داودی (۱۳۸۰) با اجرای نسخه ۹۰ سؤالی در یک نمونه دانشجوی و انجام تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، مؤلفه اول را که دارای ۲۵ سوال بود، به عنوان فرم کوتاه و تک‌بعدی انتخاب کردند. بررسی ضرایب همبستگی فرم کوتاه با مقیاس اضطراب عمومی (نجاریان، عطاری و مکوندی، ۱۳۷۴) و فرم کوتاه افسردگی (بک و بک<sup>۸</sup>، ۱۹۷۲) نشان داد که این ابزار دارای ضرایب همبستگی ۰/۶۹ با اضطراب و ۰/۴۹ با افسردگی است. نتایج این پژوهش نشان داد که بین این مقیاس با مسئولیت و افکار غیرقابل قبول همبستگی مناسبی وجود دارد. مقیاس‌های پریشانی روان‌شناختی کسلر<sup>۹</sup> (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳) ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی به دو صورت ۱۰ سؤالی و ۶ سؤالی تدوین شده و در مطالعات مختلف استفاده شده است. این ابزار اختلال روان‌شناختی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد؛ اما در مجموع سطح اضطراب و علائم افسردگی را که فرد طی چند هفته اخیر تجربه کرده است، مشخص می‌کند. کسلر و همکاران (۲۰۰۳) برای ساختن نسخه‌های ۱۰ و ۶ سؤالی این آزمون ابتدا ۵ هزار آیتم را از منابع مختلف گردآوری و طبقه‌بندی کردند و پس از طبقه‌بندی آن‌ها بر اساس اختلال‌های روانی موجود، تعداد آیتم‌ها را به ۴۵ و سپس به ۳۲ آیتم کاهش دادند. با اجرای اولیه پرسشنامه آن هم به شکل تلفنی و تحلیل‌های آماری توانستند نسخه‌های ۱۰ و ۶ سؤالی را استخراج کنند. مطالعات مختلف (ولدهوزن، کایرنی، کوردیاک و استرینر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۷؛ فوروکاوا، کسلر، اسلید و اندروز<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۳) نشان داده‌اند که پرسشنامه ۱۰ سؤالی اعتبار و روایی مطلوبی دارد. همچنین فوروکاوا و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند برای شناسایی اختلال‌های خلقی و اضطرابی فرم ۱۰

1. Vassend, & Skronidal

2. Rauter

3. Bonyng

4. Schwarzwald

5. Hoffman

6. Cyr

7. general distress

8. Beck, & Beck

9. Kessler Psychological Distress Scale

10. Veldhuizen, Cairney, Kurdyak, & Streiner

11. Furukawa, Kessler, Slade, & Andrews

سؤالی از فرم ۶ سؤالی کارا تر است و هر دو این مقیاس‌ها از سلامت روان ۱۲ سؤالی کارآمدترند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نمره حاصل از این مقیاس با عامل‌های مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری همبستگی ضعیفی دارد. بنا بر آنچه ذکر شد، اکثر قریب به اتفاق عامل‌های نسخه فارسی آزمون وسواس مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی داشته و امکان استفاده از در مجموعه‌های کلینیکی و پژوهشی وجود دارد. شایان ذکر است استفاده بیشتر از این آزمون کفایت‌ها و مشکلات بیشتر این ابزار را مشخص‌تر خواهد کرد.



## محدودیت‌ها و پیشنهادها

۱. یکی از محدودیت‌های اساسی تعمیم نتایج این پژوهش، محدودیت دامنه گردآوری داده‌ها به دانشجویان دانشگاه تهران است. از این رو پیشنهاد می‌شود این ابزار در دانشگاه‌ها و مراکز دیگر این استانداردسازی شود.
۲. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش محدودیت نمونه آماری به قشر دانشجویان است. از این رو توصیه می‌شود آزمون برای اقشار دیگر جامعه از جمله بزرگسالان و جوانان غیر دانشجوی، نوجوانان و کودکان استانداردسازی شود.
۳. در پژوهش حاضر از برخی شیوه‌های ارزیابی روایی و پایایی مانند مصاحبه و مداخله - که ممکن است در بعضی مجموعه‌ها و کاربردهای آزمون اهمیت ویژه‌ای داشته باشند - استفاده نشد؛ بنابراین در استفاده از این ابزار در مواردی غیر از موارد ارزیابی شده، باید احتیاط لازم صورت گیرد.
۴. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم استفاده از جمعیت بالینی به منظور بررسی تفاوت‌ها بود؛ بنابراین استفاده از جمعیت بالینی در پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود.



## منابع

استورا (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن، ترجمه پریخ دادستان. تهران: رشد.

پاشا شریفی، حسن و نسترن؛ شریفی (۱۳۸۳). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: سخن.

پورشریفی، حمید؛ اکبری زردخانه، سعید؛ یعقوبی، حمید؛ پیروی، حمید؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا؛ حمیدپور، حسن، و ناصر صبحی قراملکی (۱۳۸۹ الف). اقدامات و چالش‌های ساخت مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویان. مجموعه مقالات پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان. ۲۲ و ۲۳ خرداد.

پورشریفی، حمید؛ اکبری زردخانه، سعید؛ یعقوبی، حمید؛ پیروی، حمید؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا؛ حمیدپور، حسن، و ناصر صبحی قراملکی (۱۳۸۹ ب). مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویان: مطالعه مقدماتی. مجموعه مقالات سومین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران. ۱۱ و ۱۲ اسفند.

پورشریفی، حمید؛ اکبری زردخانه، سعید؛ یعقوبی، حمید؛ پیروی، حمید؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا؛ حمیدپور، حسن، و ناصر صبحی قراملکی (زیرچاپ). استاندارسازی مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویان. مجله پژوهش‌های کاربردی روان‌شناسی دانشگاه تهران.

تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی، مجله روان‌شناسی، سال پنجم، ش ۴ دادستان، پریخ (۱۳۸۲). روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی، ج اول، چاپ پنجم، انتشارات رشد.

دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). بررسی همبودی اختلالات شخصیت در بیماران وسواسی-جبری و مقایسه آن‌ها با افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.

دیویسون، نیل و کرینگ (۲۹۹۴). آسیب‌شناسی روانی، ترجمه مهدی دهستانی (۱۳۸۴) تهران: نشر ویرایش.

راجزی، سپیده (۱۳۸۷). روایی و اعتباریابی نسخه ترجمه‌شده مقیاس وسواس-بی‌اختیاری یل‌براون. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی. منتشر نشده.

ربیعی، م؛ خرم دلک، ن؛ کلانتری، م و مولوی ح. (۱۳۸۸). ساختار عاملی، پایایی و روایی مقیاس اصلاح شده وسواس فکری - عملی یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن در میان دانشجویان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. ۴ (۱۵)، ۳۴۳-۳۵۰.

رجبی غلام‌رضا (۱۳۸۶). اعتباریابی پرسشنامه میزان اندازه‌گیری وسواس فکری - عملی پادوا بر روی دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران اهواز. اصول بهداشت روانی. ۹ (۳۳-۳۴)، ۴۳-۵۲.

روزنهان، دیویدال؛ سلیگمن، مارتین ای. پی (۱۳۸۴). آسیب‌شناسی روانی، ج اول. ترجمه: یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات ساوالان.

سادوک، بنیامین، سادوک، ویرجینا (۲۰۰۳). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی. ج ۳، تبریز: انتشارات شهر آب. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری.

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس، و الهه حجازی (۱۳۷۶). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگاه. شاهقلیان، مهناز (۱۳۸۶). رابطه آکسی تیمیا با سبک‌های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. سال سیزدهم. ش. ۳، ۲۴۸-۲۳۸.

شریفی درآمدی، پرویز؛ مولوی، حسین، و فاطمه رضوانی (۱۳۸۴). تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت روان مادران کودکان فلج مغزی در شهر اصفهان. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان). ش ۲۶، ص ۶۲-۷۶.

شمس، گ؛ قدیری، ک؛ اسماعیلی، ن؛ ترکانبوری، ی؛ و ابراهیم‌خانی ن (۱۳۸۳). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی - ۴۴. تازه‌های علوم شناختی. ۶ (۲-۱) ۳۶-۲۳.

شمس، گ؛ کاویانی، ح؛ قدیری، ک؛ اسماعیلی، ن؛ ترکانبوری، ی؛ و امین منش، ع. (۱۳۸۹). بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه پادوا (اصلاحی دانشگاه ایالتی واشنگتن (در جمعیت دانشجویان سالم ایرانی). تازه‌های علوم شناختی. ۱۲ (۱)، ۱۶-۱.

صادقی موحد، فریبا (۱۳۸۷). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر وضعیت سلامت روانی دانشجویان، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره هشتم، شماره سوم.

کافی، سید موسی؛ بوالهروی، جعفر، و حمید پیروی (۱۳۷۷). بررسی رابطه پیشرفت تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال سوم. ش ۴، ۶۶-۵۹.

کاویانی، حسین و اشرف‌السادات موسوی (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسیتی جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه تهران. دوره ۶۶، ش ۲، ص ۱۳۶-۱۳۰.

کیامرثی، آذر؛ نجاریان، بهمن، و هنرمند مهرابی‌زاده (۱۳۷۷). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روان شناختی، مجله روان‌شناسی ۷. سال دوم، ش ۳.

گال، مردیت؛ بورگ، والتر؛ گال، جويس (۱۹۹۶). *روئس تحقیق در علوم رفتاری، ترجمه نصر اصفهانی و همکاران* (۱۳۸۳)، تهران، انتشارات سمت.

محمدزاده علی (۱۳۸۸). اعتباریابی نسخه بازنگری شده پرسشنامه رفتار ذخیره‌ای: سنجه احتکار وسواسی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۵ (۱)، ۳۳-۴۱.

محمدی، ابوالفضل؛ زمانی، رضا، و لادن فتی (۱۳۸۷). اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه بازنگری‌شده وسواسی - اجباری در جمعیت دانشجویی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*. ۱۱ (۱-۲)، ۶۶-۷۸.

منصور، محمود (۱۳۷۶). *روان‌شناسی بالینی: آزمایش بالینی و فرایند تشخیص*. تهران: انتشارات بعثت.

نجاریان، بهمن و ایران داودی (۱۳۸۰). *ساخت و اعتباریابی SCL-25 (فرم کوتاه SCL-90-R)*. *مجله روان‌شناسی*، سال پنجم، ش ۱۸.

نجاریان، بهمن؛ عطاری، یوسف علی، و بهنام مکوندی (۱۳۷۴). *ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش اضطراب عمومی*. *مجله علوم انسانی دانشگاه الزهرا*. سال پنجم، پاییز و زمستان، ش ۱۶ و ۱۵، ص ۹۷-۱۱۲.

یعقوبی، حمید (زیرچاپ). *بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر-۱۰ در بین دانشجویان*. *مجله پژوهش‌های کاربردی روان‌شناسی دانشگاه تهران*.

Abramowitz J S. , Timpano K. , Riemann B, Adams T, McGrath P. , Bjo'rgvinsson T. , Hale H (2010) Assessment of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions: Development and Evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale Psychological Assessment © 2010 American Psychological Association. *Journal of Psychological Assessment*. 22 (1) , 180-198

Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *J consult clin psychol*, 65, 44-52.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. , text rev. ). Washington DC: Author.

Amir, N. , Foa, E. B. , & Coles, M. E. (1997). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Journal of Psychological Assessment*, 9, 312-316.

Beck, A. T. , Steer, R. A. , and Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. san Antonio, TX: The psychological corporation

- Burns, G. L. , Formea, G. M. , Keortge, S. , & Sternberger, L. G. (1995). The utilization of nonpatient samples in the study of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (2) , 133-144.
- Cooper, J. (1970). The Leyton Obsessional Inventory. *Journal of Psychological Medicine*, 1, 48–64.
- Deacon, B. J. , & Abramowitz, J. S. (2005). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 573–585.
- Emmelkamp, P. M. G. , Visser , S. , & Hoekstra, R. (1988). Cognitive therapy vs. exposure in treatment of obsessive compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 103-14.
- Foa, E. B. , Kozak, M. J. , Salkovskis, P. , Coles, M. E. , Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive–compulsive disorder scale: the Obsessive–Compulsive Inventory. *Journal of Psychological Assessment*, 10, 206–214.
- Foa, E. B. , Steketee, G. , Grayson, J. B. , Turner, R. M. , Latimer, P. R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive–compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Journal of Behavior Therapy*, 15, 450–472.
- Foster, P. S. , Eisler, R. M. (2001). An integrative approach to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *comprehensive psychiatry*,42,24-31.
- Franklin, M. E. , Foa, E. B. (2002). Cognitive behavior treatments for obsessive compulsive disorder
- Furukawa, T. A. , Kessler, R. C. , Slade, T. , & Andrews, G. (2003). The performance of the K-6 and K-10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well- Being. *Psychological Medicine*, 23: 357-362.
- Ghassemzadeh, H. , Mojtabai, R. , Karamghadiri, N. , & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety*, 21 (4) , 185-192.
- Goodman, W. K. , Price, L. H. , & Rasmussen, S. A. (1989 a). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS) ,Part I: Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W. K. , Price, L. H. , & Rasmussen, S. A. (1989 b). The Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS) ,Part II: Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46,1012-1016.

- Goodman, W. K. , Price, L. H. (1991). Fluvoxamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Washington, DC: American psychiatric press, 45, 45-59.
- Greist, J. H. , & Jefferson, J. W. (1995). Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in Obsessive-compulsive disorder. *Archives of General psychiatry*, 52, 53-60.
- Guadagnoli, E. , & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103, 265–275.
- Hawton, K. , Salkouskis, P. M. , Kirk, J. , Clark, D. M. (1989). Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems A practical guide
- Hodgson, R. J. , Rachman, S. (1977). Obsessional–compulsive complaints. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 15, 389–395.
- Hollander, E. , & De caria, C. M. ( 1992 ). Serotonergic function in Obsessive-compulsive disorder. *Archives of General psychiatry*, 49, 21-32.
- Julien, D. , O'Connor, K. P. , Aardema, F. , & Todorov. (2006). The specificity of belief domains in obsessive compulsive symptom subtypes. *Journal of Personality and Individual Differences*, 41, 1205-1216.
- Kessler, R. C. , Barker, P. R. , Cplpe, L. J. , Epstein, J. F. , Gfroerer, J. C. , Hiripi, E. , Howes, M. J. , Normand, S-L. T. , Manderscheid, R. W. , Walters, E. E. & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General psychiatry*. 60 (2) , 184-189.
- Kim, S. W. , Dysken, M. W. , Pheley, A. M. , & Hoover, K. M. (1994). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Measures of internal consistency. *Journal of Psychiatry Research*, 51, 203–211.
- Lopatka, C. , & Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental being a perfectionist. *Personality and Individual Differences*, 26, 549-562.
- Marazzity , D. , & Hollander, E. (1992). Peripheral markers of serotonin and dopamine function in Obsessive-compulsive disorder. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 83, 142-149.
- Marks, I. M. , Hodgson, R. J. , Rachman, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis in vivo exposure: A 2 year follow-up and issues in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364.
- Mataix-Cols, D. , Rosario-Campos, M. C. , & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 228–238.
- McKay, D. , Abramowitz, J. S. , Calamari, J. E. , Kyrios, M. , Radomsky, A. S. , Sookman, D. , Taylor, S. , & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder



- subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Journal of Clinical Psychology Review*, 24, 283–313.
- McKay, D. , Neziroglu, F. , Stevens, K. , & Yaryura-Tobias, J. A. (1998). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Confirmatory factor analytic findings. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 265–274.
- Meyer, V. , Levy, R. , & Schnurer, A. (1974). A behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders. In H. R. Beech (Ed. ) , *Obsessional states*. London: Methuen.
- Muris, P. , Merckelbach, H. , & Clavan, M. (1997). Abnormal and normal compulsions. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 45, 249–252.
- Nutt, D. J. (2005). Overview of diagnosis and drug treatments of anxiety disorders *Cns spectrums*, 10, 49-56.
- Pinard, G. (2006). The pharmacologic and psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Canadian journal of psychiatry*, 51, 405-406.
- Rabavilas, A. D. , Boulougouris, J. C. , & Stefanis, C. (1976). Duresion of flooding sessions in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behavior Research and Therapy*, 14, 349-355.
- Rachman, S. , & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 16, 233–248.
- Rachman, S. , Elliott, C. , Shafran, R. , & Radomsky, A. (2009). Separating hoarding from OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 520–522.
- Rachman, S. , Hodgson, R. J. , Marks, I. M. (1971). The Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis.. *Behavior Research and Therapy*, 9, 237- 247.
- Rachman, S. J. , Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs. NJ: prentice. Hall.
- Rapoprt, J. L. (1991). Recent advances in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*. 5, 1.
- Salkouskis, P. M. , Forrester, E. , & Richards, C. (1998). Cognitive behaviour approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173, 53-63.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 26, 169–177.
- Steketee, G. , & Frost, R. (1994). Measurement of risktaking obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 793-802.
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. London: Guilford Press.

- Storch, E. A. , Lisa, j. , Merlo, L. J. (2006). Obsessive-compulsive disorder: strategies for using cbt and pharmacotherapy. Department of pediatrics and psychiatry university of florida, Gainesville, 55, 329-333.
- Thurstone, L. L. (1947). *Multiple factor analysis*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Thurstone, L. L. (1947). *Multiple factor analysis*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Van Balkom, A. J. L. M. , Van open, p. , Vermeulen, A. W. A, Van Dyck, R. , Nauta, M. C. E. , Vorst, H. C. M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clin psychol Rev* 14, 359-381.
- Van der Does, A. W. , Dingemans, P. M. A. J. , Linszen, D. H. , Dingemans, P. M. , Nugter, M. A. , & Scholte, W. F. (1993). A dimensional and categorical approach to the symptomatology of recent-onset schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181 , 744–749.
- Watson, D. , & Wu, K. D. (2005). Development and validation of the Schedule of Compulsions, Obsessions, and Pathological Impulses (SCOPI). *Journal of Assessment*, 12, 50–65.
- Wilhelm, S. , Tolin, D. F. , Steketee, G. (2004). Challenges in treating obsessive compulsive disorder: *JCLP/In session*, 60, 1127-1132.

پیوست یکم:

مقیاس ابعاد علائم و سواس بی اختیاری

## مقیاس ابعادی OCD

پرسشنامه حاضر چهار دسته از مشغله‌های ذهنی را ارائه می‌کند که ممکن است شما آن‌ها را تجربه کرده و یا نکرده باشید. در ادامه برای ایجاد فهم مشترک، توصیفی نسبتاً دقیق از افکار و یا رفتارهای پیامد مربوط به این مشغله‌ها ارائه شده است. پس از اتمام توصیف هر دسته، ۵ سؤال در مورد تجارب شما در مورد این افکار و رفتارها پرسیده شده است. لطفاً هر طبقه را به‌دقت مطالعه کنید و با توجه به تجارب خود در یک ماه گذشته به سؤالات مطرح‌شده در هر طبقه پاسخ دهید.

### طبقه ۱. نگرانی در مورد میکروب و آلودگی

مثال‌ها ...

- فکر یا احساس آلودگی در اثر تماس یا مجاورت با شیء یا فردی خاص.
- احساس آلودگی به علت حضور در مکانی خاص (مانند حمام).
- فکر کردن به میکروب، بیماری و امکان گسترش آن.
- شستن دست‌ها به علت نگرانی در مورد آلودگی، استفاده از ژل بهداشتی، دوش گرفتن، عوض کردن لباس‌ها و تمیز کردن اشیا.
- انجام کارها به شیوه‌ای خاص برای جلوگیری از آلوده شدن (برای مثال؛ در حمام، هنگام لباس پوشیدن).
- اجتناب از مردم، اشیا و مکان‌های خاصی به منظور جلوگیری از آلوده شدن.

سؤالات زیر در مورد تجارب شما در مورد رفتارها و افکار مرتبط با آلودگی در طول ماه گذشته است. توجه داشته باشید که ممکن است تجارب شما متفاوت با مثال‌های عنوان‌شده باشند. لطفاً دور شماره مورد نظر دایره بکشید:

۱. حدوداً هر روز چقدر از وقت خود را صرف افکار رفع آلودگی و رفتارهای شست‌وشو و پاکیزگی مرتبط با آلودگی می‌کنید؟  
(۰) به هیچ‌وجه (۱) کمتر از یک ساعت (۲) بین ۱ تا ۳ ساعت (۳) بین ۳ تا ۸ ساعت (۴) ۸ ساعت یا بیشتر
۲. چقدر از موقعیت‌هایی که ذهنتان درگیر رفع آلودگی یا صرف زمان در مورد شست‌وشو، پاکیزگی و دوش گرفتن است، اجتناب می‌ورزید؟  
(۰) به هیچ‌وجه (۱) بسیار کم (۲) متوسط (۳) زیاد (۴) بسیار زیاد
۳. اگر افکاری در مورد آلودگی داشته باشید، اما نتوانید بشوید، تمیز کنید و یا دوش بگیرید (یا به هر نحوی نتوانید آلودگی را از بین ببرید)، تا چه حد احساس اضطراب و آشفتگی می‌کنید؟  
(۰) به هیچ‌وجه (۱) کم (۲) متوسط (۳) شدید (۴) بسیار شدید
۴. مشغله‌های آلودگی و شست‌وشو، دوش گرفتن، پاکیزه کردن و رفتارهای اجتنابی تا چه حد در برنامه‌های روزانه شما (کار، تحصیل، خودمراقبتی، زندگی اجتماعی) اختلال ایجاد می‌کنند؟  
(۰) به هیچ‌وجه (۱) بسیار کم، اما اغلب کارکرد خوبی دارم.  
(۲) عوامل زیادی موجب اختلال می‌شوند، اما هنوز هم قادر به برنامه‌ریزی هستم.  
(۳) زندگی‌ام با عوامل زیادی مختل شده و در برنامه‌ریزی برای زندگی‌ام دچار مشکل شده‌ام.  
(۴) زندگی‌ام کاملاً مختل شده است و نمی‌توانم کارکرد خوبی داشته باشم.
۵. عدم توجه به افکار آلودگی و منع از رفتارهایی مثل شست‌وشو، دوش گرفتن، پاکیزگی و دیگر روش‌های رفع آلودگی تا چه حد برای شما سخت است؟  
(۰) بدون دشواری (۱) بسیار کم (۲) متوسط (۳) زیاد (۴) بسیار زیاد

## طبقه ۲: مشغله ذهنی با مسئولیت وارد شدن آسیب، صدمه، ضرر و زیان و یا بدشانسی

مثال‌ها ...

- شک در مورد اینکه ممکن است اشتباهی مرتکب شوید که به وقوع رخدادی بد و یا وارد شدن آسیب و صدمه بینجامد.
  - وجود افکاری در مورد وقوع تصادف شدید، فاجعه و وارد شدن جراحت یا دیگر حوادث بد که شما قادر به جلوگیری از آن نباشید.
  - افکاری در مورد اینکه با انجام کاری به روش خاص مانند شمارش اعداد خاص یا اجتناب از کلمات و اعداد نحس، مانع از حوادث بد و یا بدشانسی می‌شوید.
  - بررسی چندین باره و بیش از حد معمول قفل‌ها، کلیدها، کیف پول، و غیره.
  - پرسش یا بررسی چندین باره برای اطمینان در مورد عدم رخداد حادثه بد.
  - تکرار ذهنی حوادث گذشته برای اطمینان از اینکه کار اشتباهی انجام نداده‌اید.
  - نیاز به انجام کارهای خاص، برای اینکه از آسیب یا فاجعه جلوگیری خواهد کرد.
  - نیاز به شمردن اعدادی خاص، یا اجتناب از شماره‌های بد، به علت ترس از ایجاد آسیب و صدمه.
- سوالات زیر در زمینه تجارب شما در مورد رفتارها و افکار مرتبط با آسیب و فاجعه در طول ماه گذشته است. توجه داشته باشید که ممکن است تجارب شما متفاوت با مثال‌های عنوان‌شده باشند. لطفاً دور شماره مورد نظر دایره بکشید.

۱. به طور متوسط روزانه چند ساعت در مورد امکان وقوع آسیب یا فاجعه و چک کردن یا تلاش برای کسب اطمینان در مورد عدم رخداد این حوادث صرف می‌کنید؟

- (۰) به هیچ‌وجه (۱) کمتر از یک ساعت (۲) بین ۱ تا ۳ ساعت (۳) بین ۳ تا ۸ ساعت (۴) ۸ ساعت یا بیشتر

۲. تا چه میزان از موقعیت‌هایی که در آن‌ها مجبور به واریسی امکان وقوع آسیب یا نگرانی باشید، اجتناب می‌کنید؟

- (۰) به هیچ‌وجه (۱) بسیار کم (۲) متوسط (۳) زیاد (۴) بسیار زیاد

۳. زمانی که به آسیب و فاجعه‌ای احتمالی فکر می‌کنید و یا زمانی که نمی‌توانید چیزی را دوباره بررسی و در مورد آن اطمینان حاصل کنید، چه میزان از اضطراب و استرس را تجربه می‌کنید؟

- (۰) به هیچ‌وجه (۱) کم (۲) متوسط (۳) شدید (۴) بسیار شدید

۴. تا چه حدی مشغله‌های مربوط به آسیب‌ها یا فاجعه‌های احتمالی و بررسی و اطمینان‌طلبی زیاد، در برنامه‌های روزانه شما (کار، تحصیل، خود-مراقبتی، زندگی اجتماعی) اختلال وارد می‌کنند؟

(۰) به هیچ‌وجه

(۱) بسیار کم، اما اغلب کارکرد خوبی دارم.

(۲) عوامل زیادی موجب بروز اختلال می‌شوند، اما هنوز هم قادر به برنامه‌ریزی هستم.

(۳) زندگی من با عوامل زیادی مختل شده و در برنامه‌ریزی برای زندگی‌ام دچار مشکل شده‌ام.

(۴) زندگی‌ام کاملاً مختل شده است و نمی‌توانم کارکرد خوبی داشته باشم.

۵. عدم توجه به افکار آسیب یا فاجعه ممکن و جلوگیری از بررسی و اطمینان‌جویی تا چه حد برای شما سخت است؟

- (۰) بدون دشواری (۱) بسیار کم (۲) متوسط (۳) زیاد (۴) بسیار زیاد

### طبقه ۳: افکار غیر قابل قبول

مثال‌ها ...

- افکار غیر قابل قبول در مورد مسائل جنسی، غیر اخلاقی و خشونت که علی‌رغم خواست شما به ذهنتان می‌آید.
- افکاری در مورد انجام دادن کارهای بسیار بد، نادرست و خجالت‌آور که خواهان انجام آن‌ها نیستید.
- تکرار یک عمل و یا پیروی از روشی خاص به علت وجود افکار بد.
- انجام ذهنی یک عمل یا دعا کردن برای رهایی از افکار ناخواسته و ناخوشایند.
- اجتناب از اشخاص، مکان‌ها، موقعیت‌ها و یا دیگر محرک‌های این افکار ناخوشایند.

سوالات زیر در زمینه تجارب شما در مورد افکار ناخواسته‌ای است که در طول ماه گذشته به ذهنتان خطور کرده و شما رفتارهایی برای مقابله با این افکار به کار برده‌اید. البته توجه داشته باشید که ممکن است تجارب شما متفاوت با مثال‌های عنوان شده باشد. لطفاً دور شماره مورد نظر دایره بکشید.

۱. به طور متوسط روزانه چند ساعت برای مقابله با افکار ناخوشایند ناخواسته و رفتارها یا اعمال ذهنی همراه این افکار صرف می‌کنید؟

(۰ به هیچ‌وجه (۱ کمتر از یک ساعت (۲ بین ۱ تا ۳ ساعت (۳ بین ۳ تا ۸ ساعت (۴ ۸ ساعت یا بیشتر

۲. تا چه حد از موقعیت‌ها، اشیا و دیگر محرک‌هایی (مثل شماره‌ها و اشخاص) که مسبب افکار ناخواسته و ناخوشایند هستند، اجتناب می‌کنید؟

(۰ به هیچ‌وجه (۱ بسیار کم (۲ متوسط (۳ زیاد (۴ بسیار زیاد

۳. زمانی که افکار ناخواسته و ناخوشایند به ذهنتان خطور می‌کند، چه میزان از اضطراب و آشفتگی را تجربه می‌کنید؟

(۰ به هیچ‌وجه (۱ کم (۲ متوسط (۳ شدید (۴ بسیار شدید

۴. تا چه حد افکار ناخوشایند و ناخواسته یا تلاش برای اجتناب و مقابله با این افکار، در برنامه‌های روزانه شما (کار، تحصیل، خود مراقبتی، زندگی اجتماعی) اختلال وارد می‌کنند؟

(۰ به هیچ‌وجه

(۱ بسیار کم، اما اغلب کارکرد خوبی دارم.

(۲ عوامل زیادی موجب اختلال می‌شوند، اما هنوز هم قادر به برنامه‌ریزی هستم.

(۳ زندگی‌ام با عوامل زیادی مختل شده و در برنامه‌ریزی برای زندگی‌ام دچار مشکل شده‌ام.

(۴ زندگی‌ام کاملاً مختل شده است و نمی‌توانم کارکرد خوبی داشته باشم.

۵. عدم توجه به افکار ناخواسته و ناخوشایند و منع رفتارها و اعمال ذهنی مقابله با این افکار، تا چه حد برای شما سخت است؟

(۰ بدون دشواری (۱ بسیار کم (۲ متوسط (۳ زیاد (۴ بسیار زیاد

#### طبقه ۴: مشغله ذهنی در مورد تقارن، کمال‌گرایی و درست و دقیق بودن همه چیز

مثال‌ها ...

- نیاز برای تقارن، همانندی، تعادل و دقت.
- احساس اینکه چیزی درست نیست.
- تکرار رفتارهای کلیشه‌ای خاص برای اینکه احساس کنید، کار درست و دقیق انجام می‌گیرد.
- شمارش چیزهای بی‌معنی (برای مثال شمارش کاشی‌های کف راهرو، کلمات در جملات)
- ایجاد نظم غیرضروری در چیدن چیزها.
- اجبار به گفتن چندین و چند باره چیزی با روشی یکسان تا احساس شود که مطلب درست ادا شده است.

سوالات زیر در زمینه تجارب شما در مورد احساس اینکه چیزی درست نیست و رفتارهایی برای دستیابی به این نظم، دقت، تقارن و تعادل است که در طول ماه گذشته به ذهن‌خطور کرده است. البته توجه داشته باشید که ممکن است تجارب شما متفاوت از مثال‌های عنوان‌شده باشند. لطفاً دور شماره مورد نظر دایره بکشید.

۱. به طور متوسط روزانه چند ساعت در مورد افکار ناخواسته در مورد تقارن، نظم، تعادل و رفتارهایی برای دستیابی به تقارن، نظم، تعادل صرف می‌کنید؟

۰ به هیچ‌وجه (۱) کمتر از یک ساعت (۲) بین ۱ تا ۳ ساعت (۳) بین ۳ تا ۸ ساعت (۴) ۸ ساعت یا بیشتر

۲. تا چه حد از موقعیت‌ها، اشیا و دیگر محرک‌های مرتبط با احساس اینکه چیزی متقارن یا صحیح نیست، اجتناب می‌کنید؟

۵) به هیچ‌وجه (۰) بسیار کم (۱) متوسط (۲) زیاد (۳) بسیار زیاد

۳. زمانی که احساس می‌کنید چیزی صحیح و متقارن نیست، چه میزانی از اضطراب و آشفتگی را تجربه می‌کنید؟

۰) به هیچ‌وجه (۱) کم (۲) متوسط (۳) شدید (۴) بسیار شدید

۴. احساس در مورد اینکه چیزی صحیح و متقارن نیست و سعی بر فراهم آوردن این دقت و تقارن، تا چه حدی در برنامه‌های روزانه شما (کار، تحصیل، خودمراقبتی، زندگی اجتماعی) اختلال وارد می‌کند؟

۰) به هیچ‌وجه

۱) بسیار کم، اما اغلب کارکرد خوبی دارم.

۲) عوامل زیادی موجب اختلال می‌شوند، اما هنوز هم قادر به برنامه‌ریزی هستم.

۳) زندگی‌ام با عوامل زیادی مختل شده و در برنامه‌ریزی برای زندگی‌ام دچار مشکل شده‌ام.

۴) زندگی‌ام کاملاً مختل شده است و نمی‌توانم کارکرد خوبی داشته باشم.

۵. عدم توجه به افکار ناخواسته و ناخوشایند و منع رفتارها و اعمال ذهنی مقابله با این افکار، تا چه حد برای شما سخت است؟

۰) بدون دشواری (۱) بسیار کم (۲) متوسط (۳) زیاد (۴) بسیار زیاد

پیوست سوم:

شیوه نمره گذاری و ترسیم نیمرخ

مقیاس ابعاد علائم و سواس بی اختیاری



## پاسخ نامه مقیاس DOCS

نام: ..... نام خانوادگی: ..... جنس: .....  
 وضع تأهل: ..... سن: ..... تحصیلات: .....  
 تاریخ: .....

سوال	پاسخ انتخاب شده					سوال	پاسخ انتخاب شده					سوال	پاسخ انتخاب شده				
	۴	۳	۲	۱	۰		۴	۳	۲	۱	۰		۴	۳	۲	۱	۰
۱						<b>طبقه ۳: افکار غیر قابل قبول</b>	۱					<b>طبقه ۱: نگرانی در مورد میکروب و آلودگی</b>	۱				
۲					۲						۲						
۳					۳						۳						
۴					۴						۴						
۵					۵						۵						
۱					<b>طبقه ۴: مشغله ذهنی در مورد تقارن</b>	۱					<b>طبقه ۲: مشغله ذهنی با مسؤلیت</b>	۱					
۲						۲						۲					
۳						۳						۳					
۴						۴						۴					
۵						۵						۵					

**نمره گذاری:** مقیاس ابعادی وسواس بی‌اختیاری برای شدت علائم وسواسی ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۰ آیتم و چهار خرده‌مقیاس است. نمره مربوط به هر یک از خرده‌مقیاس‌ها حاصل جمع نمرات تک تک آیتم‌های مربوط به طبقه‌های چهارگانه است. نمره کل ابزار نیز حاصل جمع نمرات چهارگانه مربوط به طبقات است. **نمره بالا** در هر یک از خرده‌مقیاس (طبقه) ها به معنای این است که فرد از شدت بیشتری از علائم وسواس بی‌اختیاری مربوط به آن طبقه در رنج است. علاقه‌مندان برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانند به منابع زیر مراجعه کنند.

خدایاری فرد، محمد؛ اکبری زردخانه، سعید و زینالی، شیرین (زیرچاپ). مقیاس ابعادی علائم وسواس بی‌اختیاری (DOCS): انطباق‌سازی نسخه فارسی. **مجله روان‌شناسی**، سال دوم، شماره ۲.

خدایاری فرد، محمد؛ اکبری زردخانه، سعید و زینالی، شیرین (۱۳۹۲). **مقیاس ابعادی علائم وسواس بی-**

**اختیاری (DOCS): دستورالعمل اجرا و نمره‌گذاری.** دانشگاه تهران: مؤسسه روان‌شناسی و علوم تربیتی.

بسمه تعالی

نام و نام خانوادگی: ..... سن: ..... جنسیت: .....  
 وضعیت تأهل: ..... ورودی: ..... رشته تحصیلی: .....  
 مقطع تحصیلی: ..... محل سکونت: ..... تاریخ مراجعه: .....

					نمره T
					۱۰۰
					۹۰
					۸۰
					۷۰
					۶۰
					۵۰
					۴۰
					۳۰
					۲۰
					۱۰
					نمره T
					نمره خام
آلودگی	وارد شدن صدمه	افکار غیر قابل قبول	تقارن و کمال گرایی	وسواس (کلی)	

نیمرخ ارزیابی وسواس بر اساس مقیاس ابعادی علائم وسواس بی‌اختیاری<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> نسخه فارسی این ابزار توسط محمد خدایاری فرد؛ سعید اکبری زردخانه و شیرین زینالی (۱۳۹۲) برای جمعیت دانشجویی کشور انطباق‌سازی شده است.

پیوست سوم:  
جداول هنجاری  
مقیاس ابعاد علائم و سواس بی اختیاری

خرده مقیاس نگرانی در مورد میکروب و آلودگی

نمره استاندارد T		نمره خام
دانشجویان پسر	دانشجویان دختر	
۳۳	۳۰	۰
۳۶	۳۳	۱
۳۹	۳۶	۲
۴۱	۳۹	۳
۴۴	۴۲	۴
۴۷	۴۵	۵
۵۰	۴۸	۶
۵۲	۵۱	۷
۵۵	۵۴	۸
۵۸	۵۷	۹
۶۱	۶۰	۱۰
۶۴	۶۳	۱۱
۶۶	۶۶	۱۲
۶۹	۶۹	۱۳
۷۲	۷۲	۱۴
۷۵	۷۵	۱۵
۷۷	۷۸	۱۶
۸۰	۸۱	۱۷
۸۳	۸۷	۱۸
۸۶	۹۳	۱۹
۸۹	۱۰۰	۲۰

خرده مقیاس مشغله ذهنی با مسئولیت یا وارد شدن آسیب، صدمه، ضرر و زیان و یا بدشانسی

نمره استاندارد T		نمره خام
دانشجویان پسر	دانشجویان دختر	
۳۲	۳۳	۰
۳۴	۳۵	۱
۳۷	۳۸	۲
۴۰	۴۱	۳
۴۳	۴۴	۴
۴۶	۴۷	۵
۴۹	۴۹	۶
۵۲	۵۲	۷
۵۵	۵۵	۸
۵۸	۵۸	۹
۶۰	۶۱	۱۰
۶۳	۶۴	۱۱
۶۶	۶۶	۱۲
۶۹	۶۹	۱۳
۷۲	۷۲	۱۴
۷۵	۷۵	۱۵
۷۸	۷۸	۱۶
۸۲	۸۱	۱۷
۸۷	۸۳	۱۸
۹۴	۹۵	۱۹
۱۰۰	۱۰۰	۲۰

خرده مقیاس افکار غیرقابل قبول

نمره استاندارد T		نمره خام
دانشجویان پسر	دانشجویان دختر	
۲۹	۳۱	۰
۳۲	۳۴	۱
۳۵	۳۶	۲
۳۸	۳۹	۳
۴۱	۴۱	۴
۴۴	۴۴	۵
۴۷	۴۷	۶
۴۹	۴۹	۷
۵۲	۵۲	۸
۵۵	۵۵	۹
۵۸	۵۷	۱۰
۶۱	۶۰	۱۱
۶۴	۶۳	۱۲
۶۷	۶۵	۱۳
۷۰	۶۸	۱۴
۷۲	۷۱	۱۵
۷۵	۷۳	۱۶
۸۴	۸۰	۱۷
۸۶	۸۷	۱۸
۹۴	۹۴	۱۹
۱۰۰	۱۰۰	۲۰

خرده مقیاس مشغله ذهنی در مورد تقارن، کمال گرایی و درست و دقیق بودن همه چیز

نمره استاندارد T		نمره خام
دانشجویان پسر	دانشجویان دختر	
۳۴	۳۶	۰
۳۷	۳۸	۱
۴۰	۴۱	۲
۴۲	۴۴	۳
۴۵	۴۷	۴
۴۸	۴۹	۵
۵۱	۵۲	۶
۵۴	۵۵	۷
۵۷	۵۶	۸
۵۹	۶۰	۹
۶۲	۶۳	۱۰
۶۵	۶۶	۱۱
۶۸	۶۹	۱۲
۷۱	۷۱	۱۳
۷۳	۷۴	۱۴
۷۶	۷۷	۱۵
۷۹	۷۹	۱۶
۸۲	۸۳	۱۷
۸۸	۸۷	۱۸
۹۴	۹۴	۱۹
۱۰۰	۱۰۰	۲۰

نمره کل مقیاس ابعادی و سواس بی اختیاری

نمره استاندارد T		نمره خام	نمره استاندارد T		نمره خام
دانشجویان پسر	دانشجویان دختر		دانشجویان پسر	دانشجویان دختر	
۵۴	۵۴	۳۰	۲۷	۲۷	۰
۵۵	۵۵	۳۱	۲۸	۲۸	۱
۵۶	۵۶	۳۲	۲۹	۲۹	۲
۵۷	۵۷	۳۳	۳۰	۳۰	۳
۵۸	۵۸	۳۴	۳۱	۳۱	۴
۵۹	۵۹	۳۵	۳۲	۳۲	۵
۵۹	۵۹	۳۶	۳۳	۳۳	۶
۶۰	۶۰	۳۷	۳۴	۳۴	۷
۶۱	۶۱	۳۸	۳۴	۳۵	۸
۶۲	۶۲	۳۹	۳۵	۳۶	۹
۶۳	۶۳	۴۰	۳۶	۳۶	۱۰
۶۴	۶۴	۴۱	۳۷	۳۷	۱۱
۶۵	۶۵	۴۲	۳۸	۳۸	۱۲
۶۶	۶۶	۴۳	۳۹	۳۹	۱۳
۶۷	۶۷	۴۴	۴۰	۴۰	۱۴
۶۸	۶۸	۴۵	۴۱	۴۱	۱۵
۶۸	۶۸	۴۶	۴۲	۴۲	۱۶
۶۹	۶۹	۴۷	۴۳	۴۳	۱۷
۷۰	۷۰	۴۸	۴۳	۴۴	۱۸
۷۱	۷۱	۴۹	۴۴	۴۴	۱۹
۷۲	۷۲	۵۰	۴۵	۴۵	۲۰
۷۳	۷۳	۵۱	۴۶	۴۶	۲۱
۷۴	۷۴	۵۲	۴۷	۴۷	۲۲
۷۴	۷۵	۵۳	۴۸	۴۸	۲۳
۷۵	۷۶	۵۴	۴۹	۴۹	۲۴
۷۶	۷۷	۵۵	۵۰	۵۰	۲۵
۷۷	۷۸	۵۶	۵۱	۵۱	۲۶
	۷۸	۵۷	۵۱	۵۲	۲۷
	۷۹	۵۸	۵۲	۵۲	۲۸
	۸۰	۵۹	۵۳	۵۳	۲۹



## Dimensional Obsessive- Compulsive Scale: Adaptation of Farsi version (DOCS- F) <sup>1</sup>

### Abstract

The **purpose** of present study was to investigate the psychometric properties of Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS) among Iranian university students. In regard to data collection, **method** of the study was descriptive-instrument production one. University students selected through clustering sampling from different schools of University of Tehran, completed DOCS and one of the nine accompanied instruments as follows: Depression Anxiety and Stress Scale (Loviband & Loviband, 1995; DASS) , Kessler Psychological Distress Scale (Kessler, 1996; K- 10) , Symptom Checklist- 25 (Najarian & Davoodi, 1380; SCL- 25) , Beck Depression Inventory (Beck, 1961; BDI) , Beck Anxiety Inventory (Beck et al, 1998; BAI) , Obsessive- Compulsive Inventory- revised (Foa et al, 1998; OCI- R) , Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Goodman et al, 1989; Y-BOCS) , Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (Hogsen, & Rachman, 1977; MOCI) , and Iranian Mental Health Scale (Poursahrifi et al, 1391; IMHS). The **results** of Item analysis, internal consistency, test-retest reliability coefficient and exploratory factor analysis demonstrated that the items and factors were satisfactory. Confirmatory factor analysis, also, confirmed the model with four factors, albeit with a little change in it. Therefore, it can be **conclude** that DOCS had a proper validity and reliability to measure OCD symptoms among Iranian youth and it can be employed as an instrument in related research.

**Key words:** Dimensional Obsessive Compulsive Scale (DOCS) ,Test Adaptation, Item analysis, Psychometric properties, Factor Analysis, Student.

---

<sup>1</sup>. The authors would like to acknowledge the financial support of university of Tehran for this research under grant number 5101014/1/08.



**University of Tehran**  
**Psychology and Educational Science**

**Research report:**

**The Standardization of Dimensional Obsessive- Compulsive  
Scale (DOCS- F) among Iranian students**

**Principal Investigator:**

**Mohamad Khodayarifard , Ph. D.**

Professore, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran

**Co- Investigators:**

**Saeed Akbari Zardkhaneh, Ph. D student;**

Faculty of Psychology and Education, Allamatabatabaii University, Tehran

**Shirin Zeinali Mamaghani, Ph. D student**

Faculty of Psychology and Education, Tabriz University, Tabriz

**2013**