

## Research Article

# The analysis of psychometric properties of the Vancouver Obsessional Compulsive Inventory, Persian form (VOCI)

H. Imandoust<sup>1\*</sup>, A. Isazadegan<sup>2</sup> & E. Soleimani<sup>3</sup>

1. Phd. studen of psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia university, Urmia, Iran, Email: halehimandoost@gmail.com
2. Professor of psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia university, Urmia, Iran.
3. Associate professor of psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia university, Urmia, Iran.

## Abstract

**Aim:** The purpose of this study was to investigate the psychometric properties of the VOCI in northwest of Iran With the participation of a broader non-clinical sample and Compare the results with Abedi, Izadi and Moien's(2012) study. **Method:** The method was a descriptive-correlation and statistical population consisted of all adults with no psychiatric disorder residing in the East and West Azerbaijan province (N=3437411) which 200 people were selected through cluster sampling and 40 patients with OCD selected through purposeful sampling. VOCI and Abdel-Khalek death obsession scale (DOS) used for collecting data. Data analysis was performed using SPSS-24 software **Results:** results showed the same extraction and validation in the present sample. Significant correlation coefficients with DOS ( $p=0.0001$ ,  $r =0.56$ ) showed Criterion validity. Cornbrash's alpha coefficient of validity (0/946 non- obsessional group, 0.938 obsessional group, & 0.952 the whole score) showed favorable internal consistency. In addition, the results of the two-tailed independent t-test showed a statistically significant difference between mean scores of the present sample (In both clinical and nonclinical samples) with the mean of normative sample ( $p<0.05$ ,  $df= 278$ ,  $T= 2.23$  non clinical sample &  $p=0.02$ ,  $df= 118$ ,  $T= 6.53$  clinical sample &  $p= 0.0001$ ). Using the ROC curve, a new cut-off point (91) was proposed for this tool in northwestern Iran. **Conclusion:** It can be concluded that VOCI has also a favorable validity and reliability in the nonclinical sample but because of cultural reasons has higher cut point in the northwest of Iran.

**Key words:** *Obsessive-Compulsive disorder, standardization, Vancouver Obsessive-Compulsive inventory (VOCI)*

**Citation:** Imandoust, H., Isazadegan, A & Soleimani, E. (2020). The analysis of psychometric properties of the Vancouver Obsessional Compulsive Inventory, Persian form (VOCI). *Quarterly of Applied Psychology*, 14(3):245-267.

## تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه وسواسی-جبری و نکوور

هاله ایماندوست<sup>۱\*</sup>، علی عیسی‌زادگان<sup>۲</sup> و اسماعیل سلیمانی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. ایمیل: haleimandoost@gmail.com

۲. استاد روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

۳. دانشیار روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه وسواسی-جبری و نکوور در شمال غرب ایران، با مشارکت نمونه غیر بالینی وسیع‌تر و مقایسه نتایج حاصل با مطالعه ایزدی، عابدی و معین (۱۳۹۱) بود. **روش:** روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری کلیه بزرگسالان ساکن استان آذربایجان شرقی و غربی (۳۴۳۷۴۱۱ نفر) با ۲۰۰ نفر نمونه غیر بالینی (نمونه‌گیری خوشه‌ای) و ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری (نمونه‌گیری هدفمند) بود. کلیه افراد به پرسشنامه وسواسی-جبری و نکوور تورداسون و همکاران (۲۰۰۴) و پرسشنامه وسواس مرگ عبدالخالق (۱۹۹۸) پاسخ دادند. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از هماهنگی ساختار عاملی پرسشنامه وسواسی-جبری و نکوور با ساختار عاملی مفروض مؤلفان اصلی پرسشنامه است. ضریب همبستگی معنادار با پرسشنامه وسواس مرگ ( $r = 0/056$ ،  $P = 0/001$ ) نشان از روایی ملاکی این ابزار داشته و اعتبار به روش همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس در گروه غیر وسواسی، وسواسی و کل به ترتیب برابر با ۰/۹۴۶، ۰/۹۳۸ و ۰/۹۵۲ است که حاکی از همسانی درونی مطلوب این ابزار می‌باشد. نتایج آزمون تی دو گروهی مستقل حاکی از تفاوت آماری معنادار بین میانگین دو گروه بالینی و غیر بالینی است ( $T = 2/23$ ،  $df = 278$  و  $P = 0/02$  و  $T = 6/53$ ،  $df = 118$  و  $P = 0/001$ ) نمونه بالینی). با استفاده از منحنی ROC نقطه برش جدیدی برابر با ۹۱ برای این ابزار در شمال غرب ایران پیشنهاد شد. **نتیجه‌گیری:** پرسشنامه وسواسی-جبری و نکوور در نمونه غیر بالینی نیز از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار بوده و ابزار مناسبی برای سنجش این سازه تلقی می‌شود اما در شمال غرب ایران بنا به دلایل فرهنگی نمره برش بالاتری دارد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال وسواسی-جبری، پرسشنامه وسواسی-جبری و نکوور، هنجاریابی

استناد به این مقاله: ایماندوست، هاله، عیسی‌زادگان، علی، سلیمانی، اسماعیل. (۱۳۹۹). تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه وسواسی-جبری و نکوور. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۴ (۳ پیاپی ۵۵): ۲۴۷-۲۴۵.

## مقدمه

اختلال وسواسی-جبری با وسواس‌ها و یا اجبارهای پریشان‌کننده، مزاحم، و مقاوم شناخته می‌شود و منجر به تخریب قابل توجهی در کیفیت زندگی فرد مبتلا می‌شود (دایان-ریوا، برگر و آنهولت ۲۰۱۹). این اختلال در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱</sup> طبقه جداگانه‌ای را به خود اختصاص می‌دهد که علائم ناتوان‌کننده آن پیامدهای منفی و بدکارکردی عملکرد اجتماعی، و شغلی و تحصیلی فرد را به همراه دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). وجود وسواس‌های فکری یا عملی تکرارشونده و شدید، ویژگی اصلی اختلال وسواسی-جبری است (نعمتی‌وناشی و سلیمی‌نیا، ۱۳۹۷). این اختلال، بدون درمان سیری مزمن دارد و با آسیب جدی در عملکرد کلی و کیفیت زندگی پایین همراه است (اکبری و حسینی، ۱۳۹۷). یکی از عواملی که سنجش و ارزیابی اختلال‌های اضطرابی به‌ویژه اختلال وسواسی-جبری را با چالش مواجه می‌کند، تنوع و گستردگی نشانه‌های این اختلال و الگوهای رفتاری ابرازشده آن است (اونیل و فوسنر ۲۰۱۵). سنجش دقیق و هدفمند اختلال وسواسی-جبری هم در چهارچوب‌بندی متناسب اقدامات پیشگیرانه و بهبود کیفیت مداخلات بالینی روان‌شناسان نقشی درخور توجه دارد و هم عاملی کلیدی در طرح‌ریزی فعالیت‌های پژوهشی به منظور دستیابی به یافته‌های معتبر محسوب می‌شود (آوردون و فرنهایم، ۲۰۱۲). با توجه به نرخ شیوع و مقاومت نسبت به درمان اختلال وسواسی-جبری طراحی ابزارهای سنجش و اندازه‌گیری ابعاد متنوع این اختلال یکی از حوزه‌های مهم روان‌شناسی را تشکیل داده است.

مروری بر ابزارهای ارزیابی نشان می‌دهد یکی از قدیمی‌ترین ابزارهای طراحی‌شده به منظور سنجش علائم وسواس فکری-عملی پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی<sup>۳</sup> (هادسون و راجمن، ۱۹۷۷) است که چهار خرده‌مقیاس وارسی، شست‌وشو، کندی، و شک<sup>۴</sup> را دربر می‌گیرد. گذشته از قدیمی بودن، استفاده از نمره‌گذاری دوازده‌گانه و تأکید افراطی این ابزار بر شست‌وشو و وارسی از جمله انتقادات وارده به این ابزار است (تیلور ۱۹۹۵؛ نقل از ایزدی، عابدی و معین، ۱۳۹۱). پرسشنامه پادوا<sup>۵</sup> (اصلاحی دانشگاه ایالتی واشنگتن<sup>۶</sup>) (برنز، فرما، کرتج و استرنبرگر، ۱۹۹۶) ابزار متداول دیگری است که نسخه انگلیسی آن از پنج عامل افکار وسواسی آسیب به خود یا دیگران،

1. Obsessive- Compulsive Disorder

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

3. American Psychiatric Association

4. Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory

5. checking, cleaning, slowness & doubting

6. Padua Inventory-Washington State University Revision

تکانه‌های وسواسی آسیب به خود یا دیگران، وسواس‌های آلودگی و اجبارهای شست‌وشو، اجبارهای وارسی و وسواس اجباری نحوه لباس پوشیدن و آراستگی تشکیل شده است. نسخه فارسی همین مقیاس که اعتبار آن نیز مطلوب گزارش شده است، هشت عامل وسواس‌های آلودگی، اجبارهای شست‌وشو، اجبارهای نظم و ترتیب، اجبارهای وارسی، افکار وسواسی آسیب به خود و دیگران، افکار وسواسی خشونت، و تکانه‌های وسواس دزدی را در بر می‌گیرد (شمس، کاویانی، اسماعیلی، ابراهیم‌خانی و امین‌منش، ۱۳۸۹). از جمله نقاط ضعف این پرسشنامه می‌توان به عدم پوشش انواع وسواس اشاره کرد (گونر، اگر و لیونهارت، ۲۰۱۰).

توردارسون، رادومسکی، راجمن، شافران، ساواک و همکاران (۲۰۰۴) با هدف رفع محدودیت‌های فوق‌الذکر و با توجه به ملاک‌های متنوع به‌کار رفته در ساختار پرسشنامه‌های موجود، پرسشنامه وسواسی-جبری و نکوور را مبتنی بر پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی (هادسون و راجمن، ۱۹۷۷) طراحی و هنجاریابی کردند. این پرسشنامه، دامنه وسیع‌تری از افکار وسواسی، اعمال وسواسی، رفتار اجتنابی و ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با وسواس را می‌سنجد. برخلاف پرسشنامه مادزلی، سوالات پرسشنامه و نکوور، روی یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده تا بتواند حساسیت به تغییرات درمانی را ارتقا بخشد. اعتبار این ابزار مطلوب دانسته شده و شش خرده‌مقیاس آن (وارسی، افکار وسواسی، احتکار، کمال‌گرایی یا دقت، و تردید) دامنه وسیعی از ابعاد وسواس را پوشش می‌دهد. به نظر می‌رسد که پرسشنامه وسواس-جبری و نکوور، محدودیت‌های موجود در ابزارهای رایج وسواس را پوشش می‌دهد.

استفاده از این ابزار محدود به نمونه بالینی نبوده و ویژگی‌های آن روی نمونه غیر بالینی نیز بررسی شده است. به‌عنوان مثال، انگلاکس، پانجیوتی و آستین (۲۰۱۶) این ابزار را روی نمونه غیر بالینی یونانی اجرا و اشاره کردند علی‌رغم اینکه ساختار شش عاملی اصلی ابزار در بافت‌های فرهنگی گوناگونی تأیید شده است، اما در نمونه پژوهش آن‌ها ساختاری پنج‌عاملی (با حذف احتکار) راه‌حل عاملی مطلوب‌تری تلقی می‌شود. در ایتالیا، ملی، گارارسی، استفانی، رادومسکی و بولی (۲۰۱۵) ساختار عاملی، همسانی درونی، پایایی، روایی ملاکی و روایی سازه را در این ابزار با مشارکت ۵۴۱ نفر بدون اختلال، ۱۲۰ نفر با تشخیص اختلال وسواسی-جبری و ۳۱ نفر با تشخیص سایر اختلال‌های اضطرابی مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که این ابزار در دو گروه بالینی و غیر بالینی دارای ساختار عاملی یکسانی است و چنین نتیجه‌گیری کردند که این ابزار می‌تواند به‌عنوان ابزار ارزیابی در هر دو گروه بالینی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد. در ایران ایزدی،

1. Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI)

2. Indecisiveness, hoarding

عابدی و معین (۱۳۹۱) با شرکت ۸۲ بیمار اصفهانی مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ساختار عاملی و اعتبار نسخه فارسی این ابزار را بررسی، ساختار مفروض سازندگان اصلی این پرسشنامه را تأیید و نقطه برش ۷۰<sup>۱</sup> را برای آن پیشنهاد کردند.

نظر به اعتبار و اهمیت پرسشنامه وسواسی-جبری ونکوور (تورداسون و همکاران، ۲۰۰۴) در ارزیابی همه‌جانبه ابعاد اختلال وسواس، در دسترس نبودن ساختار این ابزار در نمونه غیر بالینی و کسب نمرات بسیار بالا توسط گروه غیر بالینی ساکن شمال غرب ایران که در ارزیابی‌های تجربی مورد توجه محققان قرار گرفت، هدف پژوهش حاضر تعیین ساختار عاملی پرسشنامه وسواسی-جبری ونکوور (تورداسون و همکاران، ۲۰۰۴) در نمونه غیر بالینی و پاسخگویی به این سؤالات است:

۱. روایی ملاکی این پرسشنامه از طریق همبستگی بین نمرات آن بامقیاس وسواس مرگ عبدالخالق (۱۹۹۸) چگونه است؟

۲. روایی افتراقی و اعتبار این ابزار در دو نمونه بالینی و غیر بالینی چگونه است؟

۳. آیا بین میانگین نمرات نمونه بالینی و غیر بالینی حاضر با نمونه بالینی پژوهش ایزدی، عابدی و معین (۱۳۹۱) تفاوت معناداری وجود دارد؟

۴. آیا ساختار عاملی این پرسشنامه در نمونه حاضر مطابق با نمونه‌های قبلی است؟

۵. در نهایت با توجه به اینکه محقق حین انجام هم‌تاسازی در پژوهشی با افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و استفاده از این ابزار برای انتخاب گروه بدون اختلال متوجه شد که افراد فاقد اختلال بالینی وسواسی-جبری در این آزمون نمره‌های بالاتر از خط برش تعیین‌شده کسب می‌کنند، این فرضیه مطرح شد که احتمالاً این پرسشنامه در شمال غرب ایران نقطه برش بالاتری خواهد داشت.

## روش

با توجه به این که اساس روش‌های به‌کار رفته برای تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارها مبتنی بر ارتباط بین متغیرها است، طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی تلقی می‌شود. جامعه آماری عبارت بود از: کلیه بزرگسالانی که سابقه اختلال‌های روان‌پزشکی نداشتند و در شمال غرب ایران (استان‌های آذربایجان شرقی و آذربایجان غربی) ساکن بودند و تعداد آنها برابر با ۳۴۳۷۴۱۱ نفر بود. از آنجایی که این جامعه گسترده و ناهمگون تلقی می‌شود، از این بین تعداد ۲۰۰ مرد و زن به‌عنوان نمونه غیر بالینی به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای<sup>۲</sup>

1. cut-off point

2. cluster Sampling

انتخاب شدند؛ به این صورت که ابتدا دو استان آذربایجان شرقی و آذربایجان غربی به‌عنوان دو خوشه اصلی در نظر گرفته شدند و در مرحله بعد شهرستان‌های هر استان (۲۱ شهرستان آذربایجان شرقی و ۱۷ شهرستان آذربایجان غربی) در حکم بلوک برای خوشه‌ها در نظر گرفته شده و از هر استان چند شهرستان (شش شهرستان از آذربایجان شرقی و پنج شهرستان از آذربایجان غربی) به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. در نهایت از هر شهرستان یک مرکز بهداشت به تصادف انتخاب شد و پرسشنامه‌ها توسط مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشت شهرستان‌ها تکمیل گردید. هرچند برای حجم نمونه نمی‌توان کمینه حجم لازم را معین کرد اما بر اساس پیشنهاد کامری (۱۹۷۳)، به نقل از هومن، (۱۳۹۰)، حجم نمونه ۲۰۰ نفری برای پژوهش‌های تحلیل عاملی نسبتاً مناسب توصیف شده است. همچنین به منظور تعیین نقطه برش ۴۰ نفر مبتلا به اختلال وسواسی-جبری که دارای تشخیص و سابقه درمان روان‌پزشکی بودند، از سه مرکز ارائه خدمات روان‌شناختی در شهرستان مراغه انتخاب شدند. با توجه به اینکه این افراد باید ملاک‌های تشخیصی لازم را دریافت می‌کردند، روش نمونه‌گیری برای گروه بالینی روش هدفمند<sup>۱</sup> بود. در این روش نمونه‌گیری انتخاب بر اساس ویژگی‌های جمعیت و هدف پژوهش صورت می‌گیرد (الفیل و نجیدا، ۲۰۱۷).

### ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه وسواسی-جبری ونکوور<sup>۲</sup>: این ابزار توسط توردارسون، و همکاران (۲۰۰۴) تهیه شده است و در آن دامنه گسترده‌ای از افکار و اعمال وسواسی و ویژگی‌های گوناگون مربوط به وسواس مورد سنجش قرار می‌گیرد. این مقیاس شش خرده‌مقیاس دارد و به صورت لیکرتی پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. توردارسون و همکاران (۲۰۰۴) اعتبار به روش بازآزمایی و ثبات درونی این ابزار را مطلوب و روایی هم‌زمان، تشخیصی، و سازه آن را مناسب گزارش کردند. ایزدی، عابدی و معین (۱۳۹۱) در بررسی نمونه بالینی ساختار عاملی سازندگان این پرسشنامه را تأیید کردند و روایی هم‌زمان و افتراقی آن را از طریق همبستگی بین نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب (به ترتیب برابر با ۰/۳۱ و ۰/۵۲) مطلوب دانستند. اعتبار بازآزمایی خرده‌مقیاس‌های این ابزار بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۶ و اعتبار به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۷ گزارش شد. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در نمونه

<sup>۱</sup>. purposeful sampling

<sup>۲</sup>. Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI)

پژوهشی حاضر، بررسی و در بخش یافته‌ها گزارش شده است.

۲. پرسشنامه وسواس مرگ عبدالخالق! این ابزار توسط عبدالخالق (۱۹۹۸) ساخته شد. بررسی ساختار عاملی این ابزار به سه عامل نشخوار مرگ، سلطه مرگ و عقاید تکراری مربوط به مرگ انجامید (مالتبی و دی، ۲۰۰۰). محمدرزاده، اصغرنژاد فرید و عاشوری (۱۳۸۷) با بررسی نمونه ایرانی سه عامل را برای این پرسشنامه گزارش کردند. این پژوهشگران روایی هم-زمان از طریق ضریب همبستگی بین نمرات این مقیاس با مقیاس اضطراب مرگ و اعتبار به روش بازآزمایی، تنصیف، و همسانی درونی را مطلوب ارزیابی کردند. همسانی درونی این ابزار به روش آلفای کرونباخ در نمونه حاضر نیز محاسبه و برابر با ۰/۷۹۳ به دست آمد.

### شیوه اجرا

اجرای پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر و همکار روان‌شناس آموزش‌دیده وی انجام شد. پیش از اجرا ابتدا توضیح کوتاهی درباره هدف پژوهش به پاسخ‌دهندگان ارائه شد، سپس رضایت آنان برای شرکت در پژوهش کسب، و محرمانه‌بودن نتایج برای ایشان توضیح داده شد. اجرای پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی بود و هر یک بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه به طول انجامید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار اسپاس-۲۴ با استفاده از روش‌های آماری مناسب ابتدا توصیف و سپس تحلیل شدند. از تحلیل عاملی اکتشافی<sup>۱</sup>، ضریب همبستگی پیرسون، و آلفای کرونباخ<sup>۲</sup> برای تعیین روایی و اعتبار، و از آزمون تی دوگروهی مستقل<sup>۳</sup> به منظور تعیین تفاوت‌های گروهی استفاده شد. نقطه برش با استفاده از تحلیل حساسیت و ویژگی<sup>۴</sup> در منحنی ROC<sup>۵</sup> انجام شد.

### یافته‌ها

نمونه غیر بالینی شامل ۱۳۵ زن (۶۷/۵ درصد) و ۶۵ مرد (۳۲/۵ درصد) با دامنه سنی ۷۵-۱۸، میانگین سنی ۳۱/۸۲ و انحراف معیار ۸/۸۹ سال بود، میزان تحصیلات ۶/۵ درصد (۱۳ نفر) زیردیپلم، ۴۴ درصد (۸۸ نفر) دیپلم و بالاتر، ۳۶ درصد (۷۲ نفر) لیسانس و ۱۳/۵ درصد (۲۷ نفر) فوق‌لیسانس.

1. Death Obsession Scale (DOS)

2. Exploratory factor analysis

3. Chronbach's Alpha

4. Two Independent-Sample T Test

5. Sensitivity & Specificity

6. Receiver Operating Characteristic Curve

نفر) فوق لیسانس و بالاتر بود. نمونه بالینی دارای اختلال وسواسی-جبری نیز شامل ۳۵ زن (۸۷/۵ درصد) و ۵ مرد (۲/۵ درصد) با دامنه سنی ۲۰ تا ۶۲، میانگین ۳۳/۱۰ سال و انحراف معیار ۷/۷۳، میزان تحصیلات ۱۲/۵ درصد (۵ نفر) زیردیپلم، ۳۲/۵ درصد (۱۳ نفر) دیپلم و بالاتر، ۵۰ درصد (۲۰ نفر) لیسانس و ۵ درصد (۲ نفر) فوق لیسانس و بالاتر بود. میانگین و انحراف معیار گروه غیر بالینی در پرسشنامه وسواس مرگ به ترتیب برابر با ۲۷/۷۰ و ۱۲/۸۲ و در گروه بالینی برابر با ۳۹/۲۵ و ۱۸/۵۱ بود.

کفایت نمونه‌گیری با استفاده از مقدار کیسر-میر-اولکین<sup>۱</sup> برابر با ۰/۸۸۵ و آزمون کرویت بارتلت<sup>۲</sup> (خی‌دو = ۴۸۹۳/۸۰،  $df=1431$  و  $P=0/0001$ ) نشان دادند مقدار واریانس درون داده‌ها که با استفاده از عوامل تبیین می‌شوند، مطلوب است و داده‌ها توانایی عاملی شدن را دارند. برای تعیین مناسب‌ترین تعداد مؤلفه‌ها از عواملی نظیر نمودار اسکری<sup>۳</sup>، ارزش ویژه و درصد واریانس تبیین‌شده توسط هر عامل استفاده شد. بر این مبنا تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی به راه‌حل شش مؤلفه‌ای انجامید و عامل‌هایی که ارزش ویژه آن‌ها به یک نمی‌رسید به‌عنوان بخشی از راه‌حل قرار نگرفتند. در جدول شماره (۱) مؤلفه‌ها به همراه مشخصه‌های آن‌ها ذکر شده‌اند.

#### جدول ۱. مجموع مجذورات بارهای استخراج‌شده

مؤلفه	درصد واریانس تراکمی	درصد واریانس	ارزش ویژه
وارسی	۱۱/۳۲	۱۱/۳۲	۶/۱۱
آلودگی	۱۹/۴۵	۸/۱۴	۴/۳۹
ترس از تصمیم‌گیری	۲۷/۴۱	۷/۹۵	۴/۲۹
افکار وسواسی	۳۴/۱۴	۶/۷۳	۳/۶۳
ترس از دست دادن کنترل	۴۰/۴۸	۶/۳۴	۳/۴۲
کمال‌گرایی و دقت	۴۵/۶۰	۵/۱۲	۲/۷۷

بر اساس مندرجات جدول شماره (۱) این شش مؤلفه ۴۵/۶۰ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند. در جدول شماره (۲) بارهای عاملی آیتم‌ها پس از هشت بار چرخش واریماکس به همراه نام‌گذاری جدید مؤلفه‌ها آمده است.

۱. Kaoser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy

۲. Bartlett's Test of Sphericity

۳. Scree



## جدول ۲. ماتریس مؤلفه‌ها پس از چرخش

بارعاملی	گویه	مؤلفه	
۰/۸۴۹	۴۳- به طور مکرر باید چیزهایی مثل کلیدهای برق، شیرآب، وسایل برقی و درها را چندین بار چک کنم.	۱ توجه	
۰/۷۶۸	۳۷- به طور مکرر چک می‌کنم اجاق گاز خاموش هست یا نه، گرچه در برابر این میل به چک کردن مقاومت می‌کنم.		
۰/۶۹۰	۴۱- هر روز وقت بسیار زیادی را صرف چک کردن چیزها می‌کنم.		
۰/۶۷۵	۷- به طور مکرر چیزهایی مثل اجاق گاز یا کلیدهای برق را بعد از خاموش کردن چک می‌کنم.		
۰/۶۵۲	۳۳- یکی از اصلی‌ترین مشکلات من چک کردن مکرر است.		
۰/۶۶۴	۲۰- به طور مکرر چک می‌کنم که در و پنجره‌ها قفل باشند، گرچه سعی می‌کنم در برابر میل به انجام این کار مقاومت کنم.		
۰/۵۱۸	۳۶- مجبورم چیزها را بشمرم.		
۰/۳۲۸	۱- احساس می‌کنم قبل از پست کردن نامه‌ها مجبورم بارها و بارها آن‌ها را چک کنم.		
۰/۷۸۹	۳- پس از لمس پول احساس می‌کنم دستانم خیلی کثیف هستند.		۲ توجه
۰/۶۶۶	۲۳- در مورد میکروب و بیماری (یا پاک‌ی و نجسی) بسیار نگرانم.		
۰/۶۵۲	۱۵- دست زدن به ته کفش‌هایم مرا بسیار مضطرب می‌کند.		
۰/۵۷۹	۳۲- اگر به حیوانی دست بزنم، احساس می‌کنم بسیار آلوده‌ام.		
۰/۵۵۷	۲۵- به دلیل احتمال آلودگی، از تلفن عمومی استفاده نمی‌کنم.		
۰/۵۳۸	۱۳- وقت زیادی را صرف شستن دستانم می‌کنم.		
۰/۵۰۲	۲۱- دست زدن به اشغال یا سطل آشغال بسیار برایم دشوار است.		
۰/۴۶۸	۴۴- یکی از مشکلات اصلی من این است که خیلی در مورد تمیزی و نظافت نگرانم.		
۰/۳۹۷	۸- از مواد ضد عفونی کننده خیلی استفاده می‌کنم تا خودم یا خانم را از میکروب محافظت کنم.		
۰/۳۸۵	۵۰- استفاده از توالت‌های عمومی حتی اگر تمیز هم باشند برایم دشوار است، زیرا بسیار در مورد میکروب‌ها نگرانم.		
۰/۳۶۲	۳۹- از داشتن تماسی جزئی با ترشحات بدن (مثل خون، ادرار، عرق و مانند اینها) بسیار پریشان می‌شوم.		
۰/۷۹۲	۴- تصمیم‌گیری، حتی در موارد بی اهمیت نیز برایم دشوار است.	۳ توجه	
۰/۷۴۰	۱۷- هرگاه باید تصمیمی بگیرم، حتی اگر تصمیمی بسیار بی اهمیت هم باشد، مضطرب می‌شوم.		
۰/۶۹	۳۵- تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه چیز را نگه دارم و چه چیز را دور بیناندام، تقریباً برایم غیر ممکن است.		
۰/۶۷۲	۴۸- سعی می‌کنم از تصمیم‌گیری طفره روم، چون از اشتباه کردن خیلی می‌ترسم.		
۰/۶۶۴	۱۱- پس از اینکه تصمیمی می‌گیرم، معمولاً مدت‌ها در مورد تصمیمم نگرانم.		
۰/۴۱۵	۵۱- گرچه سعی می‌کنم مقاومت کنم، اما احساس می‌کنم مجبورم چیزهایی را جمع کنم که هرگز هم استفاده نمی‌کنم.		

- ۲۹- هیچ وقت نمی‌خواهم در رأس امور باشم، چون یک چیز را بارها و بارها تکرار می‌کنم. ۰/۳۸۲
- ۲۲- وقتی به دور انداختن چیزی فکر می‌کنم، خیلی آشفته و پریشان می‌شوم. ۰/۳۴۹
- 
- ۲۹- بسیار نگرانم که ممکن است دیگران را ناراحت کنم. ۰/۶۴۱
- ۱۶- اغلب با افکار یا تصاویر ذهنی ناخواسته‌ای در مورد اعمال جنسی آشفته می‌شوم. ۰/۵۲۱
- ۳۸- اگر نتوانم ساعت خوابم را به طور دقیق هر شب تنظیم کنم، آشفته می‌شوم. ۰/۵۲۱
- ۲۸- اغلب با افکار یا تصاویر ذهنی ناخواسته در مورد گفتن حرف‌های زشت و توهین‌آمیز در جمع آشفته می‌شوم. ۰/۴۸۲
- ۲- اغلب با فکر ناخواسته‌ای در مورد استفاده از وسیله‌ای تیز، آشفته می‌شوم. ۰/۴۵۹
- ۴۰- اغلب با تکانه‌های ناخواسته‌ای برای آسیب به افراد دیگر آشفته می‌شوم. ۰/۴۳۱
- ۴۲- در دور ریختن هر چیزی مشکل دارم چون از اسراف کردن بسیار می‌ترسم. ۰/۴۱۵
- ۳۰- وقتی در ترافیک سنگینی هستم، میل ناخواسته‌ای برای رانندگی سریع از بین ترافیک دارم. ۰/۳۷۴
- ۳۱- تقریباً همیشه هنگام انجام یک تکلیف روزمره، شمارش می‌کنم. ۰/۳۶۱
- ۱۲- تقریباً هر روز با افکار ناخوشایندی که به طور ناخوانده وارد ذهنم می‌شوند، آشفته می‌شوم. ۰/۳۰۶
- 
- ۲۷- به طور مکرر فکر یا تصویر ذهنی مشابهی را در مورد مرگ تجربه می‌کنم. ۰/۶۰۱
- ۲۶- از دعوت کردن افراد به منزل خجالت می‌کشم چون پر از چیزهای بی‌ارزشی است که نمی‌توانم دور بیندازم. ۰/۵۵۷
- ۶- به طور مکرر فکر یا تصویر ذهنی ناخواسته‌ای در مورد یک تصادف را تجربه می‌کنم. ۰/۵۱۷
- ۵- احساس می‌کنم حتماً باید کامل باشم. ۰/۴۴۵
- ۹- احساس می‌کنم مجبورم چیزهای بی‌ارزش و بی‌اهمیتی (مثل شماره پلاک ماشین‌ها) را حفظ کنم. ۰/۴۲۹
- ۵۴- اغلب با میل ناخواسته‌ای برای آسیب رساندن به خودم پریشان می‌شوم. ۰/۴۲۷
- ۴۹- اغلب افکار ناخواسته و پریشان‌زایی در مورد بیماری تجربه می‌کنم. ۰/۳۸۷
- ۴۶- به طور مکرر افکار پریشان‌زا و غیر قابل قبولی با ماهیت مذهبی تجربه می‌کنم. ۰/۳۳۳
- ۳۴- اغلب افکار ناخواسته و پریشان‌کننده‌ای را در مورد از دست دادن کنترلم تجربه می‌کنم. ۰/۳۰۹
- ۵۲- به طور مکرر افکار غیراخلاقی پریشان‌زا و ناخواسته‌ای را تجربه می‌کنم. ۰/۳۰۱
- 
- ۱۴- اغلب در انجام کارها به زحمت می‌افتم چون سعی می‌کنم هر چیزی را دقیقاً درست انجام دهم. ۰/۶۹۱
- ۵۵- وقتی می‌خواهم از خانه بیرون بروم، وقت بسیار زیادی را صرف آماده شدن می‌کنم، چون باید هر کاری را دقیقاً درست انجام دهم. ۰/۴۸۶
- ۱۸- هنگام انجام کارهای معمولی، احساس می‌کنم مجبورم یک روند بسیار انعطاف ناپذیر و بدون تغییر را دنبال کنم. ۰/۴۸۳
- ۵۳- یکی از مشکلات اصلی من این است که توجه بسیار زیادی به جزئیات دارم. ۰/۴۸۳
- ۱۹- اگر وسایلم دقیقاً سر جایشان نباشند، آشفته می‌شوم. ۰/۴۱۲

- ۱۰- چون فضای خانها به دلیل چیزهایی که جمع کرده‌ام بسیار شلوغ است، در انجام کارهای خانه‌داری به زحمت می‌افتم. ۰/۳۰۸
- ۲۴- بیشتر وقت‌ها دیر می‌کنم، چون نمی‌توانم کارهای معمولم را سر وقت انجام دهم. ۰/۳۰۲

براساس مندرجات جدول شماره (۲) شش مؤلفه وارسی، آلودگی، ترس از تصمیم‌گیری، افکار وسواسی، ترس از دست دادن کنترل و کمال‌گرایی و دقت مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده مقیاس هستند. میانگین دو گروه بالینی و غیر بالینی در این ابزار برابر با ۱۱۵/۳۲ و ۸۰/۲۴ با انحراف معیار ۳۶/۵۶ و ۳۳/۷۶ به دست آمد. ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر و نمره کل در جدول شماره (۳) آمده است.

### جدول ۳. همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر و نمره کل

نمره کل	وارسی	آلودگی	ترس از تصمیم‌گیری	افکار وسواسی	دست دادن کنترل	کمال‌گرایی و دقت
۰/۸۳	۱	۰/۶۱	۰/۵۹	۰/۶۳	۰/۶۳	۰/۵۵
۰/۷۹	۱	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۵۴	۰/۵۳	۰/۵۷
۰/۸۰	۱	۱	۰/۶۵	۰/۶۵	۰/۶۷	۰/۵۶
۰/۸۴	۱	۱	۱	۱	۰/۷۰	۰/۶۰
۰/۸۴	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۶۱
۰/۷۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱

جدول شماره (۳) نشان می‌دهد تمامی همبستگی‌ها از نظر آماری معنا دار هستند ( $P=0/001$ ) و ارتباط مثبتی بین این نمرات وجود دارد. هرچند همبستگی بین خرده-مقیاس‌ها با یکدیگر معنا دار است اما این ضرایب کوچک‌تر از همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل مقیاس هستند. این الگو شاهدهی از «روایی سازه» است (سیف، ۱۳۹۶). به منظور تعیین روایی ملاکی همبستگی بین نمره کل مقیاس و مؤلفه‌های آن با وسواس مرگ محاسبه شد. این مقادیر در جدول شماره (۴) گزارش شده است.

### جدول ۴. همبستگی بین نمرات مقیاس با وسواس مرگ

نمره کل	وارسی	آلودگی	ترس از تصمیم‌گیری	افکار وسواسی	دست دادن کنترل	کمال‌گرایی و دقت
۰/۵۶	۰/۴۵	۰/۳۱	۰/۴۴	۰/۵۰	۰/۶۴	۰/۴۴

تمامی ضرایب مندرج در جدول شماره (۴) از نظر آماری معنادار هستند ( $P=0/0001$ ). ارتباط مثبت و معنادار بین نمره کل وسواس و مؤلفه‌های آن با وسواس مرگ حاکی از روایی ملاکی این ابزار است.

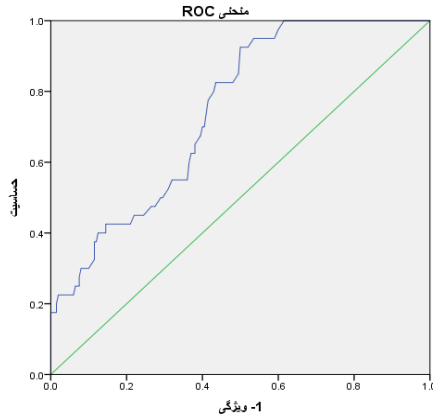
در تعیین روایی افتراقی تفاوت بین میانگین نمرات کسب‌شده توسط گروه وسواسی و غیر وسواسی مد نظر قرار گرفت. نتایج آزمون تی دوگروهی مستقل پس از بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها ( $F=0/51$ ,  $df=238$ ,  $P=0/475$ ) نشان داد این ابزار قادر به ایجاد تمایز بین گروه وسواسی و غیر وسواسی بود و بین میانگین‌های این دو گروه تفاوت معناداری مشاهده شد ( $t=5/92$ ,  $df=238$ ,  $P=0/0001$ ) و گروه وسواسی میانگین نمرات بالاتری را نسبت به گروه غیر وسواسی دریافت کردند.

اعتبار به روش همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ نشان داد این ضریب برای نمره کل مقیاس در گروه غیر وسواسی، وسواسی، و کل به ترتیب برابر با  $0/938$ ،  $0/946$  و  $0/952$  است که حاکی از همسانی درونی مطلوب این ابزار می‌باشد. همچنین تحلیل با محاسبه اعتبار در صورت حذف گویه نیز نشان داد حذف هیچ گویه‌ای موجب افزایش اعتبار پرسشنامه نشد و تمامی گویه‌ها در بهبود اعتبار ابزار نقش داشتند. آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های این ابزار در جدول شماره (۵) آمده است.

جدول ۵. اعتبار خرده‌مقیاس‌های ابزار

وارسی	آلودگی	ترس از تصمیم‌گیری	افکار وسواسی	ترس از دست دادن کنترل	کمال‌گرایی و دقت	
۰/۸۷۶	۰/۸۵۷	۰/۸۲۴	۰/۷۹۳	۰/۸۱۴	۰/۶۶۱	نمونه غیروسواسی
۰/۹۲۳	۰/۸۸۷	۰/۷۴۰	۰/۷۴۳	۰/۷۷۷	۰/۶۷۲	نمونه وسواسی
۰/۸۹۶	۰/۸۷۳	۰/۸۲۴	۰/۷۹۹	۰/۸۲۴	۰/۷۰۲	کل

بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره (۵) و ضرایب محاسبه‌شده پرسشنامه از اعتبار مطلوبی برخوردار است. تعیین نقطه برش بهینه پرسشنامه با استفاده از منحنی ROC انجام شد. این منحنی در شکل شماره (۱) آمده است.



شکل ۱. منحنی ROC

نتایج این تحلیل نشان داد فضای زیرمنحنی برابر با  $0/74$  با دامنه اطمینان بین  $0/67$  تا  $0/82$  و از معناداری آماری برخوردار بود ( $p=0/0001$ ). ضریب فضای زیر منحنی نشان می‌دهد این پرسشنامه می‌تواند «تا حد مناسبی» بین گروه وسواسی و غیر وسواسی تمایز ایجاد کند و بر اساس ملاک سطح بین  $0/7$  تا  $0/8$  حاکی از قدرت تشخیصی و دقت مناسبی است (رایس و هریس، ۲۰۰۵). تحلیل حساسیت و ویژگی نشان داد در نقطه برش ۹۱ هر دو ملاک بیشینه (برابر با  $0/63$ ) می‌شوند. بنابراین نمره ۹۱ را می‌توان به‌عنوان نقطه برش بهینه این ابزار پیشنهاد کرد.

نتایج آزمون تی دوگروهی مستقل به منظور مقایسه میانگین نمرات گروه غیر بالینی پژوهش حاضر در پرسشنامه وسواسی-جبری با گروه بالینی پژوهش ایزدی، عابدی و معین (۱۳۹۱) نشان داد بین نمرات این دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود دارد ( $T=2/23$ ،  $df=278$  و  $p=0/02$ ) و نمونه غیر بالینی پژوهش حاضر نسبت به گروه بالینی پژوهش مذکور میانگین نمرات بالاتری کسب کردند ( $80/24$  در مقایسه با  $70/28$ ). آزمون تی دوگروهی مستقل همچنین نشان داد بین نمرات نمونه بالینی پژوهش حاضر در پرسشنامه وسواسی-جبری با نمونه بالینی پژوهش فوق‌الذکر تفاوت آماری معناداری وجود دارد ( $T=6/53$ ،  $df=118$  و  $p=0/0001$ ) و گروه بالینی پژوهش حاضر نمرات بالاتری در این پرسشنامه دریافت کردند ( $70/28$  در مقایسه با  $115/32$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه وسواسی-جبری و نکوور (تورداسون و همکاران، ۲۰۰۴) و مقایسه نتایج نمونه حاضر با نمونه بالینی پژوهش ایزدی، عابدی و معین (۱۳۹۱) طرح‌ریزی و اجرا شد. یافته‌ها نشان داد پرسشنامه وسواسی-جبری و نکوور (تورداسون و همکاران، ۲۰۰۴) ابزاری روا و معتبر برای سنجش این سازه تلقی می‌شود و از روایی سازه (بر حسب ساختار عاملی و الگوی ارتباط بین مؤلفه‌ها با یکدیگر و نمره کل)، روایی افتراقی (در تفاوت بین دو گروه بالینی و غیر بالینی در نمره آزمون) و روایی ملاکی (ارتباط بین نمرات پرسشنامه با وسواس مرگ) برخوردار بود. همچنین بر اساس یافته‌ها این ابزار و خرده‌مقیاس‌های آن در سنجش سازه مورد نظر معتبر تلقی می‌شوند و اعتبار به روش همسانی درونی بالایی داشتند. بر اساس تحلیل حساسیت و ویژگی نیز نقطه برش بهینه این ابزار در ایجاد تمایز بین گروه بالینی و غیر بالینی نمره ۹۱ بود.

بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی ساختار شش‌عاملی مفروض طراحان این آزمون در این پژوهش نیز به دست آمد. با این حال تغییراتی در ترکیب سؤالات تشکیل‌دهنده خرده‌مقیاس‌ها و در نتیجه نام‌گذاری عوامل صورت گرفت. به این ترتیب که دو خرده‌مقیاس واری و آلودگی بدون تغییر باقی ماندند اما بخشی از گویه‌های خرده‌مقیاس افکار وسواسی در این مؤلفه بار عاملی نداشتند و به همراه چندین گویه دیگر تشکیل مؤلفه‌ای مجزا را دادند که به دلیل محتوای مشترک این گویه‌ها در مفهوم کنترل، این مؤلفه ترس از دست دادن کنترل نام گرفت. همچنین گویه‌های خرده‌مقیاس تردید به همراه چندین گویه از خرده‌مقیاس احتکار تشکیل مؤلفه‌ای جدید را دادند که به دلیل اشتراک این گویه‌ها در دشواری در تصمیم‌گیری، این مؤلفه ترس از تصمیم‌گیری نام‌گذاری شد. بخشی از گویه‌های خرده‌مقیاس کمال‌گرایی و دقت در سایر مؤلفه‌ها پراکنده شدند و نیمی از آن‌ها نیز در همین مؤلفه باقی ماندند و مؤلفه‌ای با همین نام را تشکیل دادند. اهمیت سازه‌های شناختی در شکل‌گیری و تداوم اختلال وسواسی-جبری و نیز به‌عنوان یکی از عوامل ایجاد مقاومت به درمان در این بیماران چندی است که بسیار مورد توجه پژوهشگران این حوزه قرار گرفته است (مک کارتی، گوزیک، سوان و مک نامارا، ۲۰۱۶). ترس از تصمیم‌گیری و ترس از دست دادن کنترل دو مؤلفه جدید است که در این پژوهش جایگزین تردید و احتکار شد. این دو مؤلفه دارای بار شناختی بیشتری هستند و احتمالاً در شناسایی مشکلات شناختی افراد وسواسی کارآمدتر باشند. تصمیم‌گیری یکی از عواملی است که در ایجاد حس مسئولیت‌پذیری سهم عمده‌ای دارد و به اعتقاد سالکوسکیس بیش‌اززیادی عقاید مرتبط با مسئولیت‌پذیری برای پیدایش افکار وسواسی لازم و احتمالاً کافی

می‌باشند. سوگیری‌های شناختی خاصی در بیماران وسواس فکری-عملی وجود دارد. لویاتکا و راچمن دریافتند که افراد دارای مشکلات وسواسی، تصور می‌کنند تفکر آن‌ها در مورد رویدادهای ناگوار احتمال وقوع این رویدادها را افزایش می‌دهد و آن‌ها به خاطر داشتن چنین افکاری مسئول وقوع آن‌ها هستند و بایستی وقوع آن‌ها را کنترل کنند (پورفرج عمران، بخشی پور و محمودعلیلو، ۱۳۹۵). راچمن (۱۹۹۳) معتقد است که این امر یک فرایند شناختی مهم در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری است که موجب می‌شود افکار یا تصاویر با واقعیت درهم بیامیزند. این فرایند، در آمیختگی فکر و عمل<sup>۱</sup> یا تفکر جادویی<sup>۲</sup> نامیده می‌شود. افراد وسواسی معتقدند که می‌توانند و باید از وقوع اتفاقات ناگوار جلوگیری کنند؛ امری که منجر به وقوع رفتارهای اجباری و اجتنابی می‌شود (ویل، ۲۰۰۷). محور این مشکلات شناختی تمایل شدید به کنترل و ترس بسیار شدید از دست دادن کنترل است. مؤلفه جدیدی که در این پژوهش با عنوان ترس از دست دادن کنترل شکل گرفته و نام‌گذاری شده است تمامی سؤالات با محتوای کنترل‌ناپذیری را در بر گرفته و شامل گویه‌هایی از مؤلفه‌های افکار وسواسی، کمال‌گرایی و دقت، و احتکار در پرسشنامه قبلی است. این مؤلفه جدید با پایه‌های نظری اختلال وسواسی-جبری هماهنگ‌تر است و قادر است یک فرایند شناختی زیربنایی را در این افراد مورد ارزیابی قرار دهد. یکی از ویژگی‌های شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری که نقش زیادی در شکل‌گیری نشانه‌های وسواسی و رفتارهای اجباری دارد، بیش‌ارزیابی تهدید و خطر است (ویل، ۲۰۰۷)؛ به این معنی که برای این افراد خطرات و تهدیدهای موجود بسیار اغراق‌شده ادراک می‌شوند و در نتیجه واکنش‌های بسیار شدیدی در این افراد برای مقابله با خطر دیده می‌شود. این امر موجب شکل‌گیری رفتارهای اجباری می‌شود. دو موقعیت تصمیم‌گیری و کنترل کردن، موقعیت‌هایی هستند که می‌توانند در رویدادهای زندگی تأثیرگذار باشند. اما تبعات عادی ناشی از تصمیم‌گیری‌های ساده و معمولی که برای سایر افراد به راحتی قابل تحمل است، برای افراد وسواسی تبدیل به خطری بسیار بزرگ و جدی می‌شود که نمی‌توانند از آن خلاص شوند و در نتیجه قدرت تصمیم‌گیری خود را از دست داده و در شرایطی که نیاز به تصمیم‌گیری دارند، بسیار مضطرب و آشفته می‌شوند. اما در شرایطی که این افراد احساس می‌کنند می‌توانند یا باید اوضاع را کنترل کنند، وضعیت بسیار بدتر می‌شود، چراکه از دست دادن کنترل برای آن‌ها فاجعه‌ای بزرگ و جبران‌ناپذیر است. این وضعیت گیرافتادگی در شرایط معمول زندگی یکی از عواملی است که منجر به ناتوانی و بدکارکردی

1. thought-action fusion

2. magical thinking

شخصی و اجتماعی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری می‌شود.

ضریب همبستگی معنادار بین نمرات این پرسشنامه با وسواس مرگ که حاکی از روایی ملاکی این ابزار بود، همسو با ایزدی، عابدی و معین (۱۳۹۱)، رومن، جاکوبی، بلیکی، ریمن، لئونارد و همکاران (۲۰۱۷) و اوردون و فرنهایم (۲۰۱۲) است. ترس از مرگ به‌عنوان یک ترس زیربنایی در شکل‌گیری بسیاری از اختلال‌های روانی نقش دارد (ایوراچ، منزی و منزی، ۲۰۱۴). منزی و دارنیمروود (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که اولاً اضطراب مرگ در بیماران وسواسی بالاتر از سایر افراد است و دوماً مواجهه با مفهوم مرگ در بیماران مبتلا به وسواس شست‌وشو در مقایسه با سایر بیماران وسواسی منجر به تشدید علائم می‌شود. عبدالخالق (۱۹۹۸) ارتباط بین مقیاس وسواس مرگ و وسواس عمومی را ۰/۴۶ گزارش کرده است.

همچنین یافته‌ها نشان دادند بین نمرات کسب‌شده توسط نمونه بالینی و غیر بالینی پژوهش حاضر با میانگین نمرات گروه بالینی اصفهانی تفاوت آماری معناداری وجود داشت و حتی گروه غیر بالینی ساکن شمال‌غرب نمرات بالاتری نسبت به گروه بالینی اصفهانی دریافت کردند. افزون بر این، نقطه برش بهینه این ابزار برابر با ۹۱ به دست آمد که ۲۱ نمره با نقطه برش پیشنهادشده پیشین (نمره ۷۰) تفاوت دارد. تبیین این یافته را می‌توان از منظر متغیرهای وابسته به بافت فرهنگی و مؤلفه‌های قوم‌شناسی انجام داد. موقعیت اجتماعی و زمینه فرهنگی نه تنها در زمینه اختلال‌های روانی، بلکه در بروز و ابتلا به این اختلال‌ها نیز سهم اساسی و تأثیر مستقیم دارند. با توجه به اقبال رو به افزایش DSM به فرهنگ، در هر تجدید نظر آن، شاهد اضافه‌شدن مطالبی در خصوص تأثیر فرهنگ و نگاه فرهنگی-اجتماعی به آسیب‌شناسی روانی هستیم (زرانی، حقیقی، علیزاده و شیرینی، ۱۳۹۶). تفاوت‌های آموزشی، دسترسی به خدمات رفاهی، غذا و ساختار ژنتیکی جمعیت در ترکیب با ویژگی‌های جغرافیایی هر منطقه به احتمال بسیار زیاد باید در بروز، دوره بالینی، شدت، و پاسخ به درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری تأثیرگذار باشد. اما بسیاری از این تفاوت‌ها در حال حاضر ناشناخته هستند (نیکولینی، سالین-پاسکال، کابرا و لانزاگورتا، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش‌های اخیر در مورد اختلال وسواسی-جبری (ویلیامز و استیور، ۲۰۱۵؛ نیکولینی و همکاران، ۲۰۱۷؛ یانگ، نستاد، ساموئلز و دورفلر، ۲۰۱۸) حاکی از آن است که در فرهنگ‌های مختلف، درک و دریافت اختلال وسواسی-جبری، نوع بروز علائم آن و همچنین شدت علائم و پاسخدهی به درمان متفاوت است. در ایران این تفاوت فرهنگی در قومیت‌های مختلف مورد بررسی قرار نگرفته است. اما مشاهدات تجربی پژوهشگر و یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از آن است که شیوع علائم وسواسی در منطقه شمال‌غرب ایران بالاتر از سایر مناطق است و به احتمال



قوی قسمتی از این علائم با ویژگی‌های فرهنگی این منطقه درآمیخته شده است. همان‌طور که می‌دانیم وسواس اختلال مرتبط با سرکوبی است و تکانه‌های سرکوب‌شده در نهایت منجر به تولید افکار و اعمال وسواسی می‌شوند. بیشتر افراد وسواسی در خانواده‌هایی رشد کرده‌اند که والدین سخت‌گیر و یک‌سونگر داشته‌اند به‌خصوص که مادر به‌جای رابطه عاطفی و گرم، رابطه خشک، قطعی، و سخت‌گیرانه‌ای را اعمال کند (صالحی، موسوی، ساریچلو و قافله‌باشی، ۱۳۹۳). اما آیا می‌توان این استدلال را به حوزه فرهنگی-اجتماعی هم تعمیم داد؟ یعنی می‌توانیم ردپای یک سرکوب شدید و طولانی را در سابقه تاریخی این قومیت و فرهنگ بیابیم که در نهایت منجر به این واکنش روانی در ساکنین منطقه شده باشد؟ نگاهی به گذشته تاریخی منطقه شمال غرب ایران حاکی از آن است که این منطقه هم به دلیل مرزی بودن منطقه و هم به دلیل تفاوت زبانی با حکومت‌های حاکم وقت در طول تاریخ، شاهد سرکوبی‌های شدید سیاسی و اجتماعی و فرهنگی بوده است که پرداختن به آنها در این پژوهش میسر نیست. اما این سؤال مطرح می‌شود که آیا به دلیل سخت‌گیری‌های طولانی تاریخی، ساکنین این منطقه به سرکوب تکانه‌های روانی خو گرفته‌اند و در نتیجه سرکوبی و تولید افکار و اعمال وسواسی به بخشی از فرهنگ این جامعه تبدیل شده است؟

هرچند حجم نمونه شرکت‌کننده در این پژوهش ملاک‌های متداول و مفروضه‌های آماری را برآورده ساخته است، اما حجم نمونه از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده و باید در تعمیم یافته‌ها این مورد را لحاظ کرد. با توجه به تفاوت معنادار نمرات هر دو گروه بالینی و غیر بالینی پژوهش حاضر با نمونه بالینی اصفهانی و تلویحات فرهنگی-اجتماعی این یافته، پیشنهاد می‌شود ساختار پرسشنامه وسواسی- جبری و نکوور (تورداسون و همکاران، ۲۰۰۴) با مشارکت نمونه‌های وسیع‌تر ملی مورد بررسی قرار گیرد و هنجار (نرم) بالینی و غیر بالینی آن به منظور تسهیل غربال‌گری افراد در معرض خطر و سامان‌دهی اقدامات مداخله‌ای و درمانی متناسب استخراج شود. همچنین با توجه به مسائل قومی و فرهنگی مطرح شده در این پژوهش و با در نظر گرفتن گوناگونی و تنوع فرهنگی در ایران طراحی و اجرای پژوهشی وسیع برای مقایسه تفاوت‌های فرهنگی در شیوع و بروز علائم وسواس (به‌ویژه در مورد سازه‌های شناختی) در فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلف می‌تواند بسیار ارزشمند و مفید باشد.

### سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان پژوهش و تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی با شماره تأییدیه ۱۴۰۰۷۴۵ از معاونت پژوهشی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه است و نقش نویسندگان این مقاله در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری، پیش‌نویس، ویراستاری، و نهایی‌سازی نوشته به این ترتیب است که نویسنده اول ۶۰ درصد و نویسندگان دوم و سوم هر کدام ۲۰ درصد نقش داشته‌اند.

## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

- اکبری، مهدی، و حسینی، زهرا سادات. (۱۳۹۷). فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، درمان شناختی-رفتاری و درمان‌های موج سوم در درمان اختلال وسواسی-اجباری. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲(۴ پایانی ۴۸): ۴۹۰-۴۷۳. [پیوند]
- ایزدی، راضیه، عابدی، محمدرضا، و سمانه، معین. (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی، پایایی و اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه وسواسی جبری و نکوور. *اندیشه و رفتار*، ۷(۲۶): ۵۷-۶۷. [پیوند]
- پورفرج عمران، مجید، بخشی پور، عباس، و محمود علیلو، مجید. (۱۳۹۵). مروری بر نظریات آسیب شناسی روانی شناختی و مدل‌های فراشناختی برای اختلال وسواس فکری - عملی. *تعالی بالینی*، ۵(۱): ۳۴-۱۶. [پیوند]
- زرانی، فریبا، حقیقی، فرزانه، علی‌زاده، حسین، و شیری، اسماعیل. (۱۳۹۶). نقش فرهنگ در ابعاد اختلالات اضطرابی بر اساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. *روانشناسی فرهنگی*، ۱۱(۲): ۹۵-۱۱۱. [پیوند]
- سیف، علی اکبر. (۱۳۹۶). *اندازه‌گیری، سنجش و ارزشیابی آموزشی*. تهران: دوران.
- شمس، گیتی، کاویانی، حسین، اسماعیلی، یعقوب، ابراهیم‌خانی، نرگس، و امین‌منش، علیرضا. (۱۳۸۹). بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه پادوا (اصلاحی دانشگاه ایالتی واشنگتن) در جمعیت دانشجویان سالم ایرانی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۲(۱): ۱-۱۶. [پیوند]
- صالحی، صدیقه، موسوی، سیدعلی محمد، ساریچلو، محمدابراهیم، و قافله‌باشی، سیدحسن. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی و علائم اختلال وسواسی-جبری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۱(۲): ۳۵۱-۳۴۳. [پیوند]
- محمدزاده، علی، اصغرزاد فرد، علی‌اصغر، و عاشوری، احمد. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و پایایی

مقیاس وسواس مرگ. تازه‌های علوم شناختی، ۱۱ (۱): ۷-۱. [پیوند]

نعمتی‌وناشی، رؤیا، و سلیمی‌نیا، علیرضا. (۱۳۹۷). مقایسه ابعاد کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت در بیماران دچار اختلال وسواس فکری- عملی و بیماران افسرده. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۲ (۴) پیاپی ۴۸: ۵۱۳-۵۲۹. [پیوند]

هومن، حیدرعلی. (۱۳۹۰). تحلیل داده‌های چندمتغیری در پژوهش رفتاری. تهران: پیک فرهنگ.

- Abdel-Khalek, A. M. (1998). The structure and measurement of death obsession. *Personality and Individual Differences*, 24, 159-165.
- Bakhshani, N. (1993). *effectiveness of cognitive behavior therapy in anxiety disorders*. [M.A. Dissertation]. Tehran: Clinical psychiatric institute. [link]
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Angelakis, I., Panagiotti, M., & Austin, J. L. (2016). Factor structure and validation of the obsessive compulsive inventory-revised (OCI-R) in a Greek non-clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39 (1), 164-175. [link]
- Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M., & Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34(2), 163-173. [link]
- Dayan-Riva, A., Berger, A., & Anholt, G. E. (2019). Early cognitive processes in OCD: An ERP study, *Journal of Affective Disorders*, 246-436. [link]
- Elfil, M., & Negida, A. (2017). Sampling methods in clinical research: an educational review. *National Institutes of Health*, 5(1). [link]
- Göner, S. Ecker, W. & Leonhart, R. (2010). Multidimensional Assessment of OCD: Integration and Revision of the Vancouver Obsessional-Compulsive Inventory and the Symmetry Ordering and Arranging Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 739-757. [link]
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional compulsive complains. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 389-395. [link]
- Iverach, L., Menzies, R. G., Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review*, 34, 580-593. [link]
- O'Neill, J., & Feusner, J. (2015). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: access to treatment and prediction of long-term outcome with neuroimaging. *Psychology Research and*

- Behavior Management*, 8, 211–223. [[link](#)]
- Overduin, M.K. & Furnham, A. (2012). Assessing obsessive-compulsive disorder (OCD): A review of self-report measures. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 312–324. [[link](#)]
- Maltby, J., & Day, L. (2000b). The reliability and validity of the death obsession scale among English university and adult samples. *Personality and Individual Differences*, 28, 695-700. [[link](#)]
- McCarty, R. J., Guzick, A. G., Swan, L. K., & McNamara, J. P. H. (2016). Stigma and recognition of different types of symptoms in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 64–70. [[link](#)]
- Melli, G., Carraresi, C., Stopani, E., Radomsky, A. S., & Bulli, F. (2015). Factor structure and temporal stability of the Vancouver Obsessional Compulsive Inventory–Mental Contamination Scale (VOCI-MC) and psychometric properties of its Italian version, *Comprehensive Psychiatry*, 58, 198-204. [[link](#)]
- Menzies, R. E., & Dar-Nimrod, I. (2017). Death Anxiety and Its Relationship With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, (4), 367–377. [[link](#)]
- Nicolini, H., Salin-Pascual, R., Cabrera, B., & Lanzagorta, N. (2017). Influence of Culture in Obsessive-compulsive Disorder and Its Treatment. *Current Psychiatry Reviews*, 13, 285-292. [[link](#)]
- Reuman, L., Jacoby, R. J., Blakey, S. M., Rieman, B. C., Leonard, R. C., & Abramowitz, J. S. (2017). Predictors of illness anxiety symptoms in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 256: 417-422. [[link](#)]
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (2005). Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, 24, 615-620. [[link](#)]
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C., & Hakstian, A. R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behavior Research and Therapy*, 42, 1289–314. [[link](#)]
- Veale, D. (2007). Cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 438–446. [[link](#)]
- Williams, M. T., & Steever, S. (2015). *Obsessive-Compulsive Disorder: Etiology, Phenomenology, and Treatment. Chapter Four: Cultural Manifestations of Obsessive-Compulsive Disorder*. Caleb W. Lack, Editor. [[link](#)]
- Yang, C., Nestadt, G., Samuels, J. F., & Doerfler, L. A. (2018). Cross-cultural differences in the perception and understanding of obsessive-compulsive disorder in East Asian and Western cultures. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(4), 616-625. [[link](#)]

مقیاس وسواس مرگ عبدالخالق

ردیف	عبارات	۱	۲	متوسط	۳	۴	۵
۱	سوالاتی درباره مرگ به ذهنم می‌رسد که نمی‌توانم پاسخی به آنها بدهم.	۱	۲	۳	۴	۵	
۲	فکر اینکه (در سنین جوانی) خواهم مرد وجود مرا فرا گرفته است.	۱	۲	۳	۴	۵	
۳	نمی‌توانم فکر مرگ را از ذهنم بیرون کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	
۴	فکر مرگ مرا به خود مشغول کرده است.	۱	۲	۳	۴	۵	
۵	خلاصی از افکار مربوط به مرگ برایم خیلی مشکل است.	۱	۲	۳	۴	۵	
۶	جنبه‌های هشدار دهنده و دردناک مرگ را به خودم یادآوری می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	
۷	احساس می‌کنم مجبورم به مرگ بیندیشم.	۱	۲	۳	۴	۵	
۸	فکر مرگ بر من چیره شده است.	۱	۲	۳	۴	۵	
۹	نگرانی بیش از اندازه‌ای نسبت به افکار مرگ دارم.	۱	۲	۳	۴	۵	
۱۰	احساس می‌کنم مملو از افکار مربوط به مرگ هستم.	۱	۲	۳	۴	۵	
۱۱	می‌ترسم افکار مرگ وجود مرا فرا بگیرند.	۱	۲	۳	۴	۵	
۱۲	مدام به مرگ فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	
۱۳	تفکر راجع به مرگ تنش زیادی برایم ایجاد می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵	
۱۴	افکار تکراری مربوط به مرگ ناراحت‌کننده می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵	
۱۵	احساس اینکه بطور ناگهانی خواهم مرد، غافلگیرم می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵	

\*\*\*

پرسشنامه وسواسی جبری ونکوور

ردیف	عبارات زیر را خوانده و پاسخ خود را بر اساس گزینه‌های روبرو ارائه دهید.	۱	۲	۳	۴	۵
۱	احساس می‌کنم قبل از پست کردن نامه‌ها مجبورم بارها و بارها آن‌ها را چک کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	اغلب با فکر ناخواسته‌ای در مورد استفاده از وسیله‌ای تیز، آشفته می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	پس از لمس پول احساس می‌کنم دستانم خیلی کثیف هستند.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	تصمیم‌گیری، حتی در موارد بی اهمیت نیز برایم دشوار است.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	احساس می‌کنم حتماً باید کامل باشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	به طور مکرر فکر یا تصویر ذهنی ناخواسته‌ای در مورد یک تصادف را تجربه	۱	۲	۳	۴	۵

۵	۴	۳	۲	۱	به طور مکرر چیزهایی مثل اجاق گاز یا کلیدهای برق را بعد از خاموش کردن چک می‌کنم.	۷
۵	۴	۳	۲	۱	ف از مواد ضد عفونی کننده خیلی استفاده می‌کنم تا خودم یا خانه‌ام را از میکروب محافظت کنم.	۸
۵	۴	۳	۲	۱	احساس می‌کنم مجبورم چیزهای بی ارزش و بی اهمیتی (مثل شماره پلاک ماشین‌ها) را حفظ کنم.	۹
۵	۴	۳	۲	۱	چون فضای خانه‌ام به دلیل چیزهایی که جمع کرده‌ام بسیار شلوغ است، در انجام کارهای خانه داری به زحمت می‌افتم.	۱۰
۵	۴	۳	۲	۱	پس از اینکه تصمیمی می‌گیرم، معمولاً مدت‌ها در مورد تصمیم نگرانم.	۱۱
۵	۴	۳	۲	۱	تقریباً هر روز با افکار ناخوشایندی که به طور ناخوانده وارد ذهنم می‌شوند، آشفته می‌شوم.	۱۲
۵	۴	۳	۲	۱	وقت زیادی را صرف شستن دستانم می‌کنم.	۱۳
۵	۴	۳	۲	۱	اغلب در انجام کارها به زحمت می‌افتم چون سعی می‌کنم هر چیزی را دقیقاً درست انجام دهم.	۱۴
۵	۴	۳	۲	۱	دست زدن به ته کفش‌هایم مرا بسیار مضطرب می‌کند.	۱۵
۵	۴	۳	۲	۱	اغلب با افکار یا تصاویر ذهنی ناخواسته‌ای در مورد اعمال جنسی آشفته می‌شوم.	۱۶
۵	۴	۳	۲	۱	هرگاه باید تصمیمی بگیرم، حتی اگر تصمیمی بسیار بی اهمیت هم باشد، مضطرب می‌شوم.	۱۷
۵	۴	۳	۲	۱	هنگام انجام کارهای معمولی، احساس می‌کنم مجبورم یک روند بسیار انعطاف ناپذیر و بدون تغییر را دنبال کنم.	۱۸
۵	۴	۳	۲	۱	اگر وسایلم دقیقاً سر جایشان نباشند، آشفته می‌شوم.	۱۹
۵	۴	۳	۲	۱	به طور مکرر چک می‌کنم که در و پنجره‌ها قفل باشند، گرچه سعی می‌کنم در برابر میل به انجام این کار مقاومت کنم.	۲۰
۵	۴	۳	۲	۱	دست زدن به اشغال یا سطل اشغال بسیار برایم دشوار است.	۲۱
۵	۴	۳	۲	۱	وقتی به دور انداختن چیزی فکر می‌کنم، خیلی آشفته و پریشان می‌شوم.	۲۲
۵	۴	۳	۲	۱	در مورد میکروب و بیماری آیا پایی و نجسی بسیار نگرانم.	۲۳
۵	۴	۳	۲	۱	بیشتر وقت‌ها دیر می‌کنم، چون نمی‌توانم کارهای معمولم را سر وقت انجام دهم.	۲۴
۵	۴	۳	۲	۱	به دلیل احتمال آلودگی، از تلفن عمومی استفاده نمی‌کنم.	۲۵
۵	۴	۳	۲	۱	از دعوت کردن افراد به منزل خجالت می‌کشم چون پر از چیزهای بی ارزشی است که نمی‌توانم دور بیناندام.	۲۶
۵	۴	۳	۲	۱	به طور مکرر فکر یا تصویر ذهنی مشابهی را در مورد مرگ تجربه می‌کنم.	۲۷
۵	۴	۳	۲	۱	اغلب با افکار یا تصاویر ذهنی ناخواسته درمورد گفتن حرف‌های زشت و توهین آمیز در جمع آشفته می‌شوم.	۲۸
۵	۴	۳	۲	۱	بسیار نگرانم که ممکن است دیگران را ناراحت کنم.	۲۹
۵	۴	۳	۲	۱	وقتی در ترافیک سنگینی هستم، میل ناخواسته‌ای برای رانندگی سریع از بین ترافیک دارم.	۳۰
۵	۴	۳	۲	۱	تقریباً همیشه هنگام انجام یک تکلیف روزمره، شمارش می‌کنم.	۳۱
۵	۴	۳	۲	۱	اگر به حیوانی دست بزنم، احساس می‌کنم بسیار آلوده‌ام.	۳۲
۵	۴	۳	۲	۱	یکی از اصلی‌ترین مشکلات من چک کردن مکرر است.	۳۳
۵	۴	۳	۲	۱	اغلب افکار ناخواسته و پریشان کننده‌ای را در مورد از دست دادن کنترلم تجربه می‌کنم.	۳۴
۵	۴	۳	۲	۱	تصمیم گیری در مورد اینکه چه چیز را نگه دارم و چه چیز را دور بیناندام، تقریباً	۳۵

