

Construction and Standardization of a Questionnaire Investigating Cultural Reasons Causing Concurrent Obsession and Major Depressive Disorders in Iran

Gholamali Nikpour¹,
Ahmad Borjali²,
Ali Delavar³,
Hossein Eskandari⁴,
Mehran Zarghami⁵

¹ PhD Student in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Assessment and Measurement, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

⁵ Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Faculty of Medicine, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received February 8, 2015 Accepted August 29, 2015)

Abstract

Background and purpose: Cultural signs may be found among people that speak a local dialect or live in a specific region or historical period. These cultural signs could influence psychopathology. The aim of this study was to design and validate a questionnaire that could evaluate the cultural factors causing concurrent obsessions and major depressive disorders in Iran.

Materials and methods: To design the questionnaire, 10 psychologists and psychiatrists who were members of academic boards were questioned by an open questionnaire. Then, the answers to the questions were classified and based on exploratory factor analysis the questionnaire containing 11 factors and 79 questions was confirmed. Internal homogeneity was analyzed by Cronbach's alpha.

Results: The results of Cronbach's alpha for all factors showed that the highest reliability was 0.90 and the lowest was 0.42. In exploratory factor analysis using Varimax rotation 11 factors were extracted that predict 47.3% of the scale variance. 25 factors were extracted of which 14 had less than three items, therefore they were omitted because of not being able to acquire reliability as sub factors. Accordingly, a questionnaire containing 11 factors and 79 questions was constructed.

Conclusion: The findings showed that the instrument could identify the cultural factors that cause concurrent obsession and major depressive disorders in Iran.

Keywords: Simultaneity, Cultural Signs, Obsession, Major Depression

ساخت وهنجاریابی ابزار علل فرهنگی همبودی وسواس فکری و اختلال افسردگی عمده در جامعه ایرانی

غلامعلی نیک پور^۱

احمد برجعلی^۲

علی دلاور^۳

حسین اسکندری^۴

مهران ضرغامی^۵

چکیده

سابقه و هدف: نشانه های فرهنگی در میان کسانی که به یک زبان محلی صحبت می کنند و یا در یک دوره تاریخی خاص و در یک جغرافیای معین زندگی می کنند دیده می شود. این نشانه های فرهنگی در بروز آسیب روانی اثر گذار است. براساس این یافته، هدف مطالعه، ساخت و هنجاریابی پرسشنامه عوامل فرهنگی موثر بر همبودی وسواس فکری و اختلال افسردگی عمده در جامعه ایران است.

مواد و روش ها: ابزار پژوهش، یک پرسشنامه محقق ساخته، در مورد تشخیص علل فرهنگی همبودی وسواس فکری و اختلال افسردگی عمده در جامعه ایرانی می باشد. برای ساخت این پرسشنامه ابتدا از ۱۰ روان شناس و روان پزشک عضو هیئت علمی دانشگاه در قالب پرسشنامه ای نظر خواهی شد، سپس جوابهای پرسشنامه دسته بندی شد و براساس تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی تعداد ۱۱ عامل با ۷۹ سؤال، پرسشنامه مورد تایید عاملی نهایی قرار گرفت. تجانس درونی ابزار با ضریب الفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: پس از تحلیل آماری الفای کرونباخ عامل های اول تا یازدهم، بالا ترین پایایی ۰/۹۰ و پایین ترین آن ۰/۴۲ به دست آمد. در تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از چرخش واریماکس، ۱۱ عامل استخراج شد که ۳/۴۷ درصد واریانس مقیاس مورد نظر را توضیح می دهد. با چرخش واریماکس ۲۵ عامل به دست آمد که ۱۴ عامل کم تر از ۳ گویه داشتند، و در نتیجه فاقد پایایی برای استفاده به عنوان زیر شاخه بودند و حذف گردیدند، بدین ترتیب پرسشنامه با ۱۱ عامل و ۷۹ سؤال تدوین گردید.

استنتاج: این ابزار توانایی تشخیص عوامل فرهنگی مرتبط با تجلی سازی و بروز همبودی وسواس فکری و اختلال افسردگی عمده را دارد.

واژه های کلیدی: همبودی، نشانه ها، وسواس فکری، افسردگی عمده

مقدمه

فرهنگ برای جامعه هم چون حافظه برای انسانها است. فرهنگ به ابزارها و عقیده هایی اطلاق می شود که بین افراد مشترک اند و چون در برهه ای از زمان مفید و قابل استفاده بوده اند به نسل های بعد انتقال می یابند. این

E-mail: nikpoor@yahoo.com

مؤلف مسئول: غلام علی نیکپور - محمود آباد، بلوار معلم، شهرک موج

۱. دانشجوی دوره دکتری روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، تهران، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، تهران، ایران

۳. استاد، گروه سنجش و اندازه گیری، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، تهران، ایران

۴. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، تهران، ایران

۵. استاد، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۱۲/۲۶ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۶/۷

مفهوم همیشه پیچیده و مبهم است و یکی از راه‌های تمرکز آن مطالعه نشانه‌های فرهنگی است. نشانگان فرهنگی عبارت است از الگوی مشترک نگرش‌ها، اعتقادات، طبقه‌بندی‌ها، خود توصیفی‌ها، هنجارها، نقش توصیفی‌ها، ارزش‌ها و سایر عناصر ذهنی فرهنگ که پیرامون بعضی موضوع‌ها سازمان می‌یابد. نشانگان فرهنگی در میان کسانی که به یک زبان محلی صحبت می‌کنند، در یک دوره تاریخی خاص و در یک ناحیه جغرافیایی معین زندگی می‌کنند، یافت می‌شود. این نشانگان می‌تواند به نوبه خود در بروز آسیب درباره این که عوامل اجتماعی- فرهنگی مثل جنسیت، نژاد، فرهنگ، قومیت، آداب و رسوم و وضعیت اجتماعی- اقتصادی چه نقشی در اختلال روانی دارند، مؤثر باشد (۱). این یافته براساس مدل بیماری‌پذیری- فشار روانی در بروز آسیب روانی قابل توجه است چون علت بیماری‌های روانی را چند گانه می‌داند. و این دیدگاه منطقی به نظر می‌رسد، بیش تر اختلال‌ها، به خصوص اختلالات همبودی احتمالاً از طریق تعامل نقایص عصبی- زیستی و عوامل فرهنگی محیطی بوجود می‌آید (۲،۳)، یک فرد ممکن است عوامل زمینه ساز یعنی عوامل وارثی و ژنتیکی بیماری را داشته باشد و در مواجه با عوامل فرهنگی و محیطی نامناسب است بیماری تجلی یابد. چنین شرایطی ممکن است منجر به ظهور دو بیماری یا بیش تر در فرد بشود که پدیده همبودی نام دارد. یعنی بیمار بیش از یک اختلال را در ارگانسیم خود حمل می‌کند و یا بیمارانی که هنگام ابتلا به یک بیماری، نشانگان بیماری دیگری را بروز می‌دهند. براساس مدل کاهنیا (۴)، همبودی به بیماری‌هایی اشاره دارد که به دفعات متناوب با یکدیگر رخ می‌دهد، به صورتی که این رخداد همزمان را نمی‌توان ناشی از تصادفی و شانس در نظر گرفت. امروزه این واژه نه تنها برای بیان همزمانی بیماری‌های پزشکی و روانشناسی استفاده می‌شود مانند افسردگی اساسی و فشارخون، بلکه گستره‌ی کاربرد آن به اختلالات روان‌پزشکی و روان‌شناختی نیز کشیده

شده است مثل، افسردگی عمده و وسواس فکری (۵). علائم اصلی اختلال افسردگی، غمگینی شدید و یا ناتوانی از تجربه کردن خوشی و لذت است. در ایجاد این اختلال دو نوع رویداد اهمیت ویژه‌ای دارند: فقدان (از دست دادن) و شکست (۶). تجربه‌های مثل از دست دادن شغل یا فوت بستگان نزدیک می‌توانند باعث آغاز دوره‌ای از غم، خمودگی، و تکرار دایمی بعضی از افکار منفی مثل (بدبینی ...) باشند اکثر مردم می‌توانند این احساس‌های منفی را در عرض چند روز یا چند هفته از بین ببرند و به زندگی عادی خود باز گردند. در افسردگی، علائم هیجانی و انگیزشی، شناختی، رفتاری، و فیزیولوژیک دیده می‌شود (۷) در بروز افسردگی و وسواس علاوه بر علت و نشانه‌های فوق، عوامل اجتماعی و فرهنگی نیز اثر گذار است، یعنی هم عوامل ژنتیک و هم عوامل فشارزای محیطی و فرهنگی اثر گذار است. پاره‌ای از مؤلفان بر عامل وراثت تاکید می‌کنند. آن‌ها عقیده دارند که بروز نشانگان و وسواس در سطحی از تحول، تأییدی بر سرشتی بودن آن است، پاره‌ای دیگر به فراوانی رگه‌ها یا خصصیه‌های وسواسی در اغلب والدین کودکانی که دچار این اختلال هستند، اشاره می‌کنند (۸)، کانر از کمال جویی مفرط والدین سخن به میان می‌آورد و آدامز، آن‌ها را والدینی نامعطف، قراردادی و واجد دو سوگرایی در ارتباط با فرزندانشان می‌داند (۹). با توجه به این که در تعریف وسواس فکری با افکار و امیال پایدار و مهارناپذیر روبرو هستیم، لذا می‌توان گفت که نشانه‌شناسی وسواس می‌تواند در خلال تحول در چارچوب پاره‌ای از سازمان یافتگی‌های مرضی دیگر قرار گیرد، برخی از مؤلفان عقیده دارند که در خلال بروز وسواس- بی‌اختیاری همواره باید امکان وجود افسردگی بنیادی شخصیت نیز در نظر گرفته شود، که این یافته با همبودی وسواس فکری- افسردگی عمده، همخوانی دارد.

مطالعه همبودی منجر به ارائه تصویر کامل‌تری از اختلال یک بیماری می‌شود. به نظر می‌رسد که همایندی

پرسشنامه مقیاس نگرش مسئولیت برای اندازه‌گیری باورهای مربوط به مسئولیت در مورد بیماران وسواس فکری و عملی طراحی کردند. ماده‌های این مقیاس فرهنگی و نگرشی می‌باشند که متناسب با فرهنگ منطقه خاص نرم می‌شود و میزان مسئولیت اغراق‌آمیز بیماران وسواس را می‌سنجد، هم‌چنین Khawaja و Bryden پرسشنامه سنجش افسردگی دانشجویان را در قالب ۳۰ سوال طراحی کردند (۱۴). این پرسشنامه دارای سه مولفه رخوت و بی‌حالی، شناختی-هیجانی و فرهنگی (انگیزه تحصیلی) می‌باشد که براساس آن میزان تأثیر عوامل فرهنگی که در بروز افسردگی اثر دارد، را می‌سنجد. براساس این یافته‌ها و نظریات مطرح شده ضروری است تا به منظور بررسی همبودی وسواس فکری و اختلال افسردگی عمده‌ابزاری فرهنگی ارائه داد تا بتوان تشخیصی اثرگذاری عوامل فرهنگی جامعه ایرانی در بروز این اختلال را داشته باشد. لازم به ذکر است تشخیص همبودی تاکنون از طریق ملاک طبقه‌بندی انجمن روانپزشکی آمریکا توسط متخصصین صورت می‌پذیرفت، بنابر تحقیقات انجام شده، تاکنون پرسشنامه‌ای که بتواند علل فرهنگی همبودی وسواس فکری و اختلال افسردگی عمده را تشخیص دهد یافت نشده است.

لذا بروز و شیوع روز افزون اختلال همبودی از یک طرف و تعامل آن با عوامل فرهنگی و محیطی از طرف دیگر منجر به ابهام در تشخیص‌گذاری و به خصوص در درمان شده است و این سؤال اساسی را مطرح می‌کند که آیا عوامل فرهنگی و محیطی خاصی در جامعه وجود دارد که منجر به بروز این اختلال شود؟ اگر جواب مثبت است این عوامل کدامند؟ برای پاسخ به این سؤالات نیاز است ابزاری ساخته شود تا بتوان عوامل فرهنگی و محیطی مؤثر در همبودی اختلال افسردگی عمده-وسواس فکری را سنجید. بنابراین هدف از این مطالعه ساخت ابزاری برای تشخیص علل فرهنگی همبودی وسواس فکری و اختلال افسردگی عمده در جامعه ایرانی می‌باشد.

چند اختلال در افرادی که به انواع شدید اختلال‌های روانی مبتلا هستند خیلی بالا است. کسلر، چپو و همکاران (۲۰۰۵) بعضی از محققین این فرضیه را عنوان کردند که همبودی نشان دهنده آسیب مشترک است (۱۰). اگر نتایج تحقیقات این موضوع را ثابت کند، باید به جای تأکید بر تشخیص‌های جداگانه، به دنبال هسته زیربنایی باشیم. با توجه به سودمندی بررسی علل زیربنایی در تشخیص و درمان همبودی اختلالات به‌نظر می‌رسد عمده‌ترین متغیرهای اثرگذار بر بروز اختلالات روانی باید مورد بررسی قرار گیرد. مضاف بر این که اختلالات روانی در ارتباط با ارزش‌ها، هنجارهای فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی نیز تعریف شده است. همچنین اصطلاح (ناراحتی فرهنگی) نوعی واژه، عبارت زبانی، یا شیوه صحبت کردن در باره رنج کشیدن افراد یک گروه فرهنگی است (مثلاً قیمنیست و مذهب مشابه) که به مفاهیم مشترک آسیب و شیوه‌های ابراز، انتقال، یا نامیدن ویژگی اصلی ناراحتی اشاره دارد (۷). Mendenhall در تحقیقی بر روی همبودی اختلال افسردگی و دیابت مشخص کردند که عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی به عنوان عوامل روانی اجتماعی در بروز و سیر این اختلال اثر گذارند (۱۱). هم‌چنین Hinton و همکاران به بررسی روایی عوامل بین فرهنگی اختلال استرس پس از سانحه براساس DSM-5 پرداختند و به عوامل میان فرهنگی زیادی در بروز اختلال پس از سانحه دست یافتند (۱۲). Gotlib در کتاب درک افسردگی براساس فرهنگ، عنوان می‌نماید: محققین با به‌کارگیری روش‌های مصاحبه و پرسشنامه می‌توانند، تشخیص دهند که داده‌های فرهنگی به صورت فرا علتی بر بروز اختلال افسردگی (عقاید مذهبی، مفهومی از بیماری، جهت‌یابی در ارتباطات اجتماعی، تمرکز بر کنترل) تأثیر دارند یعنی بین اندازه‌گیری این متغیرها در یک نمونه و سپس آزمایش آن با متغیرهای دیگر و وضعیت واقعی افسردگی رابطه وجود دارد (۱۳). براساس این یافته‌ها سالکو و سیکس (۲۰۰۰) به نقل از گنجی (۱۳۹۲) (۷)،

مواد و روش ها

جامعه آماری کيله بیماران وسواس فکری، افسردگی عمده و همبودی وسواس فکری- افسردگی عمده، مراجعه کننده به بیمارستانها و کلینیکهای روان شناسی و روان پزشکی شهر تهران است. نمونهها با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند (۱۵). مصاحبه اولیه با روش دلفی براساس نظر ۱۰ نفر از روانشناس عضو هیئت علمی دانشگاهها انجام شد. در این مرحله ابتدا شاخصهای اصلی که عبارتاند از ۱۴ شاخص (۶ شاخص فرهنگی وسواس فکری و ۸ شاخص فرهنگی اختلال افسردگی عمده) به دست آمد سپس سوالاتی در قالب شاخصهای مشخص شده، تدوین شد. در ادامه با استفاده از روشهای روایی صوری، محتوایی و سازه، مناسب بودن هر یک از سوالات مورد تحلیل قرار گرفت. در بررسی روایی صوری، دو روش کمی و کیفی به کار گرفته شد. روایی صوری کیفی در یک پانل ۱۰ نفره از متخصصین تعیین شد. جهت تعیین روایی صوری کمی، از Impact score استفاده شد. ابتدا برای هر یک از آیتها، طیف لیکرتی ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) در نظر گرفته شد پس از آن پرسشنامه جهت تعیین روایی در اختیار ۳۰ نفر از افراد دارای اختلال همبودی قرار گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه توسط افراد مورد نظر، روایی صوری با استفاده از فرمول $\text{Impact Score} = \text{Frequency} (\%) * \text{Importance}$ محاسبه شد (۱۶).

برای تعیین روایی محتوایی کیفی، از تعدادی از روانپزشکان خواسته شد تا نظر خود را در خصوص ابزار تحقیق پس از مطالعه رایج کنند. در این مرحله، متناسب بودن کلمات و جملات و دستور زبان نیز مورد توجه قرار گرفت. پس از اعمال نظر متخصصان در بخش روایی محتوایی کیفی، از نسبت روایی محتوا (CVR) و از شاخص روایی محتوا (CVI) به ترتیب جهت اطمینان از این که مهم ترین سوال انتخاب شده است و برای اطمینان از این که سوالات ابزار به بهترین نحو جهت

اندازه گیری محتوا طراحی شده، استفاده شد. جهت تعیین روایی محتوایی پرسشنامه از ۱۰ نفر از متخصصان و روانپزشکان خواسته شد که به هر یک از سوالات پرسشنامه در بررسی CVR به صورت «ضروری است»، «ضروری نیست ولی مفید است» و «ضرورتی ندارد»، و در بررسی CVI به صورت ۱. غیرمرتبط ۲. تا حدودی مرتبط ۳. مرتبط و ۴. کاملاً مرتبط پاسخ دهند (۱۷). ابزار پژوهش پرسشنامه محقق ساخته تشخیص فرهنگی همبودی اختلال و وسواس فکری و افسردگی جامعه ایرانی بود برای ساخت این پرسشنامه ابتدا از ۱۰ نفر روانشناسان و روانپزشکان عضو هیئت علمی دانشگاه در قالب پرسشنامه‌ای با ۴ سؤال باز که به تفکیک علل فرهنگی و محیطی همبودی وسواس فکری، افسردگی عمده، همبودی و اختلال خلقی را می‌سنجید، نظرخواهی شد این سوالات عبارت بودند از ۱- به نظر شما عوامل بومی و محلی که در بروز وسواس فکری نقش موثری دارند کدامند؟ (به ترتیب اولویت) ۲- به نظر شما عوامل بومی و محلی که در بروز اختلال افسردگی عمده نقش موثری دارند کدامند؟ (به ترتیب اولویت) ۳- به نظر شما آیا عوامل فرهنگی مشترک در بین همبودی اختلالات روانی وجود دارد؟ (به صورت خلاصه توضیح دهید) ۴- به نظر شما آیا عوامل فرهنگی مشترک در بین همبودی اختلال افسردگی عمده و وسواس فکری وجود دارد؟ به صورت خلاصه توضیح دهید؟ (۱۲) سپس جوابها دسته‌بندی شد و در نهایت ۱۴ شاخص شامل شش شاخص فرهنگی وسواس فکری و هشت شاخص فرهنگی افسردگی عمده از آن استخراج شد و ترکیب این دو دسته‌بندی شاخصها، به عنوان علایم همبودی تلقی گردیدند.

شاخصهای فرهنگی وسواس فکری براساس این نظر سنجی عبارت بودند از: پرخاشگری و خشونت از طرف والدین، اهمیت به نظافت و تمیز بودن افراطی، انعطاف ناپذیری والدین، تاکید مفرط فرایض دینی، مطرح شدن افراطی مقوله گناه و مطرح کردن عواقب خطرناک احتمالی کارها.

و جردان اخلاقی با ۵ سؤال و با شماره سئوالات (۶۲، ۵۱، ۱۳، ۳۱، ۳۷) مورد سنجش قرار گرفت. هم چنین وسواس فکری را با شاخص های: تاکید مفرط فرایض دینی و مطرح شدن افراطی مقوله گناه با ۱۱ سؤال و با شماره سئوالات (۴، ۲۶، ۲، ۵۸، ۵۷، ۶۰، ۲۳، ۵۹، ۳، ۳۶، ۹) انعطاف ناپذیری و خشونت والدین با ۱۰ سؤال و با شماره سئوالات (۲۵، ۴۴، ۱۱، ۱، ۴۸، ۴۶، ۲۴، ۵۶، ۳۵، ۸)، باورهای غلط همراه با عدم انعطاف پذیری با ۴ سؤال و با شماره سئوالات (۳۸، ۶۴، ۶۳، ۲۷)، کمال جویی والدین با ۳ سؤال و با شماره سئوالات (۲۲، ۱۲، ۶) اهمیت به نظافت و تمیز بودن افراطی با ۳ سؤال و با شماره سوال های (۴۷، ۶۱، ۱۰) مورد سنجش قرار گرفت. سئوالات با این هدف که بیماران بتوانند به راحتی به آن پاسخ دهند، به صورت ساده و روان طرح گردید. انتخاب بیمارستان و کلینیکها بصورت تصادفی صورت گرفت و برای انجام پژوهش تعداد ۳۰۰ بیمار بصورت نمونه گیری هدفمند به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند (۱۵)، تحلیل عاملی تاییدی، بخش از مدل اندازه گیری است که با روابط بین متغیرهای مشاهده شده و عامل ها (متغیر مکنون) سرو کار دارد (۱۸). جهت دست یابی به، برازش مدل از شاخص های مختلف برازش و ضرایب ساختاری استفاده می شود که شامل شاخص نیکویی برازش I (Goodness of Fit: GF) Root mean Square Error Of Approximation : RMSEA ریشه میانگین مربع خطای تقریبی:،

شاخص کای دو و درجه آزادی متناظر با آن، شاخص برازش مقاسیه ای یا تطبیقی

(Root mean Square Residual: RmR)، است، که به طور معمول در تعیین برزندگی تحلیل عملی تاییدی استفاده می شود (۱۹)، لازم به ذکر است که شاخص RMSEA کم تر یا مساوی ۰/۰۶ نشان دهنده برازش خوب، بین ۰/۰۶ تا کم تر و مساوی ۰/۰۸ تا کم تر و مساوی ۱ برازش ضعیف مدل می باشد. RmR کوچک تر با مساوی ۰/۰۸ نشان دهنده برازش مناسب می باشد (۲۰). شاخص های GFI و CFI بزرگ تر از ۰/۹

شاخص های فرهنگی افسردگی عمده براساس این نظر سنجی عبارت بودند از: تلاش صادقانه فرد و عدم رسیدن به نتیجه و بد دانستن افراطی بروز پر خاشگرگی از نظر خانواده، احساس ناامنی و بی کفایتی، تاکید مفرط بر ایده آل ها، فقر و بیکاری، فضای غم و اندوه خانواده، تاکید خانواده بر سکوت در بحث ها (داشتن چهره متین)، گرایش جامعه به لحاظ کردن جنبه های منفی، سپس برای هر یک از این شاخص ها، چند سؤال طرح شد که در مجموع پرسشنامه ۸۴ سؤالی اولیه تدوین شد و سپس به منظور برآورد روایی و اعتبار، این پرسشنامه بر روی ۳۰۰ نمونه بیمار اجرا گردید. این تعداد نمونه بر اساس برآورد هیو (۱۳) محاسبه شده است. براساس تحلیل عاملی اکتشافی (۱۴) تعداد ۱۱ عامل یا شاخص که ۶ عامل یا شاخص متعلق به افسردگی عمده و ۵ شاخص یا عامل متعلق به وسواس فکری استخراج شد. تعدادی از شاخص ها و سئوالات به علت ضریب استاندارد T و الفای پایین حذف گردیدند. در نهایت پرسشنامه با ۱۱ شاخص اصلی (۶ شاخص افسردگی عمده و ۵ شاخص و وسواس فکری) و با ۷۹ سؤال تأیید گردید. پرسشنامه در قالب پاسخ های دو نقطه ای (بلی، خیر) پاسخ داده می شد. این ابزار فرهنگی همبندی وسواس فکری و افسردگی عمده در جامعه ایرانی را با ۱۱ شاخص و با ۷۹ سؤال می سنجد. در پرسشنامه اختلال افسردگی عمده با شاخص های تلاش صادقانه و عدم رسیدن به نتیجه همراه با عدم امنیت با ۱۸ سؤال و با شماره سوال های (۳۲، ۱۸، ۳۹، ۵۳، ۶۶، ۵۰، ۱۶، ۶۵، ۲۸، ۷۲، ۶۸، ۳۴، ۵۵، ۷، ۱۴، ۳۰، ۲۱) غم و اندوه خانواده و تاکید آن ها بر سکوت با ۸ سؤال و با شماره سئوالات های (۷۵، ۲۰، ۵۴، ۷۶، ۴۷، ۷۷، ۱۹، ۷۸)، تاکید مفرط بر ایده ال ها با ۸ سؤال و با شماره سئوالات های (۴۳، ۵۲، ۲۹، ۷۱، ۶۷، ۴۱، ۷۰، ۴۲)، واقعیت ها و باورهای غلط ولی زمینه ساز با ۵ سؤال و با شماره سئوالات های (۱۵، ۷۹، ۵۲، ۱۷، ۶۹)، هنجارهای نامتعطف خانواده با ۴ سؤال و با شماره سئوالات (۴۲، ۳۳، ۷۴، ۷۳)، افراط در

نشان‌دهنده برآزش مناسب می‌باشد. نسبت کای دو به درجه آزادی متناظر که کم‌تر از ۵ قابل قبول و کم‌تر از ۳ خوب می‌باشد (۲۱) تحلیل عامل اکتشافی با استفاده از نرم‌افزار *JisreI*، $NA=0$ انجام شده است.

جدول شماره ۱: پرسشنامه علل فرهنگی همبودی و سواس فکری - افسردگی عمده در جامعه ایرانی (نیکپور)

ردیف	عبارت	بلی خیر
۱	در صورت هر گونه خطا در انجام وظایف مورد تبه بدنی پدر واقع می‌شوم.	
۲	والدینم مرتب تاکید بر شستن دست با صابون را دارند.	
۳	والدینم بر درست و دقیق خواندن نماز تاکید می‌کنند.	
۴	کاری را که والدینم خواستند باید بدون کم و کسر انجام دهم.	
۵	با وجود اینکه نسبت به هر موضوع زندگی ام حساس هستم و آن را جدی می‌گیرم ولی بیشتر به شکست مواجه می‌شوم.	
۶	اگر در هر صورت پرخاشگری نشان دهم مورد قبول اعضا خانواده واقع نمی‌شوم.	
۷	به نظر من زندگی هیچ لذتی ندارد.	
۸	پدر روی هر موضوع کم اهمیتی در خانه داد و فریاد راه می‌اندازد.	
۹	هر صبح حتی تازه به سن تکلیف رسیده بودم زمان اذان والدین مرا برای نماز صبح بیدار می‌کردند.	
۱۰	والدینم از ریخت و پاشم در منزل احساس ناراحتی می‌کنند.	
۱۱	اگر خطایی از من سر بزند والدینم مرا نمی‌بخشند.	
۱۲	اگر نتوانی این کار محول شده را به خوبی به انجام برسانی یعنی اینکه به پدر و مادر خود بی‌احترامی کردی.	
۱۳	خانواده اظهار می‌دارند چنانچه کار مورد نظر آنها را انجام ندهم در زندگی بدبخت می‌شوم.	
۱۴	با وجود اینکه بیشتر از همه اعضاء خانواده بیشتر در خدمت خانواده هستم، ولی باز کارهای من نادیده گرفته می‌شود.	
۱۵	انسان نباید پرخاشگری خود را نشان دهد حتی اگر حق او ضایع شود.	
۱۶	من آینده خوبی نخواهم داشت.	
۱۷	یا نباید تلاش کنم و یا اگر تلاش می‌کنم باید به بهترین‌های زندگی دست یابم.	
۱۸	چون درآمد زیادی ندارم، نمی‌توانم رقابت کنم و در نتیجه شکست می‌خورم.	
۱۹	اعجاب در خانه با همدیگر حرف نمی‌زنیم و هر کسی با فکر خود مشغول است.	
۲۰	فرزند چه حق داشته باشد چه نداشته باشد باید در جمع سکوت کند.	
۲۱	ما عادت داریم به جنبه‌های منفی کار دیگران توجه کنیم.	
۲۲	مادرم کارهایم را ایراد می‌گیرد و در پی آن داد و فریاد راه می‌اندازد.	
۲۳	اکثر اوقات والدین بر انجام اعمال صحیح فرایض دینی تاکید می‌کنند.	
۲۴	یادم می‌آید یک یا چند بار آرزوی مرگ پدر یا مادر خود را کردم.	
۲۵	یک اشتباه کوچک درباره والدین توسط من، بصورت فاجعه درباره خود می‌بینند.	
۲۶	معتمد اعمال دینی خود را به‌خوبی به انجام نرسانم، خداوند هرگز تو را نمی‌بخشد.	
۲۷	من اعتقاد دارم چنانچه برای زندگی تلاش نکنم راه برگشتی وجود ندارد.	
۲۸	علیرغم اینکه برای پیدا کردن کار خیلی تلاش می‌کنم و شرایط لازم را داشتم ولی کسی دیگر را انتخاب کردند.	
۲۹	اگر پرخاشگری نشان دهم جامعه مرا ترد خواهد کرد.	
۳۰	عقیده من اینست که در جامعه امنیت وجود ندارد.	
۳۱	باید بهترین هدفهای زندگی خود را مشخص کنم و فقط برای رسیدن به این هدفها تلاش نمایم.	
۳۲	چون کاری ندارم، درآمدی نخواهم داشت و زندگی ام بدتر خواهد شد.	
۳۳	من به یاد ندارم که خانواده ام مراسم شادی را برای مناسبت‌های تولد و یا سالگرد ازدواج برگزار کرده باشند.	
۳۴	به جهت اینکه چندین بار در یک کار شکست می‌خورم، دیگر رمقی برای انجام کارهای جدید نیست.	

۳۵	بعضی مواقع شاهد کنک خوردن مادر از طرف پدر در خانه بودم.
۳۶	تاکید زیاد والدینم بر وضو گرفتن دقیق، و اگر غلط باشد خدا نمی‌بخشد.
۳۷	والدینم اهداف آرمانی بزرگ برای ما در نظر می‌گیرند.
۳۸	فکر کردن در مورد مسائل هوا و هوس باعث می‌شود که گناهان چند برابر شوند.
۳۹	من معتمد دست به هر کاری بزنم نتیجه‌ای نخواهد داشت و موفق نخواهم شد.
۴۰	از نظر خانواده ام حتی اگر من حق داشته باشم و آن را ضایع کنند، اگر من پرخاشگری نشان دهم، نشانه بی‌تریبی من است.
۴۱	چون مردم به صورت پنهانی دست به خلاف می‌زنند بنابراین هر لحظه احساس خطر می‌کنند.
۴۲	انسان در هر صورت باید در زندگی موفق شود.
۴۳	بیکاری منجر به دلهره من می‌شود.
۴۴	فضای خانواده ما رسمی و جدی است.
۴۵	سکوت و پذیرش بی‌چون و چرای فرد در جمع نشانه ادب و متانت اوست.
۴۶	اوامر پدر باید بدون چون و چرا انجام شود، در غیر اینصورت او از کوره در می‌رود.
۴۷	اعتقاد به انجام بعضی از رفتار دارم که از وقوع حوادث ناگوار جلوگیری می‌کند.
۴۸	والدینم اشتباهات کوچک را همیشه بزرگ جلوه می‌کنند.
۴۹	اگر تو با ماشین تصادف کنی هم خودت را از بین می‌بری هم ضرر اقتصادی به ما می‌زنی.
۵۰	تلاش من فایده‌ای ندارد چون کارفرمایان هر فردی که خودشان می‌خواهند برای این کار انتخاب خواهند کرد.
۵۱	از نظر خانواده ام اگر بتوانم خشم‌های سنگین خودم را در درون بریزم فرد با شخصیتی محسوب می‌شوم.
۵۲	به نظرم نباید حتی اگر توانایی ندارم به کارهای پایین تر فکر کنم.
۵۳	چون کار ندارم می‌گویم چگونه باید روزها را سپری کنم.
۵۴	والدینم در قضاوت‌هایشان دایم طرفدار دیگران هستند.
۵۵	در انجام کارهای جدید بیشتر منتظر شکست هستم تا موفقیت.
۵۶	پدرم خلق متغیر دارد و نمی‌توانم پیش‌بینی کنم برای چه موضوعی عصبانی می‌شود.
۵۷	احساس می‌کنم اگر نماز را سرسوت و دقیق نخوانم اطرافیانم مرا نمی‌پذیرند.
۵۸	فردی که نماز خود را درست نخواند طرد می‌شود.
۵۹	والدینم ضمن اینکه بر واجبات دین و با نمازهای واجب تاکید می‌کنند بر انجام مستحبات نیز اسرار دارند.
۶۰	خانوادام معتقدند در صورت اشتباه خواندن نماز، خداوند هرگز فرد را نمی‌بخشد.
۶۱	باید حتماً بعد از بیدار شدن، ریخت و خواب خود را با نظم خاصی مرتب نمایم.
۶۲	تو شهادتی که ما چقدر برای موفقیت تو هزینه کرده‌ام و اگر موفق نشوی یعنی رنج ما برای تو بی‌اهمیت است.
۶۳	اگر کار گناه آلودی انجام دهم، حتی اگر بعداً پشیمان شوم خدا هرگز گناهم را نمی‌بخشد.
۶۴	اگر در زندگی بلغزی دیگر هیچ کس به تو اعتماد نمی‌کند.
۶۵	تلاشهای فراوانی برای پیدا کردن کار کردم ولی نتیجه نداد.
۶۶	چون برای کارم هر چه تلاش صادقانه بود انجام دادم ولی به نتیجه‌ای نرسیدم بنابراین ناامیدم.
۶۷	اگر می‌خواهم در نظر خانواده و جامعه فردی مثبت تلقی شوم تحت هر شرایط باید پرخاشگری کنم.
۶۸	چون چند بار تلاش کردم و نتیجه‌ای حاصل نشد پس من کفایت لازم برای زندگی را ندارم.
۶۹	به اعتقاد من چون فرهنگ راز نگهداری وجود ندارد بنابراین فردی که مسئله خود را برای کسی عنوان کرده احساس امنیت نمی‌کند.
۷۰	تصور من اینست انسان در هر صورت باید در زندگی موفق باشد.
۷۱	من کاری ندارم تواناییهای من چقدر راست، من باید موفق شوم.
۷۲	به عقیده من بعثت درآمد کم همه نیازهای من برآورده نمی‌شود.
۷۳	اکثر اوقات در محیط خانواده ما درباره مشکلات صحبت می‌شود.
۷۴	خانواده ما شاد بودن و شوخ طبعی را دال بر بی‌خیال بودن تلقی می‌کنند.
۷۵	مسافرت رفتن برای خانواده ما مهم نیست.
۷۶	اگر فرزند در جمع مخالفت کند نشانه بی‌تریبی اوست.
۷۷	اگر افراد بزرگتر دلیل غیر منطقی هم داشته باشند کوچک‌ها باید آن را بپذیرند.
۷۸	فرزند من اینست که ابراز عقیده ننماید و حرفهای بزرگ‌ها را بی‌چون و چرا بپذیرد.
۷۹	آفتقدر در درازنایی به جنبه‌ها، منفی کار توجه داریم به جنبه‌های مثبت آن توجه نمی‌کنیم.

یافته ها

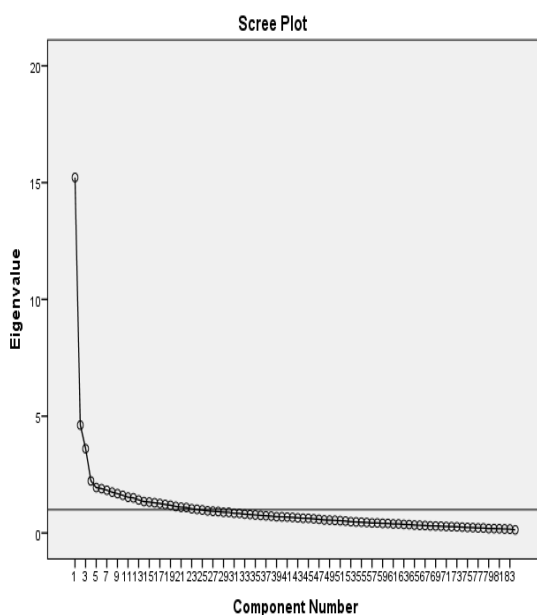
در مجموع ۳۰۰ پرسشنامه محقق ساخته توسط بیماران تکمیل شد (۱۳). ملاک عمل فقط تشخیص بیماران همبودی اختلال افسردگی عمده- و سواس فکری، بوده است. پس از جمع آوری داده‌ها و انجام تحلیل آماری آلفای کرونباخ عامل‌های اول تا یازدهم به ترتیب برابر با: ۰/۹۰، ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۵۴، ۰/۶۶، ۰/۵۱، ۰/۵۵، ۰/۴۸، ۰/۵۴، ۰/۴۲ محاسبه شد و آلفای کرونباخ مقیاس کل برابر با ۰/۹۴ می‌باشد.

روایی

جهت تعیین روایی صوری کمی، از Impact score استفاده شد. ابتدا برای هر یک از آیتم‌ها، طیف لیکرتی ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) در نظر گرفته شد پس از آن پرسشنامه جهت تعیین روایی در اختیار ۳۰ نفر از افراد دارای اختلال همبودی قرار گرفت. پس از تکمیل پرسش‌نامه توسط افراد مورد نظر، روایی صوری با استفاده از فرمول روش تاثیر آیتم (Impact Score = Frequency (%) * Importance) محاسبه شد. در بحث روایی، پاسخ‌ها با استفاده از فرمول CVR محاسبه شده و با جدول Lawshe (۱۹۷۵) منطبق شد (۲۰). اعداد بالاتر از ۰/۶۲ مورد قبول قرار گرفت (۲۲).

در ادامه جهت تعیین CVI از شاخص روایی محتوای gwaltz و base (۱۹۸۱) استفاده شد. از همان پاسخ‌گویان خواسته شد که در مورد هر یک از سوالات بر اساس سه معیار مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن در طیف لیکرتی چهار قسمتی (۱. غیرمرتبط ۲. تاحدودی مرتبط ۳. مرتبط و ۴. کاملاً مرتبط) اظهار نظر کنند. بدین منظور امتیاز CVI به وسیله‌ی مجموع امتیازات موافق برای هر آیتم که رتبه ۳ و ۴ کسب کرده‌اند بر تعداد کل رای دهندگان محاسبه شد. پذیرش آیتم‌ها بر اساس نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ بود (۱۷). در نهایت پس از بررسی روایی، ۳۳ سوال از مجموع ۱۱۷ سوال اولیه حذف شد و تعداد ۸۴ سوال باقی ماند. در روایی سازه، شاخص KMO در تحلیل عامل اکتشافی برابر با ۰/۸۲ و آزمون

بارتلت در $p < 0.01$ ، 0.7883 به دست آمد و با استفاده چرخش و اریماکس، ۱۱ عامل استخراج شد، ۴۷/۳ درصد واریانس مقیاس مورد نظر را توضیح می‌دهد. با چرخش و اریما کس ۲۵ عامل به دست آمد، که ۱۴ عامل کم‌تر از ۳ گویه (یا سؤال) داشتند و فاقد پایایی برای استفاده به‌عنوان زیر شاخه هستند و در نتیجه حذف شدند. همبستگی کل ۰/۹۴ بود. ساختار عوامل و میزان بارگذاری آن، مقدار میانگین و در صد واریانس توضیح داده شده توسط هر عامل، مقدار کل در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. آنالیز عاملی تاییدی (Confirmatory Factor analysis) برای بررسی ساختار عاملی جایگزین پیشنهاد شده، پایایی درونی همه زیر شاخه‌ها و همبستگی بین زیر شاخه‌ها به کار رفت. براساس نتایج به دست آمده از تحلیل عامل اکتشافی (Explanatory Factor analysis) مدل متشکل از ۱۱ عامل بررسی شد. نمودار شماره ۱ که نمودار سنگریزه شماره ۱ تا ۱۱ را نمایش داده است. نتایج جدول شماره ۳، نشان داده است که تحلیل عامل تاییدی براساس مدل ۱۱ عاملی به دست آمده از تحلیل عامل اکتشافی، برازش مناسبی با داده‌های حاصله دارد.



نمودار شماره ۱: سنگریزه عامل ها

جدول شماره ۲: تحلیل عامل اکتشافی عوامل فرهنگی (اصلاح شده با چرخش واریماکس)

عوامل											گویه
۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
										۰/۶۵۳	۳۲
										۰/۶۳۵	۱۸
										۰/۶۱۹	۴۱
										۰/۵۸۳	۵۶
										۰/۵۷۵	۷۱
										۰/۵۷۵	۵۳
										۰/۵۶۶	۱۶
										۰/۵۵۵	۷۰
										۰/۵۴۵	۲۸
										۰/۵۰۲	۷۷
										۰/۴۹۷	۷۳
										۰/۴۷۲	۳۴
										۰/۴۷۲	۵۱
										۰/۴۳۷	۵۸
										۰/۴۳۷	۴۰
										۰/۴۲۳	۷
										۰/۳۸۷	۵
										۰/۳۴۰	۱۴
										۰/۳۳۳	۳۰
										۰/۳۲۲	۲۱
										۰/۲۴۸	۹
										۰/۲۴۰	۳۶
										۰/۲۱۱	۳
										۰/۱۶۰	۶۲
										۰/۱۵۲	۲۳
										۰/۱۱۲	۶۳
										۰/۱۰۵	۶۰
										۰/۱۰۴	۶۱
										۰/۱۰۵	۲
										۰/۱۰۴	۲۶
										۰/۱۰۴	۴
										۰/۱۰۴	۸
										۰/۱۰۴	۳۵
										۰/۱۰۴	۵۹
										۰/۱۰۴	۲۴
										۰/۱۰۴	۴۸
										۰/۱۰۴	۵۰
										۰/۱۰۴	۱
										۰/۱۰۴	۱۱
										۰/۱۰۴	۴۶
										۰/۱۰۴	۲۵
										۰/۱۰۴	۸۳
										۰/۱۰۴	۸۰
										۰/۱۰۴	۱۹
										۰/۱۰۴	۸۲
										۰/۱۰۴	۴۷
										۰/۱۰۴	۸۱
										۰/۱۰۴	۵۷
										۰/۱۰۴	۲۰
										۰/۱۰۴	۲۷
										۰/۱۰۴	۶۸
										۰/۱۰۴	۶۹
										۰/۱۰۴	۳۹
										۰/۱۰۴	۴۴
										۰/۱۰۴	۷۵
										۰/۱۰۴	۴۳
										۰/۱۰۴	۷۲
										۰/۱۰۴	۷۶
										۰/۱۰۴	۲۹
										۰/۱۰۴	۵۵
										۰/۱۰۴	۴۵
										۰/۱۰۴	۳۷
										۰/۱۰۴	۷۴
										۰/۱۰۴	۱۷
										۰/۱۰۴	۵۲
										۰/۱۰۴	۸۴
										۰/۱۰۴	۱۵
										۰/۱۰۴	۷۸
										۰/۱۰۴	۷۹
										۰/۱۰۴	۳۳
										۰/۱۰۴	۴۲
										۰/۱۰۴	۶۴
										۰/۱۰۴	۳۸
										۰/۱۰۴	۳۱
										۰/۱۰۴	۱۳
										۰/۱۰۴	۵۴
										۰/۱۰۴	۶۷
										۰/۱۰۴	۶
										۰/۱۰۴	۶۵
										۰/۱۰۴	۱۲
										۰/۱۰۴	۲۲
										۰/۱۰۴	۱۰
										۰/۱۰۴	۶۶
										۰/۱۰۴	۴۹
۰/۶۱۴										۶/۸۶۵	مقدار ویژه
۰/۵۷۱										۸/۱۷۲	درصد انباشتی واریانس
۰/۳۵۵											
۲/۰۲۷	۲/۰۷۸	۲/۱۸۱	۲/۴۳۲	۳/۰۲۶	۳/۰۷۹	۳/۲۵۵	۴/۴۱۱	۴/۷۸۵	۵/۵۵۷	۶/۸۶۵	
۴۷/۲۵۷	۴۴/۸۴۴	۴۲/۳۷۱	۳۹/۷۷۴	۳۶/۸۷۹	۳۳/۲۷۷	۲۹/۶۱۱	۲۵/۴۳۵	۲۰/۴۸۴	۱۴/۷۸۸	۸/۱۷۲	

Archive of SID

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل عاملی تاییدی بر پایه مدل اندازه گیری

AGFI	AMSEA	CFI	GFI
۰/۸۵	۰/۱۰۱	۰/۹۵	۰/۹۰

پرسشنامه (۱۱ عاملی)

نیست این مطلب با نتیجه تحلیل آماری تحقیق همخوانی دارد، به گونه‌ای که در استخراج اولیه نتایج تحلیل آماری با چرخش واریماکس ۲۵ عامل به‌عنوان عوامل فرهنگی مؤثر بر بروز همبودی و سواس فکری- افسردگی عمده استخراج شد.

ولی ۱۴ عامل کم‌تر از سه گویه داشتند و فاقد پایایی برای استفاده زیر شاخه بودند و در نتیجه حذف گردیدند، استخراج زیر شاخه‌های این تحقیق به‌عنوان عوامل فرهنگی مؤثر در بروز همبودی اختلالات و سواس فکری- افسردگی عمده، از قبیل باورهای غلط، پرخاشگری و غم و اندوه، عدم انعطاف‌پذیری، تاکید مفرط بر ایده‌آل‌ها... با ماده‌های پرسشنامه سنجش افسردگی دانشجویان که توسط کاواجا و برایدن (۲۰۰۶) که سه مولفه اساسی منجمله فرهنگی را در بروز افسردگی دانشجویان مؤثر می‌دانستند، همخوانی دارد. همچنین این یافته‌ها با یافته‌های Diener، منبسی برانر گذاری عوامل فرهنگی و اجتماعی از قبیل جنسیت، نژاد، فرهنگ، قومیت، آداب و رسوم و وضعیت اجتماعی اقتصادی در بروز آسیب روانی، همخوانی دارد (۱۴).

آنچه که در این تحقیق به روشنی مورد تحلیل قرار گرفت و در تحلیل آماری با چرخش واریماکس استخراج گردید، متغیر منعطف نبودن بود که این عامل هم منعطف نبودن بیمار و هم منعطف نبودن والدین افراد و سواس را در بر می‌گیرد، که با نتیجه تحقیقات Kanner منبسی بر منعطف نبودن والدین این بیماران، همخوانی دارد (۸).

جدول شماره ۴، ماتریس همبستگی بین عامل‌ها را به تصویر می‌کشد. داده‌های جدول نشان می‌دهد که به جز همبستگی عامل‌های ۱ و ۱۱، همبستگی کلیه عامل‌ها معنی‌دار است که به جز همبستگی عامل‌های ۸ و ۱۱ (که در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار است) تمامی روابط در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. قوی‌ترین رابطه بین عامل‌ها، همبستگی عامل‌های ۳ و ۴ (۰/۶۳۰) می‌باشد.

بحث

این مطالعه مشخص کرد که عوامل فرهنگی خاصی در جامعه ما وجود دارد که منجر به تجلی‌سازی بروز همبودی و سواس فکری- افسردگی عمده می‌شود. این مطلب با نتیجه تحقیقات Gary منبسی بر این که یک فرد ممکن است عوامل زمینه‌ساز یعنی عوامل وارثی و ژنتیکی بیماری را داشته باشد ولی در اثر عوامل فرهنگی و محیطی نامناسب است که منجر به تجلی‌سازی بیماری می‌شود، همخوانی دارد (۳). در نگاه اولیه نسبت به عوامل فرهنگی، مؤثر بر بروز اختلالات روانی، به‌نظر می‌رسد که عوامل متعدد فرهنگی ممکن است در بروز این بیماری تأثیرگذار باشد نتایج حاصل از تحقیق حاضر نشان داد که همه پیش فرضهای محقق به‌عنوان عوامل فرهنگی مؤثر در بروز اختلالات روان‌شناختی درست

جدول شماره ۴: ماتریس همبستگی عامل‌ها

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
عامل ۱											
عامل ۲	۰/۲۶۷**										
عامل ۳	۰/۶۲۱**	۰/۳۶۶**									
عامل ۴	۰/۶۹۹**	۰/۴۰۴**	۰/۶۳۰**								
عامل ۵	۰/۵۳۰**	۰/۳۵۸**	۰/۳۹۳**	۰/۴۷۴**							
عامل ۶	۰/۳۳۷**	۰/۲۴۵**	۰/۲۲۸**	۰/۳۴۱**	۰/۳۷۸*						
عامل ۷	۰/۴۰۳**	۰/۲۴۲**	۰/۲۸۸**	۰/۴۱۷**	۰/۴۱۷**	۰/۳۹۳**					
عامل ۸	۰/۴۷۹**	۰/۳۳۱**	۰/۵۰۳**	۰/۵۴۶**	۰/۳۳۷**	۰/۲۹۲**	۰/۲۵۸**				
عامل ۹	۰/۳۸۵**	۰/۳۳۷**	۰/۳۴۶**	۰/۳۸۶**	۰/۳۸۴**	۰/۴۰۲**	۰/۳۹۲**	۰/۳۱۵**			
عامل ۱۰	۰/۵۲۹**	۰/۲۲۰**	۰/۴۷۰**	۰/۴۵۶**	۰/۳۴۸**	۰/۲۷۰**	۰/۳۱۷**	۰/۳۴۳**	۰/۳۴۹**		
عامل ۱۱	۰/۱۰۸	۰/۲۵۳**	۰/۱۶۱**	۰/۱۹۴**	۰/۲۲۹**	۰/۱۸۰**	۰/۲۷۱**	۰/۱۴۴**	۰/۲۲۸**	۰/۲۷۴**	
همبستگی یا شاخص کل	۰/۸۴۷**	۰/۵۸۷**	۰/۷۶۲**	۰/۸۲۲**	۰/۶۵۲**	۰/۵۲۵**	۰/۵۶۲**	۰/۶۳۴**	۰/۵۸۳**	۰/۶۰۸**	۰/۳۰۳**
پایایی	۰/۹۰	۰/۸۶	۰/۸۳	۰/۸۰	۰/۵۴	۰/۶۶	۰/۵۱	۰/۵۵	۰/۴۸	۰/۵۴	۰/۴۲

* یک ستاره در سطح ۹۵ درصد معنادار است

** دو ستاره در سطح ۹۹ درصد معنادار است

عامل ۱	تلاش‌های صادقانه فرد و عدم رسیدن به نتیجه همراه با عدم امنیت
عامل ۲	تاکید مفرط فرایض دینی و مطرح شدن افراطی مقوله گناه
عامل ۳	انعطاف‌ناپذیری و خشونت والدین
عامل ۴	غم و اندوه خانواده و تاکید آن‌ها بر سکوت
عامل ۵	پاورهای غلط همراه با عدم انعطاف‌پذیری
عامل ۶	تاکید مفرط بر ایده آل‌ها
عامل ۷	واقعیت‌ها و باورهای غلط زمینه‌ساز
عامل ۸	هنجارهای نامتعطف خانواده
عامل ۹	افراط در وجدان اخلاقی
عامل ۱۰	کمال‌جویی والدین
عامل ۱۱	اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی

هم‌خوانی و اعتبار بالایی دارد که همه عوامل فرهنگی در بروز همبودی اختلالات افسردگی عمده- و سواس فکری تایید شده است. هم‌چنین مطالعه جدول ماتریس همبستگی‌ها مشخص می‌کند که عامل اول، یعنی تلاش صادقانه فرد و عدم رسیدن به نتیجه همراه با عدم امنیت بالاترین رابطه را (۰/۸۴۷) دارد. این موضوع اثر بسیار بالایی در بروز همبودی و سواس فکری و افسردگی عمده دارد، چرایی این مطلب می‌تواند این باشد که عوامل فرهنگی عدم پاسخ مثبت برای آن دسته از افرادی که تلاش صادقانه می‌کنند، در جامعه شیوع پیدا کرده است. هم‌چنین این مطلب بیان‌کننده این است که انسان با تلاش کردن نمی‌تواند بر زندگی خود کنترل داشته باشد و این امر به درماندگی آموخته شده روان شناختی همخوانی دارد. عامل بعدی که بر اساس داده‌های جدول ماتریس همبستگی، بیش‌ترین تأثیر را در بروز این اختلال دارد عامل سوم یا انعطاف‌ناپذیری و خشونت والدین می‌باشد که هم در اختلال افسردگی عمده مؤثر است و هم در سواس فکری بنابراین این عامل اثر بسزایی در بروز اختلال همبودی افسردگی عمده و سواس فکری دارد. این یافته با یافته‌های تحقیقی Adams مبنی بر ارتباط نامتعطف والدین این بیماران، همخوانی دارد (۱۶). در بررسی رابطه بین عامل‌ها مشخص می‌شود که عامل ۴ و ۳ بیش‌ترین رابطه (۰/۶۳۰) را با همدیگر در بروز این اختلال دارند چرایی این مطلب شاید بخاطر این باشد که والدین این بیماران انعطاف‌پذیری لازم را در مدیریت خانوادگی خود ندارند، فضای عمومی خانواده‌ی بی‌روح و غم‌آلود است و افراد خانواده با لحاظ کردن هنجارهای سنگین خانواده زمینه را برای سکوت اعضاء خانواده فراهم می‌کنند که این یافته با نتایج تحقیق Kanner، مبنی بر کمال‌جویی مفرط والدین همخوانی دارد (۸).

یکی از محدودیت‌های مهم این تحقیق تعمیم نتایج آن و تفسیر علت شناختی متغیرهاست بنابراین پیشنهاد می‌گردد که این آزمون در نمونه‌های متفاوت انجام

هم‌چنین بروز همزمان سواس فکری- افسردگی عمده بیانگر پدیده همبودی است که با بروز نتایج تحقیق ماژ (۵) و Morrison (۱۱) همخوانی دارد. با انجام این تحقیق و مشخص شدن عوامل فرهنگی اختصاصی در بروز همبودی اختلال افسردگی عمده و سواس فکری با مدل کاهنیان (۴)، مبنی بر این که همبودی به بیماری‌هایی اشاره دارد که به دفعات متناوب با یکدیگر رخ می‌دهد به صورتی که این رخداد همزمان را نمی‌توان ناشی از تصادفی و شانسی در نظر گرفت، همخوانی دارد، یعنی نتیجه پژوهش این ابزار تحقیق مشخص می‌کند که عوامل مشخص شده محیطی، فرهنگی آن‌گونه که ذکر شد در بروز این اختلال نقش دارد و بروز آن ناشی از تصادف و شانسی نمی‌باشد.

عوامل فرهنگی، محیطی و اجتماعی که به عنوان شاخص و هم‌بعنوان گویه در این تحقیق مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت با ماده‌های پرسشنامه نگرش مسئولیت سالکو و سیکس و همکاران (۲۰۰۰) (۲۴) و هم‌چنین با نتیجه تحقیقات سار توریوز (۲۵)، مبنی بر اثرگذاری این عوامل در بروز اختلالات روانی، همخوانی دارد. با مطالعه جدول ماتریس همبستگی عامل‌ها، مشخص می‌شود که فقط دو عامل یعنی عامل ۱ و عامل ۱۱ در سطح ۰/۹۵ معنی‌دار است و بقیه عامل‌ها در سطح ۰/۹۹ دارای معنی می‌باشد. این یافته تحقیقی بیان‌کننده این مطلب است که مطالعات محقق همراه با استخراج نتایج پرسشنامه‌های باز که از ۱۰ روانشناس و روانپزشک عضو هیئت علمی به‌عنوان عامل‌ها استخراج گردید

است لذا پیشنهاد می‌گردد این آزمون به تفکیک جنس انجام گیرد تا بتوان به صورت اختصاصی تری از آن استفاده کرد.

گیرد تا تکرار پذیری و قدرت تعمیم آن بالا رود. هم‌چنین یکی دیگر از محدودیت‌های این تحقیق این است که این آزمون بر روی هر دو جنس انجام گرفته

References

1. Diener E, Suh EM. Culture and subjective well-being. Cambridge: Mass, MIT Press; 2000.
2. Cherian AV, Narayanaswamy JC, Viswanath B, Guru N, George CM, Bada Math S. Gender differences in obsessive disorder: findings from a large Indian sample. *Asian J Psychiatr* 2014; 17-21.
3. Garyfallos G, Katsigiannopoulos K, Adamopoulou A, Papazisis G, Karastergiou A, Bozikas VP. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder? *Psychiatry Research* 2010; 177(1-2): 156-160.
4. Aragona M. The concept of mental disorder and the DSM-V. *Dial Phil Ment Neuro Sci* 2009; 2(1): 1-14.
5. Maj M. Psychiatric comorbidity. *The British Journal of Psychiatry* 2005; 186(3): 182-184.
6. Kring AM, Johnson SL, Davison GC, Neale JM. *Abnormal Psychology*. 10th ed. Hoboken NJ, John Wiley; 2007.
7. Ganji M. *Abnormal psychology: Based on DSM-5*. Tehran: Savalan Press; 2014. (Persian)
8. Kanner L. *Child psychiatry*. 3rd ed. Springfield, IL, Charles C Thomas; 1948.
9. Dadsetan P. *Psychopathology from infancy through adulthood*. 3th ed. Tehran: Samt Press; 2011. (Persian).
10. Kessler RC, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 617-27.
11. Mendenhall E. Beyond Comorbidity: A Critical Perspective of Syndemic Depression and Diabetes in Cross-cultural Contexts. *Med Anthropol Q*, 2015.
12. Hinton DE, Lewis-Fernández R. The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28(9): 783-801.
13. Gotlib IH, Hammen CL. *Handbook of depression*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2008.
14. Khawaja NG, Bryden KJ. The development and psychometric investigation of the university student depression inventory. *J Affect Disord* 2006; 96(1-2): 21-29.
15. Delavar A. *Educational and psychological research*. Tehran: Virayesh Press; 2001 (Persian).
16. Adams PL. Family characteristics of obsessive children. *Am J Psych* 1972; 128(11): 1414-1417.
17. Zeidi IM. Reliability and validity of Persian version of the health promoting lifestyle profile. *Mazandaran University Medical Science* 2012; 21(86): 102-113.
18. Karimi A. *Introduction to test construction and psychological tests*. Tehran: Ravan Sanji; 2011. (Persian).
19. Haidarali H. *Statistical Inference in Behavioral Research*. Tehran: Samt Press; 2004. (Persian).

-
20. Munro BH. Statistical methods for health care research. Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
 21. Arojin KJ. Confirmatory factor analysis revealed four factors: self-awareness, the importance of spiritual beliefs, spiritual. Philadelphia: Lippincott; 2005. p. 275-351.
 22. Byrne BM. Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: basic concepts, applications, and programming. Erlbaum Associates 2006; xiii, p: 412.
 23. Morrison JR. Diagnosis made easier: principles and techniques for mental health clinicians. New York: Guilford Press; 2007; xi, p. 316.
 24. Salkovskis PMWA, Gledhill A, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. Behav Res Ther 2000; 38(4): 347-372.
 25. Sartorius N. Physical illness in people with mental disorders. World Psychiatry 2007; 6(1) : 3.

Archive of SID