

Reliability and Validity measurement of the Obsessive Beliefs Questionnaire: child and adolescent version

Shojaei, A., Yousefi, R *, Chalabianloo, Gh.

Abstract

Introduction: The aim of the present research was to study the factorial structure, reliability and validity of Obsessive Beliefs Questionnaire – child version (OBQ-CV) in a group of adolescents in Isfahan City.

Method: The sample included 324 none clinical student of Isfahan City which selected randomly and a sample of 15 obsessive compulsive patients aged 14-17 were also filled the questionnaire afterwards. Exploratory factor analyses identified four factors including: 1- Importance/Control of Thoughts, 2- Perfectionism/Certainty, 3-Responsibility and 4- Threat Estimation. Concurrent validity of the OBQ-CV has been studied through correlational analysis with the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and MOCI.

Results: The results revealed positive correlations among the OBQ-CV and CY-BOCS, OBQ-CV and MOCI. Also this version showed substantial divergent validity with depression and anxiety measures. Test-retest reliability coefficient of the questionnaire arrived to 0/673 in two weeks, internal consistency (Cronbach's Alpha) of 0/81. About possible differences among male and female groups no significant t-Test measure was found. No significant difference observed for age groups as well. Instead study of the clinical/ nonclinical groups indicated significant difference between this groups.

Conclusion: The correlation between these four factors indicates appropriate conformity for the OBQ-CV questionnaire and meets the aims of the questionnaire for adolescents. Also it could be concluded that there are strong link between obsessive-compulsive beliefs and OCD symptoms.

Keywords: Factorial structure, Reliability, Validity, The Obsessive Beliefs Questionnaire – child version (OBQ-CV).

*Correspondence E-mail:
Yousefi@azaruniv.ac.ir

اعتباریابی و پایایی سنجی پرسشنامه باورهای وسواسی: نسخه کودک و نوجوان

تاریخ دریافت: ۹۳/۰۸/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۲۰

اعظم شجاعی*، رحیم یوسفی**، غلامرضا چلبیانلو***

چکیده

مقدمه: وسواس در کودکان و نوجوانان، علی‌رغم داشتن سببی بسیار ناتوان‌کننده، همواره مورد بی‌توجهی قرار گرفته است. در واقع، ماهیت مرموز و پنهان این اختلال است که در تعامل با فرایند رشد، تابلویی پیچیده ترسیم کرده است که پی‌آمد آن بالطبع درمان دشوار این اختلال است. هدف پژوهش حاضر اعتباریابی و پایایی سنجی پرسشنامه باورهای وسواسی کودک و نوجوان بود.

روش: بدین منظور ۳۲۴ نفر دانش‌آموزان شهر اصفهان و ۱۵ نفر نوجوان مبتلا به وسواس فکری-عملی ۱۷-۱۴ سال مورد آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس چهار عامل را برای پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوان استخراج نمود که به ترتیب عبارتند از: اهمیت/کنترل افکار، کمال‌گرایی/یقین، مسئولیت‌پذیری، برآورد تهدید. نتایج همبستگی بالا پرسشنامه وسواس مادزلی با پرسشنامه پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوان و همبستگی متوسط مقیاس ییل- براون با پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوان را نشان داد. همبستگی متوسط بین پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی با پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوان دیده شد. ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل پرسشنامه ۰/۶۷ و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. نتایج آزمون t مستقل، نشان داد که بین میانگین نمرات جنسیت تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج t جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات دو گروه بالینی و عادی نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین دو گروه بود.

نتیجه‌گیری: همبستگی بالای این چهار عامل نشان‌دهنده همگرایی این عوامل است که هدف سنجش آزمون پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوان را تأمین می‌کند. بنابراین می‌توان چنین پیش‌بینی کرد که میان باورها و علائم وسواسی می‌تواند ارتباط محکمی وجود داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: تحلیل عاملی، پایایی سنجی، اعتباریابی، پرسشنامه باورهای وسواسی کودک و نوجوان.

shojaeipsy@gmail.com

Yousefi@azaruniv.ac.ir

Chalabianloo@azaruniv.ac.ir

* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

** نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

*** استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی^۱ به صورت گروه مختلفی از علایم تظاهر می‌کند که شامل افکار مزاحم، آداب وسواسی اشتغالات ذهنی و وسواس‌های عملی هستند. این وسواس‌های عملی یا فکری راجعه ناراحتی شدیدی برای فرد ایجاد می‌کنند. این وسواس‌های فکری یا عملی سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال قابل ملاحظه‌ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی، یا روابط فرد ایجاد می‌کنند. بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی ممکن است فقط وسواس فکری^۲، فقط وسواس عملی، و یا هر دوی آنها را با هم داشته باشد (۱). تا چندی پیش وسواس را مشکل مربوط به بزرگسالی می‌دانستند و این موضوع که این بیماری می‌تواند کودکان را نیز مبتلا سازد، قابل تصور نبود. ولی مشاهدات دقیق نشان می‌دهند که اختلال وسواس اجباری تقریباً به همان اندازه که در بزرگسالان شایع است، در کودکان و نوجوانان نیز شیوع دارد (۲).

برطبق گزارش انجمن روان‌پزشکان آمریکا تقریباً از هر ۲۰۰ کودک و یا نوجوان، یک نفر دچار اختلال وسواس فکری عملی است (۳) این اختلال به دلیل آن که توأم با درد، ناراحتی و یا بیماری جسمی خاصی نیست، معمولاً تا سنین نوجوانی و جوانی ناشناخته می‌ماند (۳). بسیاری از کودکان مراحل را می‌گذرانند که همراه است با علائم و نشانه‌های دال بر وجود وسواس فکری و یا عملی. رفتارهای وسواسی از قبیل لمس کردن مکرر اشیاء و تشریفات سرسختانه در هنگام رفتن به بستر، و افکار وسواس‌گونه درباره اشیاء، رویدادهای معمول و شایعی است و در عین حال این‌ها معمولاً پس از گذشت مدت زمان کوتاهی ناپدید می‌شوند. در کودکان و نوجوانانی که گرفتار این نوع اختلال هستند، خصوصیات اختلال کاملاً شبیه خصوصیات آن در بزرگسالان است (۴). شیوع علایم وسواس در جمعیت نوجوانان مورد مطالعه ۱۱/۲ درصد بود. بالاترین میزان هم‌ابتلائی علایم وسواس، با اختلال افسردگی واضطراب به دست آمد (۵).

بسیاری از نظریه‌پردازان مدل‌های وسواسی، عامل شناخت را یکی از عوامل اصلی در شکل‌گیری اختلال وسواس می‌دانند (۶، ۷) با اصلاح باورها و ارزیابی‌های مربوط به این

اختلال، می‌توان در جهت درمان آن گام برداشت (۸-۱۰). نظریه‌های وسواس فکری- عملی به متغیر شناخت (مانند باورهای غیرمنطقی و یا استدلال و منطق نادرست) به‌عنوان عامل رشد و شکل‌گیری این اختلال و همین‌طور عامل مداخله درمانی نگاه می‌کنند (۱۱). تحقیقات بسیاری بیانگر این نکته هستند که ابعاد شناختی، به‌طورعام، و حوزه‌هایی از باورهای معین، به‌طور خاص، می‌توانند جزو ویژگی‌های شناختی بیماران وسواس فکری- عملی وسواس فکری- عملی قلمداد شوند (۱۱).

در پی "سمینار جهانی درمان‌های رفتاری و شناختی" که در جولای ۱۹۹۵ در دانمارک برگزار گردید، سمپوزیومی در زمینه‌ی باورهای مرتبط با وسواس فکری- عملی تشکیل شد، که شرکت‌کنندگان در این جلسه، توافق کردند در زمینه‌ی ایجاد و ارزیابی راه کارهای سنجش وسواس فکری- عملی به یک اقدام هماهنگ که شامل روش‌های گزارش شخصی و آزمایش باشد، دست‌بزنند. چنین شد که "گروه کاری در زمینه‌ی دریافت‌های شناختی در اختلال وسواس فکری- عملی"^۳ شکل گرفت (۱۲).

سالکوسکیس، شفران، راجمن و فریستن رویدادهایی را مورد شناسایی قرار دادند که به تحول باور ناکارآمد مسئولیت‌پذیری مشتمل بر دوران کودکی با مسئولیت‌پذیری یا کمینه، قوانین رفتاری خشک و سهیم بودن در حادثه‌ای که به طور فعال یا نفعال باعث بدبختی خود یا دیگران شده است، می‌انجامد (۱۳). باورهای مشخصه این اختلال نیز در پژوهش‌هایی که توسط گروه کاری در زمینه دریافت‌های شناختی در اختلال وسواس فکری- عملی در مکان‌های مختلف صورت پذیرفته، مورد شناسایی قرار گرفتند (۱۴).

در بستر همین مطالعات "پرسشنامه باورهای وسواسی ۸۷" که شامل ۸۷ ماده بود، شکل گرفت. در تحقیقات بعدی، این پرسشنامه به صورت "پرسشنامه باورهای وسواسی-۴۴" که شامل ۴۴ ماده بود، طراحی و تنظیم شد (۱۵).

به‌منظور بهبود پژوهش درباره باورهای وسواسی کودکان اخیراً پرسشنامه باورهای وسواسی بزرگسالان برای کودکان نیز منطبق شده است (پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه

1- obsessive-compulsive disorder

2- obsession

3- obsessive compulsive cognitions working group

تحصیل در مدارس عادی شهر اصفهان. معیارهای خروج شامل سابقه اختلال سایکوتیک، سابقه اختلال استرس پس از سانحه، سابقه سوء استفاده یا غفلت بود.

در مطالعه مقدماتی، پرسشنامه باورهای وسواسی کودکان و نوجوانان بر روی ۱۹۲ نفر از دانش‌آموزان اجرا شد. آلفای کرونباخ این مطالعه ۰/۸۳ به دست آمد. پس از اصلاح و ساده و روان کردن جملات گنگ و مبهم، پرسشنامه مذکور روی ۳۲۴ نفر با دامنه سنی ۱۴-۱۷ سال اجرا و نتایج خوبی حاصل گردید. همچنین جهت جمع‌آوری داده‌های بالینی، پس از اخذ مجوز از معاونت درمان استان اصفهان و موافقت کلینیک و پزشک مربوطه، پرسشنامه در اختیار ۱۵ نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری به‌عنوان شرکت‌کننده داوطلب در پژوهش (بنا به تشخیص فوق تخصص اعصاب و روان کودک و نوجوان)، همراه با توضیح کوتاه جهت تکمیل آن‌ها، قرار داده شد. به‌منظور رعایت اخلاق پژوهشی، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان جلب شد و درباره‌ی محرمانه ماندن پاسخ‌هایشان، اطمینان خاطر داده شد.

ابزار

۱- پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه کودک و نوجوان (OBQ-CV): شامل ۴۴ گویه در سه خرده‌مقیاس می‌باشد: احساس مسئولیت / ارزیابی تهدید و خطر، کمال‌طلبی / اطمینان، اهمیت دادن به افکار / کنترل افکار. به منظور بهبود تحقیقات در نظریه‌های شناختی کودکان مبتلا به اختلال وسواس، گویه‌های ۴۴-OBQ به وسیله گروه کاری در زمینه دریافت‌های شناختی در اختلال وسواس فکری-عملی برای انطباق پرسشنامه کودکان بررسی شد. در نسخه کودکان و نوجوانان گویه‌ها ساده‌تر شده‌اند و گزینه‌های پاسخ از ۷ به ۵ کاهش یافته است. اعتبار اولیه مطالعه، از این پرسشنامه برای بررسی باورهای وسواسی نوجوانان را حمایت کرد. نتایج حاصل از دو نمونه کوچک بالینی (آمریکا ۲۹ نفر، هلند ۴۸ نفر) پایایی درونی خوبی را نشان داد (آلفای ۰/۹۱-۰/۹۶ در نمونه هلندی ۰/۹۵-۰/۸۱ و پایایی کافی (مناسب) بازآزمون (ضریب همبستگی پیرسون در نمونه ی آمریکا ۰/۸۸-۰/۸۱) فاصله بازآزمون ۷-۲ هفته، ضریب همبستگی در نمونه

نوجوان) (۱۲). پرسشنامه باورهای وسواسی کودکان و نوجوانان در چندین کشور از جمله آمریکا، هلند و اسپانیا اجرا شده و از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار بوده‌است و توانسته در شناخت باورهای زیر بنایی وسواس در کودکان و نوجوانان کمک شایانی کند.

نظر به این که پرداختن به مقوله شناخت، خصوصاً باورهایی که در شکل‌گیری و تداوم و مقاومت در درمان وسواس فکری-عملی دخیل می‌باشند، نیاز به پرداختن به این مقوله به ویژه در کودکان و نوجوانان احساس می‌شود. استفاده از پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان فرصت بررسی نقش حوزه‌های باورهای مختلف را در وسواس فکری-عملی کودکان و نوجوانان را به شکلی استاندارد فراهم می‌سازد. لازم به ذکر است که این پرسشنامه اخیراً در چندین پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است (۱۶، ۱۷).

کاربرد پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان به پژوهش روی رشد و گسترش باورهای وسواسی از کودکی به بزرگسالی کمک می‌کند. به این ترتیب پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان می‌تواند کمک با ارزشی در به وجود آمدن روش‌های ارزیابی بر اساس شناخت در وسواس فکری-عملی ارائه دهد (۱۶).

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی است که در آن ساختارعاملی، اعتبار و پایایی پرسشنامه باورهای وسواسی کودکان و نوجوانان مورد بررسی قرار گرفت.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان ۱۸-۱۲ ساله شهر اصفهان بود که در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ در این شهر شاغل به تحصیل بودند. تعداد کل دانش‌آموزان مذکور برابر با ۲۱۰۵۱۷ نفر بود. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. در ابتدا به اداره کل آموزش و پرورش کل شهر اصفهان مراجعه شد، سپس لیست آمار مناطق و مدارس موجود در آن اخذ گردید، در ادامه به صورت تصادفی ۴ منطقه از ۶ منطقه آموزش و پرورش شهر اصفهان انتخاب شد و در مرحله بعد در هر منطقه تعدادی مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد، و در مرحله آخر به مدارس مراجعه و پرسشنامه‌ها به طور تصادفی در کلاس‌ها توزیع گردید. معیارهای ورود عبارت بودند: دامنه سنی ۱۸-۱۲ سال، سکونت در شهر اصفهان،

نشانه (SC) و دیگری مقیاس شدت (SS). ۱۶ گویه SC در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و به صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شود. در SS هر یک از وسواس‌ها و اجبارها در پنج بعد میزان آشفتگی، فراوانی، تداخل، مقاومت، و کنترل نشانه‌ها برآورد می‌شود. مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون سه نمره به دست می‌دهد: شدت وسواس‌ها، شدت اجبارها، و یک نمره کل که در برگیرنده تمامی گویه‌ها است. امروزه مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون تبدیل به ابزاری جهت غربالگری بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی و وسواس فکری-عملی و در پژوهش‌های بسیاری به کار رفته است. پایایی بین ارزیاب‌ها و بازآزمایی مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون برای بررسی تغییر نشانه‌های در وسواس فکری-عملی، و نه در سایر اختلال‌های اضطرابی و همچنین اختلال افسردگی، مناسب گزارش شده است (۱۸، ۱۹).

در مطالعه راجزی و همکاران ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه (SC) و مقیاس شدت (SS)، به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دو نیمه‌سازی برای SC و SS به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی ۰/۹۹ به دست آمد (۲۰). پرسشنامه ییل-براون کودکان و نوجوانان برگرفته از پرسشنامه ییل-براون بزرگسالان است. در این مطالعه از نسخه فارسی آن که در پژوهشکده مطالعات علوم شناختی تهیه و اعتبار و پایایی آن توسط علاقه‌مندان و همکاران، ارزیابی شده (منتشر نشده) است، استفاده شد.^۱

۴- مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان^۲ (RCMAS): یکی از رایج‌ترین پرسشنامه‌های اضطراب است، که یک فرم تعدیل شده از مقیاس اضطراب آشکار بزرگسالان می‌باشد. کاستند^۳، مک‌کندلس^۴ و پالمو^۵ فرم کودکان را برای سنجش مقیاس اضطراب آشکار (CMAS) تهیه نمودند. مقیاس اضطراب آشکار کودکان که توسط رینولدز^۶ و ریچموند^۷، تجدید نظر شده، شامل ۳۷ گویه؛ (۲۸ گویه مربوط به اضطراب و ۹ گویه دروغ سنج) می‌باشد که

هلندی ۰/۹۰-۰/۶۹، فاصله بازآزمون ۱۷-۶ هفته به دست آمد. نمرات پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان به طور معناداری با نشانه‌های وسواس خود گزارشی مرتبط بودند (همبستگی در دامنه ۰/۳۷ تا ۰/۵۶ قرار داشت). در مطالعه‌ی دیگر، ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه هلندی پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان با استفاده از یک نمونه کودکان و نوجوانان ۱۸-۸ ساله (۵۴۷ نفر) و یک نمونه بالینی کودکان و نوجوانان مبتلا به وسواس فکری-عملی (۶۷ نفر) مورد بررسی قرار گرفت. آلفای کرونباخ در نمونه‌ی غیر بالینی ۰/۸۵-۰/۷۱ و آلفای کرونباخ نمونه بالینی در دامنه‌ی ۰/۸۹-۰/۷۳ قرار داشت. مقیاس کل پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان و خرده مقیاس‌ها، پایایی درونی خوب تا عالی را در هر دو نمونه نشان داد (۱۶).

۲- پرسشنامه افسردگی کودکان^۱ (CDI): پرسشنامه خود گزارشی افسردگی کودکان به وسیله کواکس و بک برای اندازه‌گیری افسردگی در کودکان و نوجوانان ۱۷-۷ سال ساخته شده است. این پرسشنامه شامل پنج خرده مقیاس خلق منفی، مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، بی لذتی و عزت نفس منفی است. نتایج پژوهش محمدی، برجلی، اسکندری و دلاور نشان داد که پرسشنامه افسردگی کودکان در جامعه کودکان ایرانی دارای اعتبار و پایایی قابل قبولی است. همبستگی بین پرسشنامه افسردگی کودکان، مقیاس افسردگی کودکان و پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۷ محاسبه شد که بیانگر اعتبار همگرایی پرسشنامه افسردگی کودکان است. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که مدل پنج عاملی پرسشنامه افسردگی کودکان در جامعه ایرانی برازش دارد. بنابراین می‌توان گفت که پرسشنامه افسردگی کودکان یک مقیاس خود گزارشی مفید و مناسبی برای افسردگی است و به ویژه برای اهداف تحقیقاتی بسیار مناسب است (۱۷).

۳- پرسشنامه ییل-براون کودکان و نوجوانان: مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون (Y-BOCS) پرسشنامه‌ای برای ارزیابی شدت وسواس‌ها و اجبارها، بدون توجه به شمار و محتوای وسواس‌ها و اجبارهای کنونی است. مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون دو بخش دارد: یکی سیاهه

1- Children's Depression Inventory

2- Revised Children's Manifest Anxiety Scale

3- Castaneda

4- McCandless

5- Palermo

6- Reynolds

7- Richmond

وسواس کلی و چهار نمره فرعی بدست آورد. هاجسون و راجمن در پژوهشی با ۴۰ بیمار نشان دادند که نمره کل این پرسشنامه نسبت به تغییرات درمانی حساس است. در کل ثابت شده است که پرسشنامه وسواسی مادسلی ابزار مناسبی برای درمانگران و پژوهشگران است (۲۲). همچنین این پرسشنامه وسیله خوبی برای بررسی سبب‌شناسی سیر و پیش‌آگهی انواع مختلف شکایت‌های وسواسی می‌باشد. ضریب پایایی با روش بازآزمایی ۰/۸۹ بوده است (۱۹).

روند اجرای پژوهش: ابتدا پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان از زبان اصلی به فارسی برگردانده شد. در ترجمه فارسی، تلاش شد تا عباراتی مورد استفاده قرارگیرد که با توجه به ویژگی‌های سنی برای دانش آموزان ایرانی قابل فهم باشند. پس از تهیه نسخه فارسی اولیه، از چند نفر از متخصص روان‌شناسی و نیز اساتید زبان و ادبیات فارسی خواسته شد تا روان بودن عبارات را مورد بررسی قرار و تأیید قرار دهند. سپس نسخه فارسی به نفر از متخصصان زبان انگلیسی داده شد تا آن را به زبان اصلی ترجمه نمایند^۱.

روش گردآوری اطلاعات به روش پرسشنامه‌ای انجام گرفت. پس از انتخاب تصادفی نواحی، مدارس و کلاس‌ها، محقق پرسشنامه‌ها را همراه با توضیح کوتاه جهت تکمیل آن‌ها، در اختیار دانش‌آموزان قرار داد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی: نمونه عادی شامل ۲۰۸ دختر و ۱۱۶ پسر بود و میانگین سن برای کل نمونه ۱۵/۷۱ سال و نمونه بالینی شامل ۶ دختر و ۹ پسر بود و میانگین کل سن‌شان ۱۵/۴۸ سال بود.

تحلیل‌های آماری: برای تشخیص سوال‌های غیر متجانس، ضریب آلفای کرونباخ با حذف مواد به طور انفرادی محاسبه شد. ثبات درونی پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه فارسی نوجوان از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های آن مورد ارزیابی قرار گرفت. اعتبار آزمون از طریق محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن نمرات آزمون - باز آزمون طی یک دوره ۱۴ روزه بررسی شد. اعتبار همزمان نیز از طریق

در مقابل هر گویه پاسخ "بلی" یا "خیر" وجود دارد. نمره این مقیاس از مجموع تمام پاسخ‌های "بلی" به گویه‌ها محاسبه می‌گردد. سطح خواندن گویه‌ها به طور میانگین برای یک کودک ۸ ساله در فرهنگ اصلی تنظیم شده است (۲۱). مطالعات متعدد در مورد پایایی مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان حکایت از ثبات نتایج با استفاده از روش‌های بازآزمایی و آلفای کرونباخ دارد. در ایران تقوی و علیشاهی پایایی و اعتبار این مقیاس را مورد بررسی قرار دادند. بر اساس این بررسی پایایی مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان با استفاده از دو روش بازآزمایی و تصنیفی بررسی گردید که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۶۷ و ۰/۶۶ به دست آمد. همچنین اعتبار این مقیاس از دو طریق اعتبار تفکیکی و همبستگی گویه‌های مقیاس با نمره کل مقیاس محاسبه شد. آزمون t مستقل جهت بررسی اعتبار تفکیکی بین دو گروه بیماران اضطرابی و افراد بهنجار بر روی آزمودنی‌های فارسی زبان نشان داد که مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان قادر است بین دو گروه به صورت معناداری تفاوت قائل شود. همچنین نتایج نشان داد که تمام گویه‌های مقیاس با نمره کل مقیاس‌ها همبستگی رضایت‌بخشی دارند. بنابراین بر اساس این مطالعه، مقیاس مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان حائز شرایط روان‌سنجی مناسب و واجد شرایط لازم برای استفاده در ایران شناخته شد (۲۱).

۵- پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادسلی: پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادسلی توسط هاجسون و راجمن به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که نیمی از آنها با کلید درست و نیمی با کلید غلط می‌باشد. این پرسشنامه در اعتبار یابی اولیه در بیمارستان مادسلی توانسته است ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ بیمار روان‌نژند به خوبی تفکیک نماید. همچنین این پرسشنامه در تحلیل محتوایی پاسخ‌های ۱۱۰ بیمار ۴ مؤلفه عمده را که منعکس‌کننده ۴ نوع مشکل وسواسی در بیماران بود، مشخص نمود. این چهار مؤلفه عبارتند از: وارسی، تمییزی، کندی و شک وسواسی که چهار مقیاس فرعی را تشکیل می‌دهد با استفاده از یک روش نمره‌گذاری ساده می‌توان یک نمره

بازآزمایی ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی از بین نمونه تحقیقی انتخاب و سپس در فاصله دو هفته دوباره آزمون شدند. در این روش ضریب پایایی برای نمره کل و خرده مقیاس‌های اهمیت/کنترل افکار، کمال‌گرایی/یقین، مسئولیت‌پذیری مسئولیت‌پذیری و برآورد تهدید به ترتیب ۰/۶۷۳، ۰/۶۴۶، ۰/۵۶۲، ۰/۴۸۵ و ۰/۶۲۱ به دست آمد که نشان دهنده ثبات نمره‌های آزمون به فاصله دو هفته است.

اعتبار: به منظور بررسی اعتبار پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوانان از اجرای همزمان مقیاس ییل-براون کودکان و نوجوانان و پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی استفاده شد. به این منظور ۶۳ نفر از نمونه مورد پژوهش که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، همزمان به سوالات این سه پرسشنامه جواب دادند. نتایج به دست آمده نشان دادند که همبستگی متوسط و مثبتی بین باورهای وسواسی و پرسشنامه ییل-براون کودکان و نوجوانان وجود دارد ($r=0/378$). این همبستگی فقط در مورد خرده مقیاس وسواس فکری ییل-براون ($r=0/346$) به دست آمد که در سطح ۰/۰۵ معنی دار بود و بین خرده مقیاس وسواس عملی ییل-براون و باورهای وسواسی نوجوانان همبستگی معنی دار نبود که می‌تواند ناشی از کم بودن حجم نمونه گیری باشد. نتایج، همبستگی بالا و مثبتی را بین باورهای وسواسی و پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی نشان دادند ($r=0/595$).

محاسبه همبستگی نمرات پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوان با نمرات پرسشنامه های ییل-براون کودک و نوجوان و مادزلی سنجیده شد. همبستگی واگرا نیز از طریق ضریب همبستگی پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان با پرسشنامه‌های افسردگی کودکان (CDI) و اضطراب آشکار کودکان محاسبه شد. جهت بررسی حیطه های شناختی و اعتبار سازه پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان از تحلیل عاملی اکتشافی به روش مولفه های اصلی استفاده شد. تمام مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزارهای spss و لیزرل انجام شد.

پایایی: مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۰۹ و برای چهار خرده مقیاس اهمیت/کنترل افکار اهمیت/کنترل افکار، کمال‌گرایی/یقین، مسئولیت‌پذیری و برآورد تهدید به ترتیب ۰/۹۸۶، ۰/۹۷، ۰/۹۳۳ و ۰/۸۸۷ بود که نشان‌دهنده ضریب آلفای بالاست. جهت بررسی ضریب دونیمه‌سازی، از روش محاسبه ضریب همبستگی نمره‌های سوال‌های زوج پرسشنامه با نمره‌های سوال‌های فرد استفاده گردید. ضریب دو نیمه‌سازی بالا (۰/۸۳۴) به دست آمد. ضریب آلفا و ضریب دو نیمه‌سازی بالا در این پژوهش نشان دهنده‌ی ثبات درونی بالای پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان است. جهت برآورد پایایی ضرایب پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوانان به روش

جدول ۱) همبستگی بین خرده مقیاس‌های باورهای وسواسی و خرده مقیاس‌های پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی

تاریخ-وظیفه شناسی	تکرار-کندی	شست و شو	وارسی	
۰/۲۰۷	۰/۳۲۴**	۰/۲۰۳	۰/۳۲۴**	اهمیت/کنترل افکار
۰/۵۰۷**	۰/۲۲۱	۰/۳۴۶**	۰/۵۱**	کمال‌گرایی/یقین
۰/۱۷۰	۰/۱۹۸	-۰/۰۱	-۰/۰۷۹	مسئولیت‌پذیری
۰/۱۷۷	۰/۱۰۱	۰/۰۶۱	۰/۱۵۶	برآورد تهدید

عامل‌های موجود در پرسشنامه استفاده شد. ۴۴ گویه پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوانان مورد تحلیل عاملی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی قرار گرفت. مقدار KMO برابر با ۰/۹۴۶ بود که نشان داد حجم نمونه حاضر از کفایت و بسندگی مطلوبی برای تحلیل برخوردار است. آزمون کرویت بارتلت نیز از لحاظ آماری معنادار بود ($10564/733$)، $P < 0/01$ که از قابل تحلیل عاملی شدن داده‌ها پشتیبانی می‌کرد. برای تعیین این مطلب که ابزار سنجش مورد

اعتبار واگرا بین پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوان و اضطراب آشکار همبستگی متوسطی به دست آمد ($r=0/32$) و ضریب همبستگی پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان (OBQ-CV) و افسردگی (CDI) ۰/۳۵ بود. به منظور تعیین اعتبار سازه و بررسی ساختار عاملی پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ-CV) از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. از این روش برای کشف و شناسایی الگوی همبستگی زیربنایی بین متغیرها و تعداد

می‌کند. عامل اول (اهمیت/کنترل افکار^۱) ۳۰/۹۹۸ درصد، عامل دوم (کمال گرایی/یقین^۲) ۲۶/۱۹۵ درصد، عامل سوم (مسئولیت پذیری^۳) ۱۰/۰۹ درصد، عامل چهارم (برآورد تهدید^۴) ۴/۸۶۶ درصد، از واریانس را تبیین می‌کنند.

پس از چرخش نهایی به روش واریماکس، عامل اول ۲۵/۳۴ درصد عامل دوم ۲۴/۹۹، عامل سوم ۱۲/۲۱ درصد و عامل چهارم ۹/۶۲ درصد واریانس را تبیین کرد. در مجموع چهار عامل ۷۲/۱۵ درصد واریانس کل را تبیین کردند. این چهار عامل شامل اهمیت/کنترل افکار (ICT)، کمال گرایی/یقین (PC)، مسئولیت‌پذیری (R) و برآورد تهدید (T) می‌باشند.

مقایسه بر اساس جنسیت: برای بررسی تفاوت نمرات دختر و پسر در پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان از آزمون t مستقل استفاده شد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری t برابر ۰/۱۹۸ است که این مقدار بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد و در نتیجه تفاوت معناداری در میانگین نمره‌های دو گروه وجود ندارد.

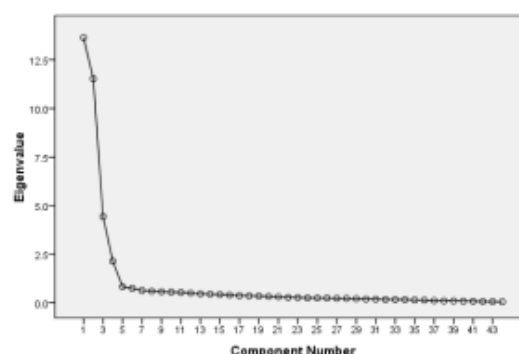
مطالعه از چند عامل اشباع شده، سه شاخص عمده مورد توجه قرار گرفت:

- ۱) ارزش ویژه و ارزش ملاک
- ۲) واریانس تبیین شده توسط هر عامل
- ۳) نمودار چرخش یافته ارزش‌های ویژه یا نمودار اسکری کتل.

جدول ۲) واریانس تبیین شده توسط چهار عامل بعد از چرخش

عامل ها	مقدار ویژه	درصد تبیین واریانس	درصد تجمعی
۱	۱۱/۱۴۸	۲۵/۳۴	۲۵/۳۴۵
۲	۱۰/۹۹	۲۴/۹۹	۵۰/۳۲
۳	۵/۳۷	۱۲/۲۱	۶۲/۵۳
۴	۴/۲۳	۹/۶۲	۷۲/۱۵

همان‌گونه که در جدول (۲) مشاهده می‌شود عامل اول دارای ارزش ویژه ی ۱۱/۴۸ می‌باشد و ۲۵/۳۴ درصد واریانس را تبیین می‌کند. عامل دوم دارای ارزش ویژه ی ۱۰/۹۹ می‌باشد و ۲۴/۹۹ درصد واریانس را تبیین می‌کند. عامل سوم دارای ارزش ویژه ی ۵/۳۷ می‌باشد و ۱۲/۲۱ درصد واریانس را تبیین می‌کند. عامل چهارم با ارزش ویژه ی ۴/۲۳ و ۹/۶۲ درصد واریانس را تبیین می‌کند. در مجموع چهار عامل ۷۲/۱۵ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند.



شکل ۱) نمودار اسکری برای شناسایی تعداد عامل‌ها

از نمودار اسکری کتل می‌توان استنباط کرد که سهم چهار عامل اول در واریانس کل چشمگیر و از سهم بقیه عامل‌ها کاملاً متمایز است. این نمودار نشان می‌دهد که شیب نمودار از عامل چهارم به بعد تغییر جهت داده و هموار می‌شود. مشخصات آماری اولیه پرسشنامه باورهای وسواسی نوجوان به روش تحلیل مولفه‌های اصلی نشان داد که ارزش‌های ویژه ۴ عامل بزرگتر از یک هستند و این ۴ عامل روی هم رفته ۷۲/۱۵ درصد واریانس کل را تبیین

1 -importance/control of thought
2 -perfectionism/certainty
3 -responsibility
4 -threat estimation

جدول ۳) مقایسه تفاوت میانگین نمرات باورهای وسواسی با توجه به جنسیت

تفاوت بین گروه‌ها							T	باورهای وسواسی
سطح اطمینان		خطای معیار استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	درجه آزادی	T		
پایین	بالا							
-۷/۲۸	۱/۵۱	۲/۲۳	-۲/۸۸	۰/۱۹۸	۳۲۲	-۱/۲۹		

به منظور بررسی اعتبار تفکیکی نمرات دو گروه عادی و بالینی در پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان با استفاده از آزمون t مستقل مقایسه شد. همان‌طور که مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری t برابر ۰/۰۰۱ است که این مقدار کوچک‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد و در نتیجه تفاوت معناداری در میانگین نمره‌های دو گروه وجود دارد.

جدول ۴) مقایسه تفاوت میانگین نمرات باورهای وسواسی در دو گروه بالینی و عادی

تفاوت بین گروه‌ها							T	باورهای وسواسی
سطح اطمینان		خطای معیار تفاوت	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	درجه آزادی	T		
پایین	بالا							
-۴۷/۶۱۱	۲۷/۷۵۱	۵/۰۴۷	-۳۷/۶۸	۰/۰۰۱	۳۳۷	-۷/۴۶		

تفسیرهای نادرست از اهمیت دادن به افکار از نظر محتوا در سه طبقه اصلی جای می‌گیرند، « دیوانه‌شدن، بد بودن، خطرناک‌بودن». وجود این افکار بدین معناست که من آدم بدی هستم، من می‌خواهم که این افکار به واقعیت بپیوندند، کنترل‌م را بر ذهن و رفتارم از دست‌خواهم داد، دیگران تصور نادرستی از من خواهند داشت (۲۵). گاهی فرونشانی عمدی افکار می‌تواند به فعال‌سازی و احیاء افکار ناخواسته منجر شود (۲۶). احساس ناتوانی و نابسندگی در کنترل کیفی افکار مزاحم یک اصل در وسواس فکری-عملی وسواس فکری-عملی است. گاهی بین وقوع ذهنی یک فکر و وقوع عینی آن هیچ فرقی گذاشته نمی‌شود. فرستون و ریوم (۱۴) به این نتیجه رسیدند که اهمیت / کنترل افکار از مقیاس‌های شناختی مختص وسواس می‌باشد. عامل اهمیت / کنترل افکار، در کلیه مطالعات مشترک است (۱۶).

عامل دوم با نام کمال‌گرایی طلبی و قطعیت و یقین (PC)، شامل شانزده گویه بود. یافته مذکور در مطالعه حاضر کاملاً با مطالعه مایر، فیشر و ولز (۲۷). شباهت دارد، به‌طوری که در مطالعه آنان هم یک عامل با نام کمال‌گرایی و یقین (PC) به طور مستقل حول یک عامل که بیان‌کننده ابعاد بیماری‌زایی شناخت در وسواس فکری-عملی است را به دست می‌آورند. در حالی که در یافته‌های وودز، تولین و ابرامویتز (۲۲) فقط عامل کمال‌گرایی (P) و نه یقین (C) حول یک عامل تجمع می‌یابند. در این رابطه فروست و استکتی (۲۴) معتقدند رابطه

بحث

به منظور بررسی اعتبار سازه از تحلیل عاملی اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس استفاده شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ-CV) ۴۴ گویه‌ای یک ابزار چند بعدی شامل اهمیت/کنترل افکار، کمال‌گرایی / یقین، مسئولیت‌پذیری و برآورد تهدید برای ارزیابی و سنجش باورهای وسواسی نوجوانان در نمونه دانش‌آموزان عادی و نوجوانان وسواسی است. عامل اول با نام اهمیت / کنترل افکار (ICT) با حوزه‌های شناختی- نظری " گروه کاری در زمینه‌ی دریافت‌های شناختی در اختلال وسواس فکری-عملی " شباهت دارد (۲۳، ۲۱، ۱۴). دستیابی به چنین یافته‌ای دور از انتظار نیست، چون افکار مزاحم در نظر فرد « مهم » جلوه می‌کنند (۲۲) و فرد از عواقب وقوع چنین افکاری واهمه دارد، ظهور افکار ناکارآمد، زمینه‌ساز شکل‌گیری انگیزه‌های قوی جهت کنترل آن‌ها و کاهش میزان اضطراب ناشی از آن‌ها در فرد است. در نظر فرد باورها و ارزیابی‌ها معمولاً دارای سه تم معین است الف) افکار مزاحم منفی، بیان‌کننده نکته مهمی در مورد فرد است، ب) ظهور افکار مزاحم منفی باعث افزایش احتمال وقوع آن فکر می‌شود، و ج) افکار مزاحم منفی چون به ذهن خطور کرده‌اند، پس باید مهم باشند، و چون مهم هستند، پس وقوع می‌پیوندند (۲۴).

عدم وقوع یا جلوگیری از روی دادن واقعه مورد نظر اقدام کند. افکاری با موضوع احساس مسئولیت درهم تنیده می‌شود و باورهایی با موضوع احساس مسئولیت مبنی بر این که او دارای یک قدرت قطعی در وقوع یا جلوگیری از وقایع منفی حتمی است و جلوگیری از عواقب آتی (با محتوای آمیختگی اندیشه-کنش) یک اصل است، در ذهن شکل می‌گیرد.

همبستگی بالای این چهار عامل نشان‌دهنده‌ی همگرایی این عوامل است که هدف سنجش پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان را تأمین می‌کند. تاکنون شواهدی وجود ندارد که نشان‌دهنده باورهای وسواسی در شرکت‌کنندگان مبتلا به وسواس فکری-عملی قوی تر از شرکت‌کنندگان مبتلا به اضطراب است (۳۰).

بنابراین می‌توان چنین پیش‌بینی کرد که میان باورها و علائم وسواسی می‌تواند ارتباط محکمی وجود داشته باشد. باورها و پیش‌فرض‌های عمومی فرد درباره‌ی خود یا هویت خویش که با وسواس فکری-عملی و وسواس فکری-عملی ارتباط دارند، مختص وسواس فکری-عملی و وسواس فکری-عملی نیست و ممکن است در سایر اختلالات بالینی نیز وجود داشته باشند یا حتی در افرادی که در معرض ابتلا به وسواس فکری-عملی قرار دارند نیز تشخیص داده شوند. پس از لحاظ، نظری و روش‌شناختی و نیز برای تعیین این که آیا باورهای خاص پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان بیشتر مربوط به تعیین انواع علائم وسواسی است یا مخصوص زیر گروه‌های وسواس فکری-عملی، بهتر است نمونه‌های شامل وسواس فکری-عملی، اختلالات اضطرابی بدون وسواس فکری-عملی و اختلال‌های خلقی در جمعیت عادی و دانش‌جویان مورد ارزیابی و بررسی قرار گیرند. همچنین مقایسه گروه‌های تشخیصی خاص مثل اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب منتشر، اختلال پانیک یا اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند در مورد تمایز این مفاهیم بینش بهتری فراهم آورد و تا آن زمان یافته‌های اخیر مشخص می‌کند که پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه نوجوان (OBQ-CV) فقط یک نقطه شروع معتبر برای بررسی ساختار و محتوای شناختی وسواس فکری-عملی نوجوانان است.

بین کمال‌گرایی و ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم امری بدیهی و قابل انتظار است. به نظر افراد مبتلا به وسواس، اشتباه و شکست غیرقابل قبول و بسیار وحشتناک است. عامل کمال‌گرایی یکی از باورهای ناکارآمد سیمای وسواس است و به عنوان یکی از عوامل هسته‌ای در وسواس قلمداد می‌شود (۱۴). کمال‌گرایی باعث می‌شود که فرد از کانال آیین‌مندی‌های واری‌بر وقایع و محیط اطرافش کنترل و تسلط بیشتری داشته باشد. همبستگی معناداری بین شناخت‌واره‌ها و کمال‌گرایی و مقیاس فرعی اجبارهای واری‌بر و نه شستشو وجود دارد (۲۸)، حوزه‌های معینی از اجبارهای شست‌وشو، ارتباط تنگاتنگی با کمال‌گرایی دارند و بعضی از بیماران از آیین‌مندی‌های شست‌وشو، نه به دلیل از بین بردن آلودگی، بلکه به علت دستیابی به یک حالت کاملاً پاک و شفاف استفاده می‌کنند (۲۹).

عامل احساس مسئولیت از نظر سالکوسکیس (۱۴) مبتنی بر جلوگیری از صدمه و آسیب به خود و دیگران به عنوان یک عامل نگه‌دارنده در وسواس فکری-عملی و همین‌طور تحلیل‌شناختی وسواس فکری-عملی از نظر راجمن مبنی بر این که احساس مسئولیت به شکل‌های مختلفی ظهور می‌یابد و با ویژگی بسیار «وسیع و گسترده» بسیار «حاد» بسیار «شخصی ۳» و بسیار «اختصاصی ۴» (مختص به فرد)، یا آمیخته‌ای از کلیه این عوامل همراه است. در واکنش به افکار وسواسی، به کار بستن از اشکال «خثی‌سازی» به عنوان یک راهبرد شناختی-رفتاری امری بدیهی است، به طوری که با ظهور افکار در ذهن، فرد تصور می‌کند او مسبب «آسیب رساندن» به خود و دیگران است (۳۰). راهبرد خثی‌سازی که از «احساس مسئولیت» نشأت می‌گیرد، باعث کاهش موقت ناراحتی و نگرانی می‌شود و در طولانی مدت، زمینه جهت افزایش مشغله‌های ذهنی و ریشه دواندن افکار مزاحم بعدی مهیا می‌سازد. باورهایی با موضوع احساس مسئولیت در بهترین شکل خود، به وسیله رفتارهای مصنوعیت جویی تداوم می‌یابند و فرد در زمینه باور به بالفعل شدن افکار مزاحم، دچار ناراحتی و تشویش شده، در نتیجه باور به صحت و عملی شدن افکار مزاحم و همین‌طور وجود یک احساس مسئولیت بیش از حد، فرد به این نتیجه‌گیری شناختی می‌رسد که یک آسیب جدی و ناراحت کننده در حال وقوع است و او باید بتواند در جهت

beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. Behaviour Research and Therapy. 2003; 41(8): 863-78.

13- Shams G, Karamqadyry N, Ismaili Trkanbory Y, Ebrahimkhany N. Validity and reliability of the Persian version of the Obsessive Beliefs Questionnaire -44. Recently in Cognitive Sciences. 2005; 1(2): 23-36.

14- Salkovskis P. M, Shafran R, Rachman S, Freeston M. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. Behaviour Research and Therapy. 1999; 37(11): 1055-72.

15- Riso Lfft, Peter L, Stein Dan J, Young J. A, editors. Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems (guide professionals and clinical practitioners) (translated by Yaghoobi, Yousefi, Qrbanlypvr). Tabriz: Tabriz University Press. 2012.

16- Wolters LH, Hogendoorn SM, Koolstra T, Vervoort L, Boer F, Prins PJ, et al. Psychometric properties of a Dutch version of the Obsessive Beliefs Questionnaire—Child Version (OBQ-CV). Journal of anxiety disorders. 2011; 25(5): 714-21

17- Mohammadi K, Borjali A, Eskandari H, Delaware A. Clinical efficacy of Children's Depression Inventory. Journal of Clinical Psychology. 2011; 1(5): 1-9.

18- Woody SR, Steketee G, Chambless DL. Reliability and validity of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. Behaviour Research and Therapy. 1995; 33(5): 597-605..

19- Tek C, Uluğ B, Rezaki BG, Tanriverdi N, Mercan S, Demir B, et al. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1995; 91(6): 410-3

20- Halvaiepour Z, Nosratabadi M. External criticism by parents and obsessive beliefs in adolescents: mediating role of beliefs associated with inflated responsibility. Global journal of health science. 2016; 8(5): 125.

21- Taghavi MR. Normalization of Children's Manifest Anxiety Scale for students with different levels of education in Shiraz. Journal of Humanities and Social Sciences. 2006; 4(17): 179-88.

22- Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. Behaviour research and therapy. 1977; 15(5): 389-95.

23- Ragerzi Esfahani S, Motaghipoor Y, Kamkari K, Zhyraldyn A.R, Janbzrgy, M. Scale reliability and validity of the Persian version of obsessive-compulsive Yale- Brown. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012; 17: 297-303.

24- Woods CM, Tolin DF, Abramowitz JS. Dimensionality of the obsessive beliefs

با توجه به کم بودن حجم نمونه بالینی و تاثیر آن بر روی نتایج حاصله، بهتر است مطالعات بیشتر با تعداد حجم نمونه گیری گسترده تر بالینی مورد بررسی قرار گیرد.

تشابه عوامل استخراج شده در تحقیقات مختلف بیانگر آن است که گرچه هر فرهنگ ویژگی‌های منحصر به فردی دارد اما در سطح کلی‌تر، ابعاد شناختی وسواس در فرهنگ‌های مختلف تا حدودی زیادی مشابه می‌باشد.

منابع

1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). Washington DC: American Psychiatric Association. 2013; 235-64.

2- Maroofi M, Kianvash F, Farshidnezhad A, and Maroofi M. OCD in children and adults, Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences and Health Services. 2012; 18-21.

3- Latifi Z, Amini Sh. Treatment of pediatric anxiety disorders (anxiety, fear, obsession), Isfahan: Jahad Daneshgahi. 2012; 57-87.

4- Dsylva P, Rachman S. Facts about Obsessive Compulsive Disorder (translated by R. Shapourian). Tehran: Roshd. 2010; 31-52.

5- Shams G, Milosevic I. A comparative study of obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder, anxiety disorder patients and a normal group. Acta Medica Iran. 2015; 53(5): 301-10.

6- TaUis F. Obsessive compulsive disorder: A cognitive and neuropsychological perspective: New York: Wiley. 1995.

7- Shams G, Karamqadyry N, Ismaili Trkanbory Y, Rahiminezhad F, Ebrahimkhany N. . Obsessive beliefs in OCD patients compared with controls and other anxiety disorders. Recently in Cognitive Sciences. 2007; 2: 53-65.

8- Moulding R, Kyrios M. Anxiety disorders and control related beliefs: The exemplar of obsessive-compulsive disorder (OCD). Clinical Psychology Review. 2006; 26(5): 573-83.

9- Freeston M. H, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. Behaviour Research and Therapy. 1996; 34(5-6): 433-46.

10- Van Oppen P, De Haan E, Van Balkom A. J. L. M, Spinhoven P, Hoogduin K, Van Dyck R. Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. Behaviour research and therapy. 1995; 33(4): 379-90.

11- Sookman D, Pinard G, Beauchemin N. Multidimensional schematic restructuring treatment for obsessions: Theory and practice. Journal of Cognitive psychotherapy. 1994; 8(3): 175-94.

12- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric validation of the obsessive

- questionnaire (OBQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26(2): 113-25.
- 25- Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22(3): 475-84.
- 26- Shams G, Sadeghi M. New achievement in cognitive aspects of OCD. *Persian Journal of Cognitive Sciences*. 2006; 22(71-85).
- 27- Abolqasemi A, Narimani M. *psychological tests*. Ardebil: Baq Rizwan. 2007.
- 28- Frost RO, Steketee G. *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Oxford: Elsevier. 2002.
- 29- Ferrari JR. Perfectionism cognitions with nonclinical and clinical samples. *Journal of Social Behavior & Personality*. 1995; 10: 143-56.
- 30- Julien D, O'Connor KP, Aardema F. Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*. 2007; 27(3): 366-83.