

## The Cognitive Predictors of Obsessive- Compulsive Symptoms in Students

Hassanvand Amouzadeh M\*<sup>1</sup>, Aghili MM<sup>2</sup>

1. Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2. Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran

\* *Corresponding author.* Tel: +989183449735 E-mail: m.amouzade@gmail.com

Received: Oct 21, 2015 Accepted: Feb 22, 2016

### ABSTRACT

**Background & objectives:** Obsessive-compulsive disorders are common in the society and have negative effects on individual's function. Prevailing theories indicate that these disorders are influenced by biological factors. However, cognitive models of obsessive-compulsive disorder have emphasis on cognitive factors. This study was carried out to investigate the cognitive predictors of obsessive- compulsive symptoms in students.

**Methods:** In this correlational study 300 students (243 female and 57 male) in the fields of psychology, education, agricultural engineering, computer science, management and law from Lorestan Pyam-e-Noor University, Iran were selected by multistage cluster sampling in the second semester of academic year 2014-15. The students completed Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R), Meta Cognition Questionnaire (MCQ-30), Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF) and Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). Data were analyzed using Pearson correlation coefficient and simultaneous multiple regression analysis by SPSS-16.

**Results:** Findings indicated that worry, meta-cognitive beliefs and maladaptive schemas significantly correlated with obsessive-compulsive symptoms ( $p < 0.001$ ). Results from simultaneous multiple regression analysis also revealed that 64.8% of the total variance of obsessive-compulsive symptoms can be explained by worry, meta-cognitive beliefs and maladaptive schemas.

**Conclusion:** According to effective role of study variables with obsessive-compulsive, holding the periodic training coping skills with obsessive-compulsive disorder for students and providing solutions promoting mental health during academic period should be considered by health custodians in universities.

**Keywords:** Obsessive-Compulsive; Worry; Meta-Cognitive Beliefs; Maladaptive Schemas.

## پیش بینی کننده‌های شناختی علائم وسواسی- جبری در دانشجویان

مهدی حسونند عموزاده<sup>۱\*</sup>، محمد مهدی عقیلی<sup>۲</sup>

۱. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران  
 ۲. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران  
 \* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۸۳۴۴۹۷۳۵. ایمیل: m.amouzade@gmail.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال وسواسی- جبری اختلالی شایع در جامعه است و آثار منفی این اختلال در عملکرد افراد قابل توجه است. نظریه های رایج نشان می دهد که اختلال وسواسی- جبری تحت تاثیر عوامل بیولوژیکی است. با این حال مدل های شناختی وسواس فکری- جبری تاکید بر عوامل شناختی دارند. مطالعه حاضر با هدف بررسی پیش بینی کننده های شناختی علایم وسواس- جبری در دانشجویان انجام شد.

**روش کار:** در یک مطالعه همبستگی تعداد ۳۰۰ دانشجوی (۲۴۳ مونث و ۵۷ مذکر) از رشته های روان شناسی، علوم تربیتی، مهندسی کشاورزی، علوم کامپیوتر، مدیریت و حقوق دانشگاه پیام نور لرستان به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای در نیمه دوم سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ انتخاب شدند. دانشجویان پرسشنامه وسواسی اجباری- بازنگری شده (OCI-R)، ارزیابی فراشناختی-۳۰ (MCQ-30)، نگرانی پن استت (PSWQ) و طرحواره های ناکارآمد یانگ (YSQ-SF) را تکمیل نمودند. تحلیل داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان چندگانه با استفاده از SPSS-16 انجام شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد نگرانی، باورهای فراشناختی و طرحواره های ناکارآمد با علایم وسواسی- جبری رابطه معنی داری داشتند ( $p < 0/001$ ). نتایج حاصل از رگرسیون همزمان نیز نشان داد ۶۴/۸ درصد از کل واریانس وسواسی- جبری به وسیله نگرانی، باورهای فراشناختی و طرحواره های ناکارآمد پیش بینی می شود.

**نتیجه گیری:** با توجه به نقش موثر متغیرهای پژوهش حاضر در اختلال وسواسی- جبری، برگزاری دوره های آموزشی مهارت های مقابله با اختلال وسواس- جبری برای دانشجویان و ارائه راه حل های ارتقاء سلامت روان در طول دوره تحصیلی می بایست توسط متولیان سلامت دانشگاه ها پیشنهاد میشود.

**واژه های کلیدی:** وسواس- جبری، نگرانی، باورهای فراشناختی، طرحواره های ناکارآمد

پذیرش: ۹۴/۱۲/۳

دریافت: ۹۴/۷/۲۹

### مقدمه

طول زندگی حدود ۲ تا ۳ درصد جمعیت عمومی است (۳). نشانه های اختلال وسواسی- جبری آن چنان متفاوت است که دو بیمار با تشخیص اختلال وسواسی- جبری می توانند الگوهای رفتاری کاملاً متفاوتی داشته باشند. پژوهش هایی که در حیطه آسیب شناسی شناختی اختلال وسواسی- جبری صورت گرفته بررسی عوامل و همبسته های تاثیر گذار بر اختلال وسواسی- جبری را در قالب مدل های شناختی جهت شناسایی بهتر نشانه های این اختلال مد نظر قرار داده اند (۸-۴). از جمله این

اختلال وسواسی- جبری مطابق راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی ویرایش پنجم (DSM-5)<sup>۱</sup> به عنوان یک طبقه مجزا محسوب می شود (۱) که مشکلات همراه با علائم ناتوان کننده آن عملکرد میان فردی، شغلی و زندگی فرد را مختل نموده و هزینه های اقتصادی و اجتماعی فراوانی برای فرد و جامعه دارد (۲). شیوع اختلال وسواسی- جبری در

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

عمل<sup>۹</sup> (TAF) به یکسان شمردن افکار با کنش‌ها اطلاق می‌شود، در آمیختگی فکر- روی داد<sup>۱۰</sup> (TEF) اینکه فکر کردن در مورد یک اتفاق به این معنی است که آن اتفاق رخ خواهد داد یا اینکه فکرهای بد منجر به حادثه‌های بد می‌شوند و در آمیختگی فکر-شیء<sup>۱۱</sup> (TOF) این باور است که احساسات و افکار مزاحم به دیگر اشیا منتقل شده و از راه اشیا آلوده به اشیا یا افراد دیگر منتقل می‌شود. از طرفی طرحواره‌های ناکارآمد نیز از جمله همبسته‌های مطرح شده در ارتباط با علائم وسواسی- جبری می‌باشند (۱۹). طرحواره‌های ناکارآمد اولیه، باورهای هسته‌ای (پیش فرض‌های غیرشرطی) را در مورد خود و دیگران شکل می‌دهند و پردازش اطلاعات بیرونی را به مسیری ناکارآمد منحرف می‌کنند (۲۰). یانگ<sup>۱۲</sup> (۲۱) معتقد است که برخی از طرحواره‌ها به ویژه آنهایی که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند احتمالاً هسته اصلی اختلالات مزمن محور ۱ می‌باشد. ثیل<sup>۱۳</sup> و همکاران (۲۲) نیز طرحواره‌های ناکارآمد اولیه را به عنوان یک میانجی در شدت یافتن علائم اختلال وسواسی- جبری می‌دانند. با توجه به اینکه در تحقیقات صورت گرفته پیشین نقش نگرانی، باورهای فراشناختی و طرحواره‌های ناکارآمد اولیه را در ارتباط با علائم اختلال وسواس- جبری بطور جداگانه مورد پژوهش قرار داده‌اند و پژوهشی که نقش همه این عوامل را در کنار یکدیگر در ارتباط با علائم وسواس- جبری بررسی نماید یافت نشد و با توجه به ناهمگون بودن نشانه‌های اختلال مزبور، پژوهش حاضر با هدف تعیین پیش‌بینی کننده‌های شناختی علائم وسواس- جبری در دانشجویان انجام شد.

عوامل نگرانی می‌باشد که پژوهش‌های امیری پيچا کلاهی<sup>۱</sup> و همکاران (۹) و زیمبانو واز کوئیز<sup>۲</sup> و همکاران (۱۰) نقش این متغیر را در ایجاد و تداوم علائم وسواسی- جبری تایید نموده است. این محققان نشان داده‌اند که نگرانی به عنوان استراتژی کنترل فکر با اختلال وسواسی- جبری مرتبط است. ولز<sup>۳</sup> و همکاران (۱۱) در پژوهش خویش نشان دادند که نگرانی و شاخص‌های پردازش هیجانی از ویژگی‌های اصلی اختلال وسواسی- جبری می‌باشد. پژوهش‌ها همچنین باورهای فراشناختی را جزو عوامل مرتبط با علائم وسواسی- جبری ذکر نموده‌اند. در این پژوهش‌ها رابطه الگوهای شناختی و در پی آن الگوهای فراشناختی ساز و کارهای زیرین اختلال وسواسی- جبری را مورد بررسی قرار گرفته است (۱۲، ۱۳). به اعتقاد فلاول و میلر<sup>۴</sup> (۱۴) فراشناخت دانش یا فرایند شناختی است که در ارزیابی، بازبینی یا کنترل شناخت بیماری مشارکت دارد. کلارک<sup>۵</sup> (۱۵) فرضیه‌ای را مطرح کرد مبنی بر اینکه افراد وسواسی باورهای درباره نیاز به کنترل افکار دارند. همچنین راجمن<sup>۶</sup> و همکاران (۱۶) و سالکوسکیس<sup>۷</sup> و همکاران (۱۷) بیان می‌دارند احساس مسئولیت کاذبی که در اختلال وسواسی- جبری نقش دارد در جمعیت بالینی و غیربالینی قابل مشاهده است. ولز (۱۸) پیشنهاد می‌کند ویژگی‌های اصلی باورهای فراشناختی که در اختلال وسواسی- جبری نقش دارند از افکار وسواسی نشأت می‌گیرند. همچنین میر<sup>۸</sup> و ولز (۱۲) در معرفی الگوی فراشناختی وسواس به بیان مفاهیم سه گانه درهم آمیختگی افکار یعنی باورهای درباره اهمیت، معنی و قدرت افکار می‌پردازد. در آمیختگی فکر-

<sup>1</sup> Amiri Pichakolaei

<sup>2</sup> Zambrano-Vazquez

<sup>3</sup> Wells

<sup>4</sup> Flavell, Miller

<sup>5</sup> Clark

<sup>6</sup> Rachman

<sup>7</sup> Salkovskis

<sup>8</sup> Myers

<sup>9</sup> Thought Action Fusion

<sup>10</sup> Thought Event Fusion

<sup>11</sup> Thought Object Fusion

<sup>12</sup> Young

<sup>13</sup> Thiel

## روش کار

پژوهش همبستگی حاضر بررسی سه گروه از متغیرهای مطرح در آسیب شناسی اختلال وسواس-جبری را در بر می گیرد. از میان متغیرهای شناختی مرتبط با علائم وسواس-جبری سه متغیر نگرانی، باورهای فراشناختی و طرحواره‌های ناکارآمد که بیشترین توجه را در آسیب شناسی شناختی وسواس-جبری به خود جلب کرده بودند (۱۰،۱۲،۱۹) به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد پژوهش شدند. نگاهی به پژوهش‌های همبستگی در مورد اختلال وسواس-جبری و جوامعی مشابه جامعه مورد مطالعه بیانگر نمونه‌های متنوعی است که با توجه به پژوهش‌های مرتبط با متغیر یادشده؛ فرگوس<sup>۱</sup> و همکاران (۸)، کامارا<sup>۲</sup> و همکاران (۲۲) و محمدی و همکاران (۲)، در پژوهش حاضر از ۳۰۰ نفر برای انجام پژوهش دعوت گردید. شرکت‌کنندگان پس از اعلام رضایت پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و هیچ‌گونه اطلاعات شناساننده‌ای از دانشجویان درخواست نشد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه پیام نور استان لرستان در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین منظور دانشجویان در سه مرحله با استفاده از واحدهای نمونه‌برداری مختلف انتخاب شدند: واحد مرحله اول به صورت تصادفی از میان ۸ واحد و مرکز پیام نور شامل دانشگاه‌های پیام نور خرم‌آباد، بروجرد، پلدختر، الشتر، درود، علی‌گودرز و کوهدشت و از نا دانشگاه‌های پیام نور خرم‌آباد، پلدختر و کوهدشت انتخاب گردیدند. واحد مرحله دوم، از هر دانشگاه سه رشته تحصیلی به صورت تصادفی انتخاب شد و واحد مرحله سوم از هر رشته تحصیلی سه کلاس به صورت تصادفی انتخاب گردید. پژوهشگران به همراه دستیاران پژوهشی با حضور در هر کلاس بعد از توضیحات لازم در مورد اصل

رازداری و محرمانه‌بودن اطلاعات بدست آمده در پژوهش در صورت اعلام رضایت دانشجویان پرسشنامه‌ها را در میان آزمودنی‌ها توزیع نمودند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه وسواسی-جبری بازنگری شده<sup>۳</sup>

این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی برای ارزیابی شدت و علائم اختلال وسواسی-جبری در جمعیت بالینی و غیربالینی است و شامل ۱۸ ماده است که در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و دارای ۶ زیرمقیاس شستشو، وسواس فکری، انباشت، نظم و ترتیب، واریسی کردن و خنثی‌سازی است. برای هر یک از زیرمقیاس‌ها تعداد سه ماده در نظر گرفته شده است. نمره هر زیرمقیاس بین ۰-۱۲ قرار می‌گیرد که پیوستار نمره کلی بین ۰-۷۲ است و افراد دارای اختلال وسواسی-جبری نمره ۲۱ و بالاتر از آن را کسب می‌کنند (نمره برش<sup>۴</sup>=۲۱). محمدی و همکاران (۲۳) همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۱، پایایی آزمون-بازآزمون برای کل مقیاس با فاصله دو هفته برابر با ۰/۸۱ و همگرایی این مقیاس با پرسشنامه وسواسی-اجباری مادزلی<sup>۵</sup> را ۰/۴۹ بدست آوردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ خرده مقیاس پرسشنامه وسواسی-اجباری بازنگری شده پس از اجرای نهایی روی تمامی نمونه‌ها (۳۰۰ نفر) ۰/۸۰-۰/۸۵ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی خوب پرسشنامه مزبور می‌باشد.

پرسشنامه ارزیابی فراشناخت-۳۰ سوالی<sup>۶</sup>

یک مقیاس ۳۰ گزینه‌ای خودگزارشی است که باورهای افراد در باره تفکرشان را می‌سنجد. پاسخ‌ها در این مقیاس بر پایه مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱= موافق نیستم تا ۴= خیلی زیاد موافقم) محاسبه

<sup>۳</sup> Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)

<sup>۴</sup> Cut-off point

<sup>۵</sup> Mouldsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI)

<sup>۶</sup> Meta Cognition Questionnaire-30 (MCQ-30)

<sup>۱</sup> Fergus

<sup>۲</sup> Cámara

می‌شود. مقیاس دارای پنج خرده مقیاس بوده و هر زیرمقیاس ۶ آیتم دارد: (۱) باورهای مثبت در باره نگرانی، (۲) باورهایی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار، (۳) باورهایی درباره اطمینان شناختی، (۴) باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار، و (۵) وقوف شناختی. نمره هر زیر مقیاس بین ۲۴-۶ است، بنابراین نمره کل مقیاس بین ۱۲۰-۲۴ قرار دارد. کسب نمرات بالا در مقیاس به ترتیب بیانگر باورهای مثبت و منفی بیشتر در مورد نگرانی، کاهش اعتماد به حافظه، اعتقاد بیشتر به نیاز در کنترل افکار و افزایش گرایش به سمت توجه متمرکز به خود است. در ایران شیرین زاده دستگیری و همکاران (۲۴) ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ گزارش کردند. همچنین همبستگی کل مقیاس با مقیاس اضطراب- حالت را ۰/۴۳ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پرسشنامه ارزیابی فراسناخت-۳۰ سوالی پس از اجرای نهایی روی تمامی نمونه (۳۰۰ نفر) ۰/۸۹-۰/۸۳ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی خوب پرسشنامه مزبور می‌باشد.

#### پرسشنامه نگرانی پن استت<sup>۱</sup>

یک ابزار خودسنجی مرسوم برای صفت نگرانی است و دارای ۱۶ آیتم بوده که برای دستیابی به ابعاد عمومیت، شدت و کنترل ناپذیری نگرانی مرضی طراحی شده است. دامنه نمرات بین ۱۶ تا ۸۰ قرار می‌گیرد. هر آیتم بر پایه مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱= بسیار مخالفم تا ۵= بسیار موافقم) رتبه‌بندی می‌شود. در یازده آیتم نمره‌های بالاتر بر نگرانی بیشتر دلالت دارند (برای مثال، «نگرانی‌ها مرا از پا در می‌آورند» یا «همیشه از چیزی نگرانم»). پنج آیتم به گونه‌ای صورت‌بندی شده‌اند که نداشتن مشکلات در

ارتباط با نگرانی را نشان می‌دهند (برای مثال «برایم آسان است افکار نگران کننده خودم را از سر بیرون کنم» یا «هرگز درباره هیچ چیز نگران نمی‌شوم»). این آیتم‌ها بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های کل مقیاس چنانچه بالا باشد انعکاسی از نگرانی آسیب‌زا<sup>۲</sup> است به این معنی که نگرانی در زمان‌ها و موقعیت‌های مختلف شدید و غیرقابل کنترل است همچنین نمرات پایین بیانگر نگرانی طبیعی و بهنجار می‌باشد. دهشیری و همکاران (۲۵) آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و پایایی آزمون- بازآزمون آن را در میان دانشجویان ۰/۸۷ و ۰/۷۹ گزارش نموده‌اند. همچنین روایی همگرایی این مقیاس با آزمون اضطراب صفت پرسشنامه اضطراب اشیپلیبرگر ۰/۶۹ بود. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه نگرانی پن استت، پس از اجرای نهایی روی تمامی نمونه‌ها (۳۰۰ نفر) ۰/۹۲-۰/۹۱ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی خوب پرسشنامه مزبور می‌باشد.

#### پرسشنامه طرحواره‌های ناکارآمد<sup>۳</sup>

این مقیاس دارای ۷۵ ماده بوده که پانزده طرحواره غیرانطباقی اولیه را ارزیابی می‌کند. این طرحواره‌ها عبارتند از: رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ و شرم، محرومیت هیجانی، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خودتحوّل نایافته/ گرفتار، شکست، استحقاق/ بزرگ‌منشی، خودکنترلی ناکافی، اطاعت، فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی. هر سؤال بر اساس یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱ برای کاملاً نادرست، ۶ برای کاملاً درست). در این پرسشنامه هر ۵ سؤال یک طرحواره را می‌سنجد. چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد

<sup>۲</sup> pathological worry

<sup>۳</sup> Young's Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF)

<sup>۱</sup> Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

میانگین و انحراف معیار تمام متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. شاخص توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در کل آزمودنی‌ها

متغیر	میانگین	انحراف معیار
علائم‌علائم و سواس- جبری	۱۸/۲۳	۱۰/۴۸
نگرانی	۲۶/۳۳	۱۱/۵۸
باورهای فراشناختی	۳۲/۷۶	۱۲/۷۹
طرحواره‌های ناکارآمد	۱۷۷/۱۱	۵۵/۱۷

نتایج نشان داد بین علائم و سواس- جبری با متغیرهای پژوهش همبستگی مثبت معنادار وجود داشت ( $p < 0.001$ ). قبل از ورود متغیرها به معادله همبستگی، احتمال وجود رابطه خطی بین تمامی متغیرهای پیش‌بین بررسی گردید. با توجه به اینکه هیچکدام از ضرایب همبستگی بالاتر از ۰/۷۰ نبود بنابراین احتمال رابطه خطی مطرح نبود. پس برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای نگرانی، باورهای فراشناختی و طرحواره‌های ناکارآمد به عنوان متغیر پیش‌بین و علائم و سواس- جبری به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند که نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است.

آن طرحواره ناکارآمد است. یعنی نمره بالاتر از ۲۵ در یک خرده مقیاس معین به احتمال بیشتر وجود یک طرحواره غیرانطباقی را برای آن فرد نشان می‌دهد. در ایران صدوقی و همکاران (۲۶) اعتبار این مقیاس را به وسیله آلفای کرونباخ برای همه خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۹۰-۰/۶۲ به دست آوردند. همچنین آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۴ بود. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پرسشنامه طرحواره‌های ناکارآمد پس از اجرای نهایی روی تمامی نمونه‌ها (۳۰۰ نفر) ۰/۸۶ - ۰/۷۸ به دست آمد که نشان دهنده همسانی درونی خوب پرسشنامه مزبور می‌باشد. تحلیل داده‌های گردآوری شده به کمک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان چندگانه با استفاده از SPSS-16 انجام شد.

## یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۱/۳۳ سال (انحراف معیار ۲/۳۸) بود، ۹۳ درصد از دانشجویان مجرد بوده و همه آنها در مقطع کارشناسی تحصیل می‌کردند.

جدول ۲. تحلیل واریانس مربوط به رگرسیون متغیرهای متعدد و علائم و سواس- اجباری در کل آزمودنی‌ها

مدل	F	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Adjust	سطح معناداری
همزمان	۱۰۸/۵۵۹	۰/۸۰۵	۰/۶۴۸	۰/۶۳۴	۰/۰۰۱

درصد از تغییرات متغیر ملاک را پیش‌بینی نمایند. همچنین در صورت تعمیم یافته‌های بدست آمده از آزمودنی‌های پژوهش به جامعه اصلی، متغیرهای پیش‌بین توان تبیین ۶۳/۴ درصد از واریانس علائم و سواس- جبری را دارند ( $R^2 \text{ Adjust} = 0.634$ ). با توجه به ضرایب مندرج در جدول ۳ معلوم می‌شود که در صورت تعمیم این نتایج به جامعه پژوهش وزن متغیرهای نگرانی، باورهای فراشناختی و طرحواره‌های ناکارآمد با ضرایب بتا به ترتیب ۰/۲۳۶، ۰/۶۹۳ و ۰/۱۳۰ خواهد بود که بیانگر رابطه

نگاهی به جدول ۲ نشان می‌دهد که F مشاهده شده ناشی از تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون برای ۳ متغیر مورد بررسی در مقایسه با مقادیر بحرانی، معنادار بود ( $p < 0.001$ ). بر این اساس رگرسیون نمرات متغیرهای پیش‌بین (نگرانی، باورهای فراشناختی و طرحواره‌های ناکارآمد) به طرف متغیر ملاک (علائم و سواس- جبری) از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0.001$ ). از سویی مقدار  $R^2$  نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین قادرند به طور ترکیبی ۶۴/۸

مثبت و معنادار این متغیرها با علائم وسواسی- جبری می‌باشد. البته باید توجه کرد در مورد میزان شرکت در تبیین واریانس علائم وسواسی- جبری به ترتیب می‌توان از متغیرهای باورهای فراشناختی، نگرانی و

طرحواره‌های ناکارآمد نام برد. با توجه به مطالب عنوان شده فرمول علائم وسواسی- جبری بر پایه متغیرهای پیش‌بین عبارت است از:

$$(\text{طرحواره‌های ناکارآمد}) + 0.306 + (\text{باورهای فراشناختی}) + 0.0568 + (\text{نگرانی}) + 0.260 - 0.673 = \text{علائم وسواسی- جبری}$$

جدول ۳. نتایج مربوط به رگرسیون چند متغیره همزمان در کل آزمودنی‌ها

متغیر	B	SEB	t	سطح معناداری
مقدار ثابت مدل	-۳/۶۷۳	۰/۶۹۷	-۵/۲۷۰	۰/۰۰۱
نگرانی	۰/۲۶۰	۰/۰۲۲	۲/۶۹۶	۰/۰۰۱*
باورهای فراشناختی	۰/۵۶۸	۰/۰۶۷	۸/۴۸۶	۰/۰۰۱*
طرحواره‌های ناکارآمد	۰/۳۰۶	۰/۰۷۴	۴/۱۳۰	۰/۰۰۱*

## بحث

پژوهش حاضر در زمینه سبب شناسی اختلال وسواسی- جبری و با توجه به الگوی ابعادی علائم وسواسی- جبری (۴) و با تکیه بر پژوهش‌هایی که بر وجود علائم وسواسی- اجباری در جمعیت عمومی تاکید دارند صورت گرفت (۱۵،۱۶). نتایج این تحقیق نشان داد ارتباط مثبت و معنی‌داری بین نگرانی و علائم وسواس- جبری وجود داشت. این یافته هم‌راستا با نتایج پژوهش امیری پیچا کلاهی و همکاران (۹) و زیمبانو واز کوپیز و همکاران (۱۰) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت کنش‌وری نگرانی تلاش جهت حل مشکلات روانی است، اگرچه این تلاش بی‌حاصل باشد (۲۷) و با توجه به مدل شناختی کلارک (۷) و پژوهش کمرا و همکاران (۲۸) نگرانی به عنوان استراتژی کنترل فکر با اختلال وسواس- فکری مرتبط است و به نظر می‌رسد نگرانی به عنوان تلاشی جهت کنترل افکار مزاحم در وسواس نقش دارد. یکی دیگر از تبیین‌های احتمالی برای معنی‌دار شدن رابطه نگرانی با وسواسی- جبری می‌تواند این باشد که از نظر منطقی نگران بودن افراد سبب بدکارکردی سیستم روانی می‌شود که در این حین در افرادی که علائم وسواسی- جبری دارند.

به علت حساسیت بیشتر وسواس‌های فکری، نگرانی سبب درگیری ذهنی با نشانه‌های وسواس فکری در این افراد می‌شود، ولی این فقط یک تبیین منطقی است و صحت یا عدم صحت آن به دخیل بودن مکانیسم‌های دیگر و یا مجموعه‌ای از مکانیسم‌ها است که نیاز به پشتوانه تحقیقی دارد. پژوهش حاضر نشان داد بین باورهای فراشناختی با علائم وسواس- جبری ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت که این یافته هم‌راستا با نتایج پژوهش‌های اونن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۹) و خرم دل و همکاران (۳۰) بود. آنچه در اختلال وسواس- جبری قابل ذکر است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند که این مطلب انعکاسی از باورهای فراشناختی مطرح در الگوی ولز (۶) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد مطابق الگوی فراشناختی وسواسی میر و ولز (۱۲) دستکاری تجربی، میزان افزوده ای از TAF (ترکیب فکر- عمل) را تولید می‌کند که منجر به افزایش افکار مزاحم مکرر و ناراحتی می‌شوند. در تبیین احتمالی دیگر با توجه به سندرم شناختی- توجهی پردازش و مقابله راهبردی در نظریه ولز (۳۱)، سبک تفکر

<sup>1</sup> Onen

دیگر پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره نمود؛ پژوهش صرفاً شامل نمونه‌های دانشجویی دانشگاه پیام نور لرستان بوده بنابراین در تعمیم نتایج به جامعه عمومی بر اساس یافته‌های به دست آمده از جمعیت دانشجویی باید با احتیاط برخورد کرد. همچنین ابزارهای مورد استفاده در عین ویژگی علمی ممکن است در سنجش متغیرها با محدودیت مواجه بوده باشند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با تأکید بر مصاحبه تشخیصی، محدودیت‌های احتمالی ناشی از ارزیابی نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری توسط ابزارهای سنجش این اختلال (به‌ویژه برای گروه‌های بالینی) مرتفع گردد.

### نتیجه گیری

پژوهش حاضر به نقش واسطه‌ای نگرانی، باورهای فراشناختی و طرحواره‌های ناکارآمد در آسیب‌شناسی علائم وسواس-جبری تأکید داشته و بدین طریق می‌توان گفت نگرانی، باورهای فراشناختی و طرحواره‌های ناکارآمد بخشی از تفاوت‌های موجود در علائم و نشانه‌های وسواسی-جبری را تبیین می‌نمایند. از آنجا که نگرانی، باورهای فراشناختی و طرحواره‌های ناکارآمد مفاهیمی هستند که از سبک زندگی، الگوهای فرهنگی جامعه و خانواده در کنار عوامل سرشتی تأثیر می‌پذیرند (۳۷-۳۵) از این رو رویکردی که متمرکز بر رشد فرد در خانواده، مدرسه و دانشگاه باشد می‌تواند درک بهتری از تحول این متغیرها در سبب شناسی وسواسی-جبری ارائه دهد. لذا آگاهی والدین و دست اندرکاران حوزه تعلیم و تربیت به خصوص کارشناسان حوزه سلامت در محیط‌های دانشگاهی به عنوان بخشی از شبکه ارتباطی در این خصوص، می‌تواند به اصلاح و کاهش عوامل موثری که در ایجاد و تداوم وسواس-جبری نقش دارند، کمک کند.

خاص، باورهای شخص را به اختلال‌های هیجانی پیوند می‌دهد. از این رو افراد آسیب پذیر به دلیل ترکیبی از باورهای فراشناختی درگیر سندرم شناختی-توجهی می‌شوند و پردازش طولانی مدت ناهمخوانی‌های درونی به پریشانی و ادراک رخدادهای درونی به عنوان تهدید کننده منتهی می‌شود. یکی دیگر از یافته‌های پژوهش ارتباط مثبت و معنی‌دار بین طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و علائم وسواسی-جبری بود که این یافته با نتایج پژوهش‌های کیم<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹) کامارا و همکاران (۲۸) همخوانی داشت. در تبیین یافته حاضر مطابق با دیدگاه یانگ (۲۱) طرحواره‌های ناکارآمد اولیه سبب می‌شود فرد سبک پاسخ دهی ناکارآمدی را در مواجهه با هیجان‌های ناخوشایند و افکار منفی برگزیند. از این رو در وسواس فکری-عملی که با هیجانات منفی همراه می‌باشد به نظر می‌رسد طرحواره‌ها عاملی در تداوم علائم باشند. در تبیین نظری دیگری در مورد رابطه بین طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و علائم وسواسی-جبری طبق نظریه معنی‌گذاری طرح‌واره‌ها (۱۵،۳۲،۳۳) شناخت‌ها و طرحواره‌ها خاستگاه آغازین پردازش در نظر گرفته می‌شوند و مطابق نظر مور<sup>۲</sup> و همکاران (۳۴) مبینی بر اینکه افراد اطلاعات ناهمخوان با خویشتن را بدتر و شدیدتر از اطلاعات همخوان با خویشتن پردازش می‌کنند، از این منظر افزایش تمرکز بر افکار ناشی از ارزیابی‌های منفی از خویشتن که جزو علائم وسواسی-جبری محسوب می‌شوند (۲۲)، با طرحواره‌های ناکارآمد فرد منطبق می‌باشد.

مشکلاتی که در زمینه ارزیابی علائم وسواسی-اجباری وجود دارد می‌تواند نتایج حاصل از پژوهش را تحت تأثیر قرار دهند. برای مثال به دلیل خود ناهمخوانی علائم وسواسی-اجباری (۷) ممکن است افراد وجود علائم خود را انکار کرده باشند. از محدودیت‌های

<sup>۱</sup> Kim

<sup>۲</sup> Mor



**تشکر و قدردانی**

نمودند، تشکر و قدردانی نمایند. پژوهش حاضر بر گرفته از طرح تحقیقاتی است که بر اساس شماره ۶۲۳۷۰/۷ د در تاریخ ۱۳۹۲/۱۲/۲۵ در دانشگاه پیام نور لرستان تصویب شده است.

محققان بر خود وظیفه می‌دانند از همه دانشجویان دانشگاه پیام نور لرستان که در پژوهش حاضر همکاری نموده و انجام این پژوهش را مقدور

**References**

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2013.
- 2- Mohammadi A, Fata L, Yazdandoost R. Predictors of Obsessive-compulsive symptoms in students. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2009; 15(3):274-282. [Persian]
- 3- Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnoses of obsessive compulsive disorder. Journal of Clinical Psychiatry 1992; (53): 4-10.
- 4- O'Neill J, Feusner J. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: access to treatment and prediction of long-term outcome with neuroimaging. Psychology Research and Behavior Management 2015; 8:211-223.
- 5- Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Archives of Disease in Childhood 2015; 100(5):495-499.
- 6- Wells A. Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Wiley press; 2000.
- 7- Clark DA, Rhyno S. Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals: Implications for clinical disorders. In, David A. Clark (Ed), Intrusive Thoughts in Clinical Disorders: Theory, Research, and Treatment. New York: Guilford Press; 2005. (pp. 1-29)
- 8- Fergus TA, Wu KD. Is worry a thought control strategy relevant to obsessive-compulsive disorder? Journal of Anxiety Disorders 2010; 24(2):269-74.
- 9- Amiri-Pichakolaei A, Fahimi S, Bakhshipour Roudsari A, Fakhari A, Akbari E, Rahimkhanli M. A comparative study of thought fusion beliefs and thought control strategies in patient with obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder and normal people. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2014; 8(3):33-41.
- 10- Zambrano-Vazquez L, Allen JJ. Differential contributions of worry, anxiety, and obsessive compulsive symptoms to ERN amplitudes in response monitoring and reinforcement learning tasks. Neuropsychologia 2014; 61:197-209.
- 11- Wells A, Papageorgiou, C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and metacognitive beliefs. Behaviour Research and Therapy 1998; 36(9): 899-913.
- 12- Myers SG, Wells A. An experimental manipulation of metacognition: a test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms. Behaviour Research and Therapy 2013; 51(4-5):177-84.
- 13- Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: the S-REF model. Behaviour Research and Therapy 1996; (34): 881-888.
- 14- Flavell J H, Domain D, Kuhn, R. Ziegler M. Hand book of child psychology: cognition. Perception and language 5<sup>th</sup> Ed, New York: Wiley; 1998.
- 15- Clark DA. Innovation in obsessive compulsive disorder: A commentary. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2015; 49:129-32.
- 16- Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. Behavior Research and Therapy 1978; (16): 233- 248.
- 17- Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions: a replication. Behavior Research and Therapy 1984; (22): 549-552.
- 18- Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide. Chichester, UK: Wiley; 1997.
- 19- Kim JE, Lee SW, Lee SJ. Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research 2014; 215(1):134-40.

- 20- Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resources Press; 1999.
- 21- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York/London: Guilford Press; 2006.
- 22- Thiel N, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz AK, Nissen C, Hertenstein E, Gross E, Voderholzer U. The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry* 2014; 14:362-371.
- 23- Mohammadi A, Zamani R, Fata L. Validation of the Persian version of the obsessive-compulsive inventory-revised in a student sample. *Psychological Research* 2008; 11(1, 2): 66-78. [Persian]
- 24- Shirinzadeh Dastgiri S, Goodarzi MA, Rahimi, C, Naziri G. Study of factor structure, validity and reliability of metacognition questionnaire-30. *Journal of Psychology* 2009;12: 445-461 [Persian]
- 25- Dehshiri G, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometrics particularity of Persian version of Pennsylvania state worry questionnaire for college students. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 1 (4): 67-75. [Persian]
- 26- Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie M, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfahanian N. Factor analysis of the young schema questionnaire-short form in a nonclinical Iranian sample. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (IJPCP)* 2008; 14 (2):214-219. [Persian]
- 27- Golestaneh A, Sarvghad S. The mediating role of worry on the relationship between cognitive emotion regulation strategies and depression and anxiety. *Developmental Psychology (Journal of Iranian Psychologists)* 2013; 9(35):259-269.
- 28- Cámara M, Calvete E. Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2012; (34):58-6838.
- 29- Onen S, Karaka U urlu G, Cayköylü A. The relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54(5):541-548.
- 30- Khorramdel K, Neshatdoost HT, Molavi H, Amiri S, Bahrami. Effect of Wells' metacognitive therapy on thought fusion in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010;12(45):400-9. [Persian]
- 31- Solem S, Thunes SS, Hjemdal O, Hagen R, Wells A. A meta-cognitive perspective on mindfulness: an empirical investigation. *BMC Psychology* 2015; 3(1):24-28.
- 32- Beck AT. Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International University Press; 1976.
- 33- Ingram RE. Toward an information processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research* 1984; 8(5):443-477.
- 34- Mor N, Winquist J. Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychol Bull* 2002; 128(4):638-662.
- 35- Purmohammad V, Yaghoubi H, Yousefi R, Mohammadzadeh A, Najafi M. The comparison of maladaptive schema and lifestyles in dependent and non-d dependent people. *Research on Addiction* 2013; 7(27):107-124. [Persian]
- 36- Kircanski K, Thompson RJ, Sorenson J, Sherdell L, Gotlib IH. Ruminative thought and worry in daily life: examining the naturalistic validity of theoretical constructs. *Clinical Psychological Science* 2015; 3(6):926-939.
- 37- Thielsch C, Ehring T, Nestler S, Wolters J, Kopei I, Rist F, Gerlach AL, Andor T. Metacognitions worry and sleep in everyday life: Studying bidirectional pathways using Ecological Momentary Assessment in GAD patients. *Journal of Anxiety Disorders* 2015; 33:53-61.