ORIGINAL ARTICLE

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

Gholamali Nikpour[1],
Ahmad Borjali[2],
Ali Delavar[3],
Hossein Eskandari[4],
Mehran Zarghami[5]

[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 which14 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

J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(130): 116-128 (Persian).

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و پنجم شماره ۱۳۰ آبان سال ۱۳۹۴ (۱۲۸-۱۱۶)

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 می‌شود. این نشانه های فرهنگی در بروز اسیب روانی اثر گذار است. براساس این یافته، هدف مطاله، ساخت و هنجاریابی پرسشنامه عوامل فرهنگی موثر بر همبودی وسواس فکری و اختلال افسردگی عمده در جامعه ایران است.

مواد و روش‌ها: 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 پرسشنامه‌ای نظر خواهی شد، سپس جوابهای پرسشنامه دسته بندی شد و براساس تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی تعداد ۱۱عامل با ۷۹ سئوال، پرسشنامه مورد تایید عاملی نهایی قرارگرفت. تجانس درونی ابزار با ضریب الفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: پس از تحلیل آماری الفای کرونباخ عامل های اول تا یازدهم، بالا ترین پایایی ۰/۹۰ و پایین‌ترین آن ۰/۴۲ به‌دست آمد. درتحلیل عامل های اکتشافی با استفاده از چرخش واریماکس، ۱۱عامل استخراج شد که۳/۴۷ درصد ورایانس مقیاس مورد نظر را توضیح می دهد. باچرخش واریماکس ۲۵ عامل به‌دست آمد که ۱۴عامل کم‌تر از ۳ گویه داشتند، و در نتیجه فاقد پایایی برای استفاده به‌عنوان زیر شاخه بودند وحذف گردیدند، بدین ترتیب پرسشنامه با ۱۱عامل و ۷۹ سئوال 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 هم‌چون حافظه برای انسان‌ها است. فرهنگ به ابزارها و عقیده‌هایی اطلاق می‌شود که بین افراد مشترک‌اند و چون در برهه‌ای از زمان مفید و قابل استفاده بوده‌اند به نسل‌های بعد انتقال می‌یابند. این

مولف مسئول: غلام علی نیکپور– محمود آباد، بلوار معلم، شهرک موج E-mail: nikpoor@yahoo.com
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، اعتقادها، طبقه‌بندی‌ها، خود توصیفی‌ها، هنجارها، نقش توصیفی‌ها، ارزش‌ها و سایر عناصر ذهنی فرهنگ که پیرامون بعضی موضوع‌ها سازمان می‌یابد. نشانگان فرهنگی در میان کسانی‌که به یک زبان محلی صحبت می‌کنند، در یک دوره تاریخی خاص و دریک 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 ورسوم ووضعیت اجتماعی- اقتصادی چه نقشی در اختلال روانی دارند، مؤثر باشد(۱). این یافته براساس مدل بیماری‌پذیری- فشار روانی در بروز آسیب روانی قابل توجیه است چون علت بیماری‌های روانی را چند گانه می‌داند. واین دیدگاه منطقی به نظر می‌رسد، بیش‌تر اختلال‌ها، به خصوص اختلالات همبودی احتمالاً از طریق تعامل نقایص عصبی- زیستی و عوامل فرهنگی محیطی بوجود می‌آید(۳،۲)، یک فرد ممکن است عوامل زمینه ساز یعنی عوامل وارثتی 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 بیش‌تر درفرد 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 کاهنیان(۴)، همبودی به بیماری‌هایی اشاره دارد که به دفعات متناوب با یکدیگر رخ می‌دهد، به صورتی‌که این رخداد همزمان را نمی‌توان ناشی از تصادفی و شانس در نظر گرفت. امروزه این واژه نه نتها برای بیان همزمانی بیماری‌های پزشکی و روانشاسی استفاده می‌شود مانند افسردگی اساسی و فشارخون، بلکه گستره‌ی کاربرد آن به اختلالات روان‌پزشکی و روان‌شاختی نیز کشیده شده است مثل، افسردگی عمده و وسواس فکری(۵). علایم 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 می شود(۷) در بروز افسردگی و وسواس علاوه بر علت و نشانه های فوق، عوامل اجتماعی و فرهنگی نیز اثر گذار است، یعنی هم عوامل ژنتیک و هم عوامل فشارزای محیطی و فرهنگی اثرگذاراست. پاره‌ای از مؤلفان بر عامل وراثت تاکید می‌کنند. آن‌ها عقیده دارند که بروز نشانگان و سواس در سطحی از تحول، تائیدی 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 سوگرائی در ارتباط با فرزندانشان می‌دادند(۹). با توجه به این که در تعریف وسواس فکری با افکار و امیال پایدار و مهارناپذیر روبرو هستیم، لذا می‌توان گفت که نشانه شناسی 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. به‌نظر می‌رسد که همایندی

چند اختلال در افرادی که به انواع شدید اختلال‌های روانی مبتلا هستند خیلی بالا است. کسلر، چیو و همکاران (۲۰۰۵) بعضی از محقیقین این فرضیه را عنوان کردند که همبودی نشان دهنده اسیب مشترک است(۱۰). اگر نتایج تحقیقات این موضوع را ثابت کند، باید به جای تاکید 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 اختلات روانی باید مورد بررسی قرار گیرد. مضاف بر این‌که اختلالات روانی در ارتباط با ارزش‌ها، هنجارهای فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی نیز تعریف شده است. همجنین 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 اسیب 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 می‌نمایند: محققین با به‌کارگیری روش‌های مصاحبه و پرسشنامه می‌توانند، تشخیص‌دهند 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 وسیکیس (۲۰۰۰) به نقل از گنجی (۱۳۹۲)(۷)، 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 عمده ابزاری فرهنگی ارائه داد تا توان 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 امریکا 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 شودتا 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 می باشد.

مواد و روش ها

جامعه آماری کیله بیماران وسواس فکری، افسردگی عمده و همبودی وسواس فکری- افسردگی عمده، مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینک‌های روان شناسی و روان‌پزشکی شهر تهران است. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری 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) به‌دست 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 آیتم‌ها، طیف لیکرتی ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملا 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(۱۶).

برای تعیین روایی محتوای کیفی، از تعدادی از روانپزشکان خواسته شد تا نظر خود را در خصوص ابزار تحقیق پس از مطالعه ارایه 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 محتوای کیفی، از نسبت روایی محتوا (CVR) و از شاخص روایی محتوا (CVI) به ترتیب جهت اطمینان از این که مهم‌ترین سوال انتخاب شده است و برای اطمینان از این‌که سوالات ابزار به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری 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 «ضرور ی است»، «ضروری نیست ولی مفید است» و «ضرورتی ندارد»، و در بررسی CVI به صورت ۱.غیرمرتبط ۲. تاحدودی مرتبط ۳. مرتبط و ۴. کاملا مرتبط پاسخ دهند(۱۷). ابزار پژوهش پرشنامه محقق ساخته تشخیص فرهنگی همبودی اختلال و سواس فکری و افسردگی جامعه ایرانی بود برای ساخت این پرسشنامه ابتدا از ۱۰نفر 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 درنهایت ۱۴ شاخص شامل شش شاخص فرهنگی وسواس‌فکری وهشت شاخص فرهنگی افسردگی عمده از آن استخراج شد و ترکیب این دو دسته‌بندی شاخص‌ها، به‌عنوان علایم همبودی تلقی گردیدند.

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

شاخص‌های فرهنگی افسردگی عمده براساس این نظر سنجی عبارت بودند از: تلاش صادقانه فرد و عدم رسیدن به نتیجه و بد دانستن افراطی بروز پرخاشگری از نظر خانواده، احساس ناامنی و بی کفایتی، تاکید مفرط بر ایده‌آل‌ها، فقر وبیکاری، فضای غم واندوه خانواده، تاکید خانواده بر سکوت در بحث‌ها (داشتن چهره متین)، گرایش جامعه به لحاظ کردن جنبه‌های منفی، سپس برای هر یک از این شاخص‌ها، 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 شاخص‌ها و سؤالات 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 سواس فکری) و با ۷۹ سؤال تائید گردید. پرسشنامه در قالب پاسخ‌های دو نقطه‌ای (بلی، خیر) پاسخ داده می‌شد. این ابزار فرهنگی همبودی وسواس فکری و افسردگی عمده در جامعه ایرانی را با ۱۱ شاخص و با ۷۹ سؤال می‌سنجد. در پرسشنامه اختلال افسردگی عمده با شاخص‌های تلاش صادقانه و عدم رسیدن به نتیجه همراه باعدم امنیت با ۱۸سئوال و با شماره سوال‌های (۳۲، ۱۸، ۳۹، ۵۳، ۶۶، ۵۰، ۱۶، ۶۵، ۲۸، ۷۲، ۶۸، ۳۴، ۵۵، ۷، ۵، ۱۴، ۳۰، ۲۱) غم و اندوه خانواده و تاکید آن‌ها بر سکوت با ۸ سئوال و با شماره سئوال‌های (۷۵،۲۰،۵۴،۷۶،۴۷،۷۷،۱۹،۷۸)، تاکید مفرط بر ایده‌ال‌ها با ۸ سئوال و با شماره سئوال‌های (۴۳،۵۲،۲۹،۷۱،۶۷،۴۱،۷۰،۴۲)، واقعیت‌ها و باورهای غلط ولی زمینه ساز با ۵ سئوال وبا شماره سئوال‌های (۱۵،۷۹،۵۲،۱۷،۶۹)، هنجارهای نامنعطف خانواده با ۴ سئوال و با شماره سئوالات (۴۲،۳۳،۷۴،۷۳)، افراط در وجدان اخلاقی با ۵ سؤال و با شماره سئوالات (۶۲،۵۱،۱۳،۳۱،۳۷) مورد سنجش قرار گرفت. هم‌چنین وسواس فکری را با شاخص‌های: تاکید مفرط فرایض دینی و مطرح شدن افراطی مقوله گناه با ۱۱ سؤال وبا شماره سئوالات (۴،۲۶،۲،۵۸،۵۷،۶۰،۲۳،۵۹،۳،۳۶،۹) انعطاف‌ناپذیری و وخشونت والدین با ۱۰سؤال وبا 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 سئوال‌های (۳۸،۶۴،۶۳،۲۷)، کمال جویی والدین با ۳ سؤال و با شماره سئوال‌های (۲۲،۱۲،۶) اهمیت به نظافت و تمیز بودن افراطی با ۳ سؤال وباشماره سوال‌های (۴۷،۶۱،۱۰) مورد سنجش قرار گرفت. سؤالات 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 بیماربصورت نمونه گیری هدفمند به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند(۱۵)، تحلیل عاملی تاییدی، بخش از مدل اندازه‌گیری است که با روابط بین متغیرهای مشاهده شده و عامل‌ها (متغیر مکنون) سرو کار دارد(۱۸). جهت دست یابی به، برازش مدل از شاخص‌های مختلف برازش و ضرایب ساختاری استفاده می شود که شامل شاخص نیکویی برازش I (Goodness oF Fit: GF) ریشه میانگین مربع خطای تقریبی:)، Root mean Square Error Of Approximation : RMSEA

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

(Root mean Square Residual: RmR)، است، که به‌طور معمول در تعیین برزندگی تحلیل عملی تاییدی استفاده می‌شود(۱۹)، لازم به ذکر است که شاخص RMSEA کم‌تر یا مساوی ۰/۰۶ نشان‌دهنده برازش خوب، بین ۰/۰۶ تا کم‌تر و مساوی ۰/۰۸ تا کم‌تر و مساوی ۱ برازش ضعیف مدل می‌باشد. RmR کوچک‌تر با مساوی ۰/۰۸ نشان دهنده برازش مناسب می‌باشد(۲۰). شاخص‌های GFI و CFI بزرگ‌تر از ۰/۹

نشان‌دهنده برازش 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 IisreI، N۸۰ انجام شده است.

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

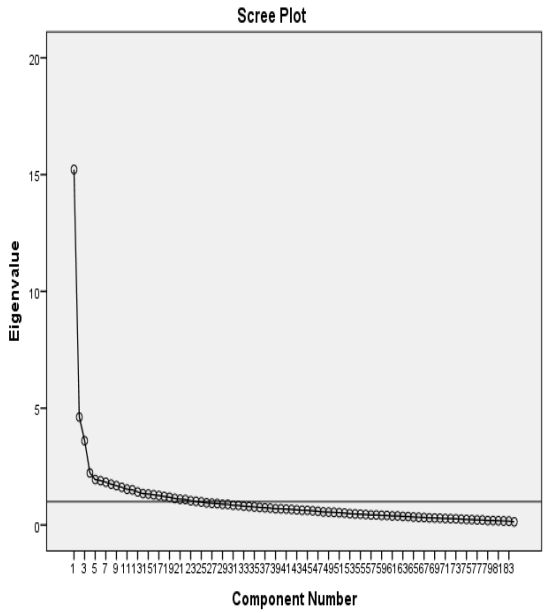
ردیف	عبارت	بلی	خیر
۱	در صورت هر گونه خطا در انجام وظایفم مورد تنبه بدنی پدر واقع می شوم.		
۲	والدینم مرتب تاکید بر شستن دست با صابون را دارند.		
۳	والدینم بر درست و دقیق خواندن نماز تاکید می کنند.		
۴	کاری را که والدینم خواستند باید بدون کم و کسر انجام دهم.		
۵	با وجود اینکه نسبت به هر موضوع زندگی ام حساس هستم و آن را جدی می گیرم 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 می کردند.		
۱۰	والدین از ریخت و پاشم در منزل احساس ناراحتی می کنند.		
۱۱	اگر خطایی از من سر بزند والدینم مرا نمی بخشند.		
۱۲	اگر نتوانی این کار محول شده را به خوبی به انجام برسانی یعنی اینکه به پدر و مادر خود بی احترامی 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 می شود.		
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 می کنم باید به بهترین های زندگی دست‌یابم.		
۱۸	چون درآمد زیادی ندارم، نمی توانم رقابت کنم و در نتیجه شکست می‌خورم.		
۱۹	اغلب در خانه با همدیگر حرف نمی زنیم 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 جنبه های منفی کار دیگران توجه کنیم.		
۲۲	مادرم کارهایم را ایراد می گیرد و دربی آن داد و فریاد راه می اندازد.		
۲۳	اکثر اوقات والدین بر انجام اعمال صحیح فرایض دینی تاکید می کنند.		
۲۴	یادم می آید 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	معتقدم اعمال دینی خود را به‌خوبی به انجام نرسانی، 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 می کنم 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 می خورم، دیگر رمقی برای انجام کارهای جدید نیست.		
۳۵	بعضی مواقع شاهد کتک خوردن مادر از طرف پدر در خانه بوده‌ام.		
۳۶	تاکید زیاد والدینم بر وضو گرفتن دقیق، و اگر غلط باشد خدا نمی‌بخشد.		
۳۷	والدینم اهداف آرمانی بزرگ برای ما در نظر می گیرند.		
۳۸	فکر کردن در مورد مسائل هوا و هوس باعث می شود که گناهان چند برابر شوند.		
۳۹	من معتقدم دست به هر کاری بزنم نتیجه ای 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 بی تربیتی من است.		
۴۱	چون مردم به صورت پنهانی دست به خلاف می‌زنند بنابراین هر لحظه احساس خطر می کنند.		
۴۲	انسان در هر صورت باید در زندگی موفق شود.		
۴۳	بیکاری منجر به دلهره من می شود.		
۴۴	فضای خانواده ما رسمی و جدی است.		
۴۵	سکوت و پذیرش بی چون 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 را دارم که از وقوع حوادث ناگوار جلوگیری می کند.		
۴۸	والدینم اشتباهات کوچک را همیشه بزرگ جلوه می کنند.		
۴۹	اگر تو با ماشین تصادف کنی هم‌خودت 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 می گویم 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 می کنم اگر نماز را سروقت و دقیق نخوانم اطرافیانم مرا نمی‌پذیرند.		
۵۸	فردی که نماز خود را درست نخواند طرد می شود.		
۵۹	والدینم ضمن اینکه بر واجبات دین و یا نمازهای واجب تاکید می کنند بر انجام مستحبات نیز اسرار دارند.		
۶۰	خانواده‌ام معتقدند در صورت اشتباه خواندن نماز، خداوند هرگز فرد را نمی‌بخشد.		
۶۱	باید حتماً بعد از بیدار شدن، رخت و خواب خود را با نظم خاصی مرتب نمایم.		
۶۲	تو شاهدی که ما چقدر برای موفقیت تو هزینه کرده‌ایم و اگر موفق نشوی یعنی رنج ما برای تو بی‌اهمیت است.		
۶۳	اگر کار گناه آلودی انجام دهم، حتی‌اگر بعداً پشیمان شوم خدا هرگز گناهم را نمی‌بخشد.		
۶۴	اگر در زندگی بلغزی دیگر هیچ کس به تو اعتماد نمی کند.		
۶۵	تلاشهای فراوانی برای پیدا کردن کار کردم ولی نتیجه نداد.		
۶۶	چون برای کارم هرچه تلاش صادقانه بود انجام دادم ولی به نتیجه‌ای نرسیدم بنابراین ناامیدم.		
۶۷	اگر می خواهم در نظر خانواده و جامعه فردی مثبت تلقی شوم تحت هر شرایط نباید 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 نمی کند.		
۷۰	تصور من اینست انسان در هر صورت باید در زندگی موفق باشد.		
۷۱	من کاری ندارم توانائیهای من چقد راست، من باید موفق شوم.		
۷۲	به عقیده من بعلت درامد کم همه نیازهای من برآورده نمی شود.		
۷۳	اکثر اوقات در محیط خانواده ما درباره مشکلات صحبت می شود.		
۷۴	خانواده ما شاد بودن و شوخ طبعی را دال بر بی خیال بودن تلقی می کنند.		
۷۵	مسافرت رفتن برای خانواده ما مهم نیست.		
۷۶	اگر فرزند در جمع مخالفت کند نشانه بی تربیتی اوست.		
۷۷	اگر افراد بزرگتر دلیل غیر منطقی هم داشته باشند کوچکترها باید آن را پذیرند.		
۷۸	فرزندی متین است که ابراز عقیده ننماید و حرفهای بزرگترها را بی چون و چرا پذیرد.		
۷۹	آنقدر که در ارزیابی به جنبه ها، منفی کار توجه داریم به جنبه‌های مثبت آن توجه نمی کنیم.		

یافته ها

در مجموع ۳۰۰ پرسشنامه محقق ساخته توسط بیماران تکمیل شد(۱۳). ملاک عمل فقط تشخیص بیماران همبودی اختلال افسردگی عمده- وسواس فکری، بوده است. پس از جمع‌آوری 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 waltzو 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. کاملا 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 رای‌دهندگان 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 $p<= ۰/۰۱$ ، ۰/۷۸۸۳ 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 واریما کس ۲۵ عامل به‌دست 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 شماره۲ نشان داده شده است. آنالیز عاملی تاییدی (ConFirmatory Factor analysis) برای بررسی ساختار عاملی جایگزین پیشنهاد شده، پایایی درونی همه زیر شاخه‌ها وهمبستگی بین زیر شاخه‌ها به کار رفت. براساس نتایج به‌دست 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 شماره۳، 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 شماره۲: تحلیل عامل اکتشافی عوامل فرهنگی (اصلاح شده با چرخش واریماکس)

گویه	عامل‌ها										
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۳۲	۰/۶۵۳										
۱۸	۰/۶۳۵										
۴۱	۰/۶۱۹										
۵۶	۰/۵۸۳										
۷۱	۰/۵۷۵										
۵۳	۰/۵۷۵										
۱۶	۰/۵۶۶										
۷۰	۰/۵۵۵										
۲۸	۰/۵۴۵										
۷۷	۰/۵۰۲										
۷۳	۰/۴۹۷										
۳۴	۰/۴۷۲										
۵۱	۰/۴۷۲										
۵۸	۰/۴۳۷										
۴۰	۰/۴۳۷										
۷	۰/۴۲۳										
۵	۰/۳۸۷										
۱۴	۰/۳۴۰										
۳۰	۰/۳۳۳										
۲۱	۰/۳۲۲										
۹		۰/۷۴۸									
۳۶		۰/۷۴۰									
۳		۰/۷۱۱									
۶۲		۰/۶۸۰									
۲۳		۰/۶۵۲									
۶۳		۰/۶۱۲									
۶۰		۰/۵۹۵									
۶۱		۰/۵۹۴									
۲		۰/۵۱۵									
۲۶		۰/۴۴۶									
۴		۰/۳۲۹									
۸			۰/۶۸۴								
۳۵			۰/۶۵۹								
۵۹			۰/۵۹۴								
۲۴			۰/۵۳۴								
۴۸			۰/۵۲۴								
۵۰			۰/۴۹۸								
۱			۰/۴۸۴								
۱۱			۰/۴۴۸								
۴۶			۰/۴۲۵								
۲۵			۰/۳۷۸								
۸۳				۰/۶۵۱							
۸۰				۰/۵۱۲							
۱۹				۰/۵۰۱							
۸۲				۰/۴۹۲							
۴۷				۰/۴۸۷							
۸۱				۰/۴۰۱							
۵۷				۰/۳۵۰							
۲۰				۰/۳۱۹							
۲۷					۰/۵۳۹						
۶۸					۰/۴۰۴						
۶۹					۰/۴۰۳						
۳۹					۰/۳۴۶						
۴۴						۰/۶۰۴					
۷۵						۰/۵۶۲					
۴۳						۰/۵۲۴					
۷۲						۰/۵۲۱					
۷۶						۰/۵۲۰					
۲۹						۰/۴۷۷					
۵۵						۰/۴۵۸					
۴۵						۰/۳۴۷					
۳۷							۰/۵۰۱				
۷۴							۰/۴۹۶				
۱۷							۰/۴۹۱				
۵۲							۰/۴۶۰				
۸۴							۰/۴۵۵				
۱۵							۰/۲۶۶				
۷۸								۰/۵۶۲			
۷۹								۰/۴۴۵			
۳۳								۰/۳۸۰			
۴۲								۰/۳۷۹			
۶۴								۰/۳۴۹			
۳۸									۰/۵۳۴		
۳۱									۰/۴۹۲		
۱۳									۰/۴۶۲		
۵۴									۰/۳۷۹		
۶۷									۰/۳۶۴		
۶										۰/۶۷۷	
۶۵										۰/۴۳۵	
۱۲										۰/۳۸۵	
۲۲										۰/۳۵۰	
۱۰											۰/۶۱۴
۶۶											۰/۵۷۱
۴۹											۰/۳۵۵
مقدار ویژه	۶/۸۶۵	۵/۵۵۷	۴/۷۸۵	۴/۴۱۱	۳/۲۵۵	۳/۰۷۹	۳/۰۲۶	۲/۴۳۲	۲/۱۸۱	۲/۰۷۸	۲/۰۲۷
درصد انباشتی واریانس	۸/۱۷۲	۱۴/۷۸۸	۲۰/۴۸۴	۲۵/۴۳۵	۲۹/۶۱۱	۳۳/۲۷۷	۳۶/۸۷۹	۳۹/۷۷۴	۴۲/۳۷۱	۴۴/۸۴۴	۴۷/۲۵۷

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

	GFI	CFI	AMSEA	AGFI
پرسشنامه (۱۱عاملی)	۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۱۰۱	۰/۸۵

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 تجلی سازی بروز همبودی وسواس فکری- افسردگی عمده می‌شود. این مطلب با نتیجه تحقیقات Gary مبنی بر این که یک فرد ممکن است عوامل زمینه‌ساز یعنی عوامل وارثتی 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 عواملی فرهنگی، موثر 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 به عنوان عوامل فرهنگی موثر در بروز اختلالات روان‌شناختی درست 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 وسواس 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 وسواس 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 موثر می‌دانستند، همخوانی دارد. همچنین این یافته‌ها با یافته‌های Diener، مبنی براثر گذاری عوامل فرهنگی و اجتماعی از قبیل جنسیت، نژاد، فرهنگ، قومیت، آداب و رسوم ووضعیت 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 وسواس را در بر می‌گیرد، که با نتیجه تحقیقات Kanner مبنی بر منعطف نبودن والدین این بیماران، همخوانی دارد(۸).

جدول شماره ۴: ماتریس همبستگی عامل ها

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
عامل ۱	۱										
عامل ۲	۰/۲۶۷**	۱									
عامل ۳	۰/۶۲۱**	۰/۳۶۶**	۱								
عامل ۴	۰/۶۹۹**	۰/۴۰۴**	۰/۶۳۰**	۱							
عامل ۵	۰/۵۳۰**	۰/۳۵۸**	۰/۳۹۳**	۰/۴۷۴**	۱						
عامل ۶	۰/۳۳۷**	۰/۲۴۵**	۰/۲۲۸**	۰/۳۴۱**	۰/۳۷۸*	۱					
عامل ۷	۰/۴۰۳**	۰/۲۴۲**	۰/۲۸۸**	۰/۴۱۲**	۰/۴۱۷**	۰/۳۹۳**	۱				
عامل ۸	۰/۴۷۹**	۰/۳۳۱**	۰/۵۰۳**	۰/۵۴۶**	۰/۳۳۷**	۰/۲۹۲**	۰/۲۵۸**	۱			
عامل ۹	۰/۳۸۵**	۰/۳۳۷**	۰/۳۴۶**	۰/۳۸۶**	۰/۳۸۴**	۰/۴۰۲**	۰/۳۹۲**	۰/۳۱۵**	۱		
عامل ۱۰	۰/۵۲۹**	۰/۲۲۰**	۰/۴۷۰**	۰/۴۵۶**	۰/۳۴۸**	۰/۲۷۰**	۰/۳۱۲**	۰/۳۴۳**	۰/۳۴۹**	۱	
عامل ۱۱	۰/۱۰۸	۰/۲۵۳**	۰/۱۶۱**	۰/۱۹۴**	۰/۲۲۹**	۰/۲۸۰**	۰/۲۷۱**	۰/۱۴۴*	۰/۲۳۸**	۰/۲۷۴**	۱
همبستگی با شاخص کل	۰/۸۴۷**	۰/۵۸۷**	۰/۷۶۲**	۰/۸۲۲**	۰/۶۵۲**	۰/۵۳۵**	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

** دوستاره در سطح ۹۹ درصد معنادار است
* یک ستاره در سطح ۹۵ درصد معنادار است

جدول شماره ۵: عوامل مورد استخراج شده

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	باورهای غلط همراه با عدم انعطاف‌پذیری
عامل ۶	تاکید مفرط بر ایده‌آل‌ها
عامل ۷	واقعیت‌ها و باورهای غلط زمینه‌ساز
عامل ۸	هنجارهای نامنعطف خانواده
عامل ۹	افرط در وجدان اخلاقی
عامل ۱۰	کمال‌جویی والدین
عامل ۱۱	اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی

هم‌چنین بروز همزمان وسواس 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 وسواس فکری با مدل کاهنیان(۴)، مبنی بر این که همبودی به بیماری‌هایی اشاره دارد که به دفعات متناوب با یکدیگر رخ می‌دهد به‌صورتی که این رخداد همزمان را نمی‌توان ناشی از تصادفی و شانس 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 شانس نمی‌باشد.

عوامل فرهنگی، محیطی و اجتماعی که به بعنوان شاخص و هم بعنوان گویه در این تحقیق مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت با ماده‌های پرسشنامه نگرش مسئولیت سالکو وسیکیس 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 بیان کننده 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 هم‌خوانی و اعتبار بالایی دارد که همه عوامل فرهنگی در بروز همبودی اختلات افسردگی عمده- ووسواس 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 وسواس 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 براساس داده‌های جدول ماتریس همبستگی، بیش‌ترین تأثیر را در بروز این اختلال دارد عامل سوم یا انعطاف ناپذیری و خشونت والدین می‌باشد که هم در اختلال افسردگی عمده مؤثر است و هم در وسواس فکری بنابراین این عامل اثر بسزایی در بروز اختلال همبودی افسردگی عمده و وسواس فکری دارد. این یافته با یافته‌های تحقیقی Adams مبنی بر ارتباط نامنعطف والدین این بیماران، همخوانی دارد(۱۶). در بررسی رابطه بین عامل‌ها مشخص می‌شود که عامل **۳و۴** 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 کمال جویی مفر ط 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 نمونه های متفاوت انجام

گیـرد تـا تکـرار پـذیری و قـدرت تعمـیم آن بـالا رود. هم‌چنین یکی دیگرازمحـدودیت‌هـای ایـن تحقیـق ایـن است که این ازمـون بـرروی هـردو جـنس انجـام گرفتـه است لذا پیشنهادمی‌گردد این‌آزمون بـه تفکیـک جـنس انجـام گیـرد تـابتوان بـه‌صـورت اختصاصـی‌تـری از ان استفاده کرد.

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 Psychiatry2005; 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 CW, 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 Behaviorial 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.