رویش روان شناسی، سال۹ ، شماره ۱۲، شماره پیاپی ۵۷، اسفند ۱۳۹۹
Rooyesh-e-Ravanshenasi,9(12), 2021

پیش‌بینی نشانه‌های وسواس فکری و عملی براساس حساسیت اضطرابی، پریشانی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در دانشجویان

Prediction of obsession and compulsion symptoms based on anxiety sensitivity, psychological distress and psychological flexibility in students

نرجس عامری
کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
دکتر محمود نجفی (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، پیش‌بینی نشانگان وسواس فکری-عملی بر اساس حساسیت اضطرابی، پریشانی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در دانشجویان بود. روش این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه سمنان بود که از میان آن‌ها، ۳۱۱ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش از مقیاس وسواس فکری-عملی (فوا و همکاران، ۲۰۰۲)، مقیاس تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی (رایس و پترسون، ۱۹۸۷)، نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (لوی باند و لوی باند، ۱۹۹۵) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تحلیل شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که ابعاد حساسیت اضطرابی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و ابعاد پریشانی روانشناختی با نشانگان وسواس فکری-عملی همبستگی معنادار دارند ($P\leq$ ۰/۰۱). نتایج رگرسیون حاکی از این بود که پریشانی روانشناختی، حساسیت اضطرابی و انعطاف‌پذیری روانشناختی به ترتیب ۳۱ درصد، ۳۵ درصد و ۳۶ درصد از واریانس نشانگان وسواس فکری-عملی را تبیین کردند. این سه متغیر به طور همزمان با هم توانستند ۳۷ درصد از واریانس نشانگان وسواس فکری-عملی را تبیین کنند. باتوجه به نقش مهم انعطاف‌پذیری روانشناختی، حساسیت اضطرابی و ابعاد پریشانی روانشناختی در پیش‌بینی نشانگان وسواس فکری-عملی در دانشجویان، طراحی مداخلات مبتنی بر بهبود این ویژگی‌ها به عنوان مبنایی برای ارتقای کیفیت زندگی این گروه از افراد پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: *استرس، اضطراب، افسردگی، حساسیت اضطرابی، انعطاف‌پذیری روانشناختی، وسواس فکری، وسواس عملی.*

Narjes Ameri
Master of General Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
Dr. Mahmoud Najafi*
Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
m_najafi@semnan.ac.ir

Abstract

The aim of the present study was to predict obsession and compulsion symptoms based on anxiety sensitivity, psychological distress, and psychological flexibility in students. The method of this study was descriptive-correlational. The statistical population included all male and female students of Semnan University, from which 311 people were selected using the convenience sampling method. In this study, the Obsessive-compulsive Disorder scale (Foa et al, 2002), the anxiety sensitivity index (Rice and Patterson, 1987), the second version of the Acceptance and Action Questionnaire (Bond et al, 2011), and the depression, anxiety and stress scale (Lovibond & Lovibond, 1995) were used. Data were analyzed using Pearson correlation and stepwise regression analysis. Results showed that the dimensions of anxiety sensitivity, psychological resilience, and dimensions of psychological distress were significantly correlated with obsession and compulsion symptoms ($P\leq0.01$). Regression results also showed that psychological distress, anxiety sensitivity, and psychological resilience explained 31%, 35%, and 36% of the variance of obsession and compulsion symptoms, respectively. Finally, these three variables simultaneously explained 37% of the variance of the obsession and compulsion symptoms. Considering the important role of psychological flexibility, anxiety sensitivity, and dimensions of psychological distress in predicting obsession and compulsion symptoms in students, it is recommended to design interventions based on these variables to improve the quality of life of this group of people.

Keywords: *Stress, Anxiety, Depression, Anxiety Sensitivity, Mental Flexibility, Obsession, Compulsion.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : آبان ۹۹** **پذیرش: آذر ۹۹** **ویرایش نهایی : اسفند ۹۹**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.13.8]

مقدمه

وسواس فکری-عملی[1] اختلالی شایع در بین دانشجویان است و میزان فراوانی علائم آن در میان دانشجویان فراتر از جمعیت عمومی است (تورس، کراز، ویکنتینی، لیما و راموس-کرکیورا[2]، ۲۰۱۸). طبق مطالعه جیسوریا[3] و همکاران (۲۰۱۷) بیشترین خطر ابتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، در سنین ۱۸ تا ۲۵ گزارش شده است که با سنین تحصیلات دانشگاهی منطبق است. خصیصه اصلی این اختلال وجود وسواس‌های فکری یا عملی مکرر و شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای را بر فرد تحمیل می‌کنند و یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که تأثیر زیادی بر زندگی روزمره افراد مبتلا دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا[4]، ۲۰۱۳). وسواس فکری شامل افکار، تکانه‌ها، تصاویر عودکننده و مداوم است که به شکلی مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند. اجبار شامل رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی است که فرد خود را ملزم به انجام آن‌ها در پاسخ به وسواس فکری یا براساس اصولی خاص که باید با دقت انجام شوند، می‌داند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). افراد دارای اختلال وسواس فکری-عملی ممکن است وسواس فکری، وسواس عملی، و یا هر دو را با هم داشته باشند (کاپلان و سادوک[5]، ۱۳۹۳).

یکی از عوامل زیربنایی در سبب‌شناسی این اختلال حساسیت اضطرابی[6] است که می‌تواند به طرق مختلفی مانند ترس از دست دادن کنترلِ توانایی‌های ذهنی، ترس از نشانه‌های بدنی و همچنین حساسیت نسبت به ارزیابی منفی دیگران در این اختلال نقش داشته باشد. حساسیت اضطرابی یک متغیر شناختی و فردی است که به ترس از احساسات بدنی مربوط به برانگیختگی، از جمله افزایش تنفس سرگیجه و تپش قلب، اشاره دارد (ریس و آندرسون[7]، ۲۰۱۳). افراد با حساسیت اضطرابی بالا از این احساسات می‌ترسند؛ زیرا معتقدند که این احساسات نشانه‌هایی از رخ دادن فاجعه‌ای قریب‌الوقوع است؛ از جمله وقایع جسمی، روانی، اجتماعی یا بیماری‌های تهدیدکننده زندگی، از دست دادن کنترل و احساس شرمساری (کیو و وان‌دن‌هات[8]، ۲۰۱۹). به طور خاص افرادی که دارای سطح بالایی از حساسیت اضطرابی هستند، بیش از حد مراقب‌اند و احساسات مبهم جسمی را بسیار خطرناک ارزیابی می‌کنند (ویتون، مهافی، تیمپانو، برمان و آبراموتیز[9]، ۲۰۱۲). مطالعات نشان می‌دهد که بیماران دارای اختلال وسواس فکری-عملی میزان بیشتری از حساسیت اضطرابی را گزارش می‌کنند (تیمپانو، رانیس، شاو، کیوق و اشمیت[10]، ۲۰۱۶؛ ویتون، دیکون، مک‌گراس، برمان و آبراموویتز[11]، ۲۰۱۲) و حساسیت اضطرابی ارتباط زیادی با شدت علائم اختلال وسواس فکری-عملی دارد (گاتیرز، هیرانی، کارتیس و لادلوو[12]، ۲۰۲۰). همچنین نتایج مطالعات نشان می‌دهد که بین ابعاد حساسیت اضطرابی و ابعاد مختلف وسواس رابطه معناداری وجود دارد (راینز، اوگلسبی، کاپرون و اشمیت[13]، ۲۰۱۴؛ رابینسون و فریستون[14]، ۲۰۱۴؛ کالاماری، رکتور، وودارد، چون و چیک[15]، ۲۰۰۸). دیکون و آبراموویتز[16] (۲۰۰۶) به این نتیجه دست یافتند که افراد دارای اختلال وسواس در تمامی خرده‌مقیاس‌های حساسیت اضطرابی نمره بالاتری نسبت به گروه کنترل به‌دست آورده‌اند. پولی، ملی، قیسی، بوتسی و سیکا[17] (۲۰۱۷) نشان دادند که بین خرده‌مقیاس‌های حساسیت اضطرابی (به خصوص ابعاد اجتماعی) و وسواس از نوع تقارن ارتباط وجود دارد. راینز و همکاران (۲۰۱۴) نیز دریافتند حساسیت اضطرابی همبستگی معنی‌داری با مؤلفه‌های وسواس فکری (افکار مرتبط با آلودگی، تردید مرضی و چک کردن) دارد و بین خرده مقیاس نگرانی‌های شناختی و اجتماعی حساسیت اضطرابی و افکار غیرقابل

1. Obsessive–compulsive Disorder
2. Torres, Cruz, Vicentini, Lima & Ramos-Cerqueira
3. Jaisoorya
4. American Psychiatric Association
5. Kaplan & Sadock's
6. anxiety sensitivity
7. Rees & Anderson
8. Kwee & van den Hout
9. Wheaton, Mahaffey, Timpano, Berman & Abramowitz
10. Timpano, Raines, Shaw, Keough Schmidt & Schmidt
11. Wheaton, Deacon, McGrath, Berman & Abramowitz
12. Gutierrez, Hirani, Curtis & Ludlow
13. Raines, Oglesby, Capron & Schmidt
14. Robinson & Freeston
15. Calamari, Rector, Woodard, Cohen & Chik
16. Deacon & Abramowitz
17. Poli, Melli, Ghisi, Bottesi & Sica

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.13.8]

قبول تکراری در وسواس ارتباط وجود دارد. در مطالعه‌ای دیگر ویتون و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند خرده‌مقیاس‌های ترس از دست دادن کنترل شناختی و نگرانی‌های بدنی می‌توانند نشانه‌های وسواس تقارن را در گروه غیربالینی پیش‌بینی کنند.

افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در حوزه‌های عملکرد اجرایی اختلالاتی را نشان می‌دهند؛ از جمله اختلال در انعطاف‌پذیری روانشناختی، بازداری از بروز پاسخ، نقص در حافظه بینایی و کلامی و پردازش عاطفی (موریرا[1] و همکاران، ۲۰۱۹). انعطاف‌پذیری شناختی[2] یک جنبه مهم عملکرد اجرایی است که به عنوان توانایی سازگاری کارآمد با تغییر خواسته‌ها تعریف می‌شود (داربی، کاسترو، واسمن، اسلوتسکی[3]، ۲۰۱۸). غالبا افرادی که انعطاف‌پذیری شناختی بالایی دارند، مشکلات و شرایط جدید را در سطوح مختلف ارزیابی کرده و می‌توانند گزینه‌ها و ایده‌های جایگزین را ارائه کنند. در مقابل، افرادی که از انعطاف‌پذیری کمتری برخوردارند، یادگیری‌های اولیه خود را به سختی می‌توانند فراموش کنند و بر آموخته‌های قبلی خود که پیامدهای منفی برایشان دارد پافشاری می‌کنند؛ بنابراین پافشاری‌ها به سازگاری آن‌ها با شرایط جدید آسیب می‌رساند و فرد را بیشتر در معرض ابتلا به اضطراب قرار می‌دهند (هیز[4] و همکاران، ۲۰۰۴). مطالعات نشان داده‌اند که افراد دارای اختلال وسواس فکری-عملی از انعطاف‌پذیری شناختی کمتری برخوردار هستند (فرانسازیو و فلسنر[5]، ۲۰۱۵؛ گرانر و پیتنگر[6]، ۲۰۱۷؛ فینبرگ[7] و همکاران، ۲۰۱۵؛ کائودک، سیکا، مارچتی، کالپیزی و استینداردی[8]، ۲۰۲۰). در این راستا، نتایج مطالعه ایزدی، نشاط‌دوست، عسگری و عابدی (۱۳۹۳) نشان داد افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی که مداخلاتی در زمینه افزایش انعطاف و کاهش اجتناب تجربی دریافت کردند در مقایسه با افراد دیگر، علائم کمتری از خود نشان دادند. دن‌آدن[9] و همکاران (۲۰۲۰) نیز در مطالعه‌ای مشابه مشخص کردند این افراد انعطاف‌پذیری کمتری داشته و بیشتر از راه حل اجتنابی استفاده می‌کنند و چنین افرادی بیشتر علائم وسواس را نشان می‌دهند. مطالعه ثناگویی محرر و میرشکاری (۱۳۹۷) نیز نقش انعطاف‌پذیری و اضطراب را در ایجاد و تداوم علائم وسواس فکری-عملی تایید نموده است.

از دیگر متغیرهای مرتبط با اختلال وسواس فکری-عملی، پریشانی روانشناختی[10] است. در پژوهش آبراموتیز، لاکی و ویتون[11] (۲۰۰۹) از آشفتگی روانی به عنوان عامل خطری برای پیش‌بینی وسواس نام برده شده است. پریشانی روانشناختی اصطلاحی است که برای توصیف کلی روانپزشکی در یک فرد با ترکیبی از علائم افسردگی، اضطراب و استرس استفاده می‌شود و به‌عنوان عامل آسیب‌شناختی در انواع متعدد اختلالات روانی شناخته شده است (مازر، برسما، لینتون[12]، ۲۰۱۸). افسردگی شایع‌ترین اختلالی است که با اختلال وسواس فکری-عملی همپوشانی دارد و تقریبا دوسوم از مبتلایان به وسواس از اختلال افسردگی رنج می‌برند (تیبی[13] و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین پریشانی به‌طور گسترده‌ای به عنوان یک حالت در پاسخ به عوامل استرس‌زا و با ناراحتی ادراک شده مشخص می‌شود (مارگو درمر، دیپلتی، گیرارد، هودون[14]، ۲۰۱۹). تحقیقات در این حیطه نشان داده‌اند سابقه‌ی اضطراب در افراد مبتلا به وسواس وجود دارد (نیسن[15] و همکاران، ۲۰۱۶) و مبتلایان به اختلالات اضطرابی، بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات وسواسی هستند (رهرس، گانور، کاپلان و قوپرا[16]، ۲۰۲۰). پژوهش جنتس و راسکیو[17] (۲۰۱۱) نیز نشان داد بیماران وسواسی در مقایسه با افراد عادی در موقعیت‌های گوناگون بیشتر دچار اضطراب می‌شوند.

---

1. Moreira
2. psychological flexibility
3. Darby, Castro, Wasserman & Sloutsky
4. Hayes
5. Francazio & Flessner
6. Gruner & Pittenger
7. Fineberg
8. Caudek, Sica, Marchetti, Colpizzi & Stendardi
9. Den Ouden
10. psychological distress
11. Abramowitz, Lackey & Wheaton
12. Mazzer, Boresma & Linton
13. Tibi
14. Margo-Dermer, Depelteau, Girard & Hudon
15. Nissen
16. Rohrs, Gangewere, Kaplan & Chopra
17. Gentes & Ruscio

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.13.8]

بر اساس این مطالب و پژوهش‌های قبلی مرتبط با اختلال وسواس فکری-عملی، عوامل مختلفی در بروز و تداوم علائم وسواس نقش دارند و در حوزه‌ی وسواس نظریات متعددی پیشنهاد شده است که هریک از آن‌ها بر عامل خاصی تاکید دارند. متغیرهای انعطاف‌پذیری روانشناختی، حساسیت اضطرابی و پریشانی روانشناختی هر یک با اختلال وسواس فکری-عملی رابطه دارند، ولی سهم این متغیرها در پیش‌بینی نشانگان وسواس فکری-عملی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. برای پیشرفت دانش در این زمینه‌ها و نیز از آنجا که پژوهش در مورد اختلال وسواس فکری-عملی و عوامل دخیل در آن ناکافی است و در ایران نیز مطالعه‌ای با این موضوع صورت نگرفته، لازم است بررسی‌ها حول موضوع حاضر همچنان ادامه یابد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی نشانگان وسواس فکری-عملی بر اساس حساسیت اضطرابی، پریشانی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در جمعیت غیربالینی انجام شده است. همچنین در نمونه غیربالینی نشانگان اختلال وسواس فکری-عملی با شدت کمتری قابل مشاهده است، از این جهت بررسی غیربالینی آن که منجر به شناسایی نشانه‌ها و درمان به موقع شده و از پیشرفت نشانه‌ها جلوگیری می‌کند، حائز اهمیت است. سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا می‌توان بر اساس حساسیت اضطرابی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و پریشانی روانی نشانگان وسواس فکری-عملی را در دانشجویان پیش‌بینی کرد؟

روش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانشجویان دانشگاه سمنان تشکیل دادند. تعداد حجم نمونه براساس جدول مورگان و کرجسی تعیین شدند. بدین صورت با توجه به اینکه تعداد دانشجویان دانشگاه سمنان تقریبا برابر با ۱۲۰۰۰ نفر بودند، بر اساس جدول مورگان باید ۲۹۰ نفر انتخاب می‌شدند. با توجه به احتمال ناقص بودن برخی پرسشنامه‌ها نمونه نهایی ۳۱۱ نفر تعیین شدند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود؛ بدین صورت که ابتدا لینک پرسشنامه طراحی شد و در کانال دانشگاه سمنان قرار داده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تجدیدنظرشده وسواس فکری عملی[1] (OCD-R): این مقیاس توسط فوا[2] و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شد که ابزاری جهت ارزیابی نشانگان وسواس در جمعیت بالینی و غیربالینی است (دیکون و آبراموتیز[3]، ۲۰۰۶). این پرسشنامه، یک مقیاس خودگزارشی است که دارای ۱۸ ماده است. نمره‌گذاری این آزمون بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (از هیچوقت تا بیشتر اوقات) تنظیم شده است. کل نمره یک فرد از صفر تا ۷۲ متغیر خواهد بود و نمره بالاتر بیانگر حضور بیشتر نشانگان وسواس در فرد است. شش زیرمقیاس شستشو (۵، ۱۱ و ۱۷)، وسواس فکری (۶، ۱۲ و ۱۸)، احتکار (۱، ۷ و ۱۳)، نظم‌دهی (۳، ۹ و ۱۵)، وارسی (۲، ۸ و ۱۴) و خنثی‌سازی ذهنی (۴، ۱۰ و ۱۶) در این پرسشنامه بررسی می‌شود. خرده‌مقیاس‌های وارسی، احتکار، نظم‌دهی و شستشو علائم آشکار را منعکس می‌کنند، در حالی‌که خرده‌مقیاس وسواس فکری و خنثی‌سازی ذهنی نشان‌دهنده علائم شناختی یا پنهانی است. این پرسشنامه اعتبار و پایایی خوبی دارد و به کرات مورد استفاده قرار گرفته است (سالکوسکیس[4]، ۱۹۹۱). دیکون و آبراموتیز (۲۰۰۶) ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس وسواس را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهش محمدی، زمانی و فتی (۱۳۸۷) آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس‌ها ۰/۵۰ تا ۰/۷۲ به دست آمده و روایی مطلوبی برای آن گزارش شده است.

مقیاس حساسیت اضطرابی تجدیدنظر شده[5] (ASI-R): مقیاس حساسیت اضطرابی در ابتدا توسط رایس و پترسون[6] (۱۹۸۷) ساخته شد. فرم اولیه این پرسشنامه خودگزارشی از ۱۶ ماده تشکیل شده است که ترس از اضطراب را ارزیابی می‌کند، اما به دلیل اینکه پرسشنامه مذکور زیرمقیاس ترس از علائم جسمانی را بیشتر مورد ارزیابی قرار می‌داد، توسط تیلور و کوکس[7] (۱۹۹۸) مورد بازنگری قرار گرفت. فرم تجدیدنظرشده شاخص حساسیت اضطرابی از ترکیب ۱۰ ماده فرم اولیه و ۲۶ ماده جدید و ۴ بعد ساخته شده است که باورهای تهدیدآمیز راجع به علائم برانگیختگی را مورد سنجش قرار می‌دهد. هر ماده روی مقیاس درجه‌بندی شده از صفر (خیلی کم) تا ۴ (خیلی زیاد) قرار می‌گیرد. نمرات این پرسشنامه شامل نمره کل و چهار بعد ترس از نشانه های قلبی عروقی_معدی روده‌ای (سوالات ۷-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-

---

1. Obsessive–compulsive Disorder- revised (OCD-R)
2. Foa
3. Deacon & Abramowitz
4. Salkovskis
5. anexiety sensitivity index- revised (ASI-R)
6. Rice & Patterson
7. Taylor & Cox

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.13.8]

۲۹-۲۸-۲۷-۲۶-۲۴)، ترس از نشانه‌های تنفسی (سوالات ۱-۲-۳-۴-۶-۸-۱۰)، ترس از واکنش‌های اضطرابی در جمع (سوالات ۹-۱۳-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴) و ترس از عدم مهار شناختی (سوالات ۳۲-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶) است که به‌عنوان علائم حساسیت اضطرابی در نظر گرفته می‌شوند. ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه، ثبات درونی بالای آن را (آلفای بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۱) نشان داده است (ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). در پژوهش رکتور، شیمیزو و لیبمن[1] (۲۰۰۷) ضریب همسانی درونی این ابزار ۰/۸۵ به‌دست آمد. در ایران، مرادی منش، میرجعفری، گودرزی و محمدی (۱۳۸۶) در پژوهش روی دانشجویان عوامل ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از نشانه‌های قلبی‌عروقی_معده‌ای روده‌ای، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع و ترس از عدم مهار شناختی را بدست آوردند و ضریب همسانی درونی این پرسشنامه بر مبنای آلفای کرونباخ برای عوامل فوق را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۹۱، ۰/۸۸ و ۰/۹۴ گزارش کردند.

نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل[2] (AAQ -II): این پرسشنامه توسط هیز و همکاران (۲۰۰۴) به عنوان ابزاری برای سنجش پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روانی طراحی شده است. دارای ۷ گویه است و پاسخ به هرسوال براساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف (نمره یک) تا کاملاً موافق (نمره هفت) مشخص می‌شود. سؤالات آزمون تسلط یا عدم تسلط افراد بر وقایع درونی را می‌سنجد. نمره‌های بالاتر در این پرسشنامه نشانگر انعطاف‌پذیری کمتر است. بوند[3] و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی به بررسی کاستی‌های نسخه اولیه پرسشنامه پذیرش و عمل، به عنوان معیاری برای سنجش انعطاف‌پذیری روانشناختی پرداختند و سپس نسخه دوم را ایجاد کردند که محدودیت‌های نسخه پیشین در آن رفع گردید و دارای ساختار تک عاملی است. هیز و همکاران (۲۰۰۴) ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۷۰ و پایایی آن از طریق روش بازآزمایی را در طی ۴ ماه ۰/۶۴ برآورد کردند. پناتو، بروکال، برنینی و ریواس[4] (۲۰۱۳) آلفای کرونباخ برای کل مقیاس انعطاف‌ناپذیری روانشناختی را ۰/۸۳ گزارش نموده‌اند. همچنین بوند و همکاران (۲۰۱۱) پایایی آزمون را از طریق روش بازآزمایی طی دوره ۳ و ۱۲ ماهه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش داده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش شده است (عباسی، فتی، مولودی و ضرابی، ۱۳۹۱).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس[5] (DASS-21): پرسشنامه استرس- اضطراب-افسردگی توسط لوی باند و لوی باند[6] در سال ۱۹۹۵ جهت ارزیابی حالات عاطفه منفی در اضطراب، استرس و افسردگی طراحی شده است. دارای ۲۱ سؤال است و برای هر گویه از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری صورت می‌گیرد. نمره بالاتر در این مقیاس بیانگر علائم شدیدتر است. این پرسشنامه شامل سه مؤلفه افسردگی (۳،۵،۱۰،۱۳،۱۶،۱۷،۲۱)، اضطراب (۲،۴،۷،۹،۱۵،۱۹،۲۰) و استرس (۱،۶،۸،۱۱،۱۲، ۱۴،۱۸) است. لوی باند و لوی باند (۱۹۹۵) این پرسشنامه را در یک نمونه غیربالینی اجرا کردند و ضریب آلفای کرونباخ را برای سه خرده‌مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ بدست آوردند. سامانی و جوکار (۱۳۸۶) اعتبار بازآزمایی برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس را به‌ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند.

یافته‌ها

اعضای نمونه در میانگین سنی ۴/۹۲±۲۴/۸۷ قرار داشتند. از مجموع آن‌ها، ۹۵ نفر مرد (۳۰/۵ درصد)، ۲۱۳ نفر زن (۶۸/۵ درصد)، ۷۶ نفر مجرد (۲۴/۴ درصد) و ۲۳۱ نفر متاهل (۷۴ درصد) بودند. از نظر تحصیلات ۹/۳ درصد کاردانی، ۶۰/۸ درصد کارشناسی، ۲۳/۵ درصد کارشناسی ارشد و ۳/۵ درصد در مقطع دکتری بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است. با استفاده از آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف نرمال بودن داده‌ها مورد آزمون و تائید قرار گرفت.

[1]. Rector, Shimizu & Leybman
[2] . Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)
[3] . Bond
[4] . Pennato, Berrocal, Bernini, & Rivas
[5] .Depression anxiety stress Scale (DASS-21)
[6] . Lovibond & Lovibond

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.13.8]

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای موردمطالعه

متغیرها		میانگین	انحراف استاندارد	آزمون آماره	کلموگراف اسمیرنوف سطح معناداری
وسواس فکری-عملی		۲۲/۲۵	۱۱/۳۱	۰/۰۹	۰/۱۴
حساسیت اضطرابی	ترس از نشانه های قلبی عروقی - معدی روده‌ای	۹/۷۲	۹/۰۵	۰/۱۵	۰/۱۹
	ترس از نشانه های تنفسی	۶/۸۶	۶/۲۸	۰/۱۳	۰/۲۰
	ترس از واکنش‌های اضطرابی در جمع	۱۰/۸۸	۷/۴۳	۰/۱۰	۰/۱۹
	ترس از عدم مهار شناختی	۴/۵۲	۴/۸۰	۰/۱۸	۰/۲۳
	نمره کل حساسیت اضطرابی	۳۲/۰۴	۲۱/۶۱	۰/۰۹	۰/۲۱
پریشانی روانشناختی	افسردگی	۶/۹۶	۵/۳۱	۰/۱۳	۰/۱۶
	اضطراب	۵/۳۸	۴/۲۰	۰/۱۲	۰/۱۹
	استرس	۸/۲۷	۵/۲۱	۰/۱۰	۰/۱۹
	نمره کل پریشانی روانشناختی	۲۰/۶۰	۱۲/۶۸	۰/۱۱	۰/۱۷
انعطاف‌پذیری روانشناختی		۲۰/۹۱	۹/۶۹	۰/۱۰	۰/۱۵

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف و سطوح معناداری به‌دست‌آمده برای هریک از متغیرهای پژوهش ($p>۰/۰۵$) نشان از نرمال بودن داده‌های مربوط به این متغیرها داشت. به منظور بررسی مفروضه استقلال خطاها از یکدیگر از آزمون دوربین- واتسون[1] استفاده شد. نتایج غیرمعنی‌دار ($p>۰/۰۵$) نشان‌دهنده رعایت این پیش‌فرض بود. مقادیر آزمون دوربین-واتسون برای حساسیت اضطرابی (۱/۹۳)، پریشانی روانشناختی (۲/۱۷) و انعطاف‌پذیری روانی (۲/۱۳) بود. عامل تورم واریانس برای متغیرهای پیش‌بین در دامنه ۱/۵۳ تا ۲/۳۹ و کمتر از ۱۰ بود. جهت بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرهای پژوهش ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش بررسی شد. در جدول ۴ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول۲. همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- افسردگی	_										
۲- اضطراب	۰/۵۵**	_									
۳- استرس	۰/۶۴**	۰/۶۱**	_								
۴- ترس از نشانه های قلبی عروقی - معدی روده ای	۰/۳۷*	۰/۴۰**	۰/۲۶**	_							
۵- ترس از نشانه های تنفسی	۰/۲۷**	۰/۴۲**	۰/۳۵**	۰/۵۰**	_						
۶- ترس از واکنش های اضطرابی در جمع	۰/۳۴*	۰/۳۴**	۰/۴۱**	۰/۴۵**	۰/۴۱**	_					
۷- ترس از عدم مهار شناختی	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۰/۳۵**	۰/۶۲**	۰/۳۸**	۰/۴۵**	_				
۸- انعطاف‌پذیری روانشناختی	۰/۵۵**	۰/۴۵**	۰/۵۶**	۰/۲۸**	۰/۳۱**	۰/۴۰**	۰/۳۳**	_			

[1]. Durbin-Watson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.13.8]

۹- نمره کل حساسیت اضطرابی	۰/۴۴**	۰/۵۰**	۰/۴۳**	۰/۸۶**	۰/۷۲**	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۰/۴۲**	–	
۱۰- نمره کل پریشانی روانی	۰/۸۷**	۰/۸۱**	۰/۸۸**	۰/۳۹**	۰/۳۶**	۰/۳۵**	۰/۳۶**	۰/۶۱**	۰/۵۳**	–
۱۱- وسواس فکری-عملی	۰/۴۴**	۰/۴۷**	۰/۵۰**	۰/۳۹**	۰/۳۶**	۰/۳۵**	۰/۳۶**	۰/۴۷**	۰/۴۷**	۰/۵۵**

**p<۰/۰۱ *p<۰/۰۵

باتوجه به جدول ۲، افسردگی، اضطراب، استرس، مولفه‌های حساسیت اضطرابی و انعطاف‌پذیری روانشناختی با وسواس فکری-عملی رابطه مثبت معنی‌داری در سطح ۰/۰۰۱ دارند (لازم به یادآوری است که نمره بالاتر در مقیاس انعطاف‌پذیری نشانه انعطاف‌پذیری پایین‌تر در فرد است). در ادامه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام جهت پیش‌بینی نشانگان وسواس فکری-عملی از طریق متغیرهای فوق ارایه شده است.

جدول۳. نتایج تحلیل رگرسیون نشانگان وسواس فکری-عملی براساس پریشانی روانشناختی، حساسیت اضطرابی و انعطاف‌پذیری روانی

	متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	خطای استاندارد	Beta	t	R2	R2 اصلاح شده	F	سطح معنی داری
گام اول	وسواس فکری-عملی	مقدار ثابت	۱۱/۹۹۹	۱/۰۲۴		۱۱/۷۲۱				**۰/۰۰۱
		پریشانی روانشناختی	۰/۴۹۸	۰/۰۴۲	۰/۵۵۹	۱۱/۷۸۲	۰/۳۱	۰/۳۱	۱۳۸/۸۰۴	**۰/۰۰۱
گام دوم	وسواس فکری-عملی	مقدار ثابت	۱۰/۲۸۷	۱/۰۶۳		۹/۶۷۷				**۰/۰۰۱
		پریشانی روانشناختی	۰/۳۸۲	۰/۰۴۹	۰/۴۲۸	۷/۸۶۷				**۰/۰۰۱
		حساسیت اضطرابی	۰/۱۲۸	۰/۰۲۹	۰/۲۴۵	۴/۵۰۷	۰/۳۵	۰/۳۵	۸۳/۹۴۰	**۰/۰۰۱
گام سوم	وسواس فکری-عملی	مقدار ثابت	۱۹/۳۲۶	۱/۲۶۸		۶/۴۸۴				**۰/۰۰۱
		پریشانی روانشناختی	۰/۳۰۰	۰/۰۵۵	۰/۳۳۷	۵/۴۲۳				**۰/۰۰۱
		حساسیت اضطرابی	۰/۱۱۶	۰/۰۲۸	۰/۲۲۲	۴/۰۸۰				**۰/۰۰۱
		انعطاف‌پذیری روانی	۰/۱۹۸	۰/۰۶۸	۰/۱۶۹	۲/۹۱۵	۰/۳۷	۰/۳۶	۶۰/۲۱۴	*۰/۰۰۴

**p<۰/۰۱ *p<۰/۰۵

در جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد که پریشانی روانشناختی به تنهایی ۳۱ درصد از نشانگان وسواس فکری-عملی را پیش‌بینی می‌کند، در گام دوم با اضافه شدن حساسیت اضطرابی این مقدار به ۳۵ درصد رسید و در گام سوم انعطاف‌پذیری روانی به معادله رگرسیون اضافه شد و درصد پیش‌بینی به ۳۶ درصد افزایش یافت. در کل، گام نهایی رگرسیون نشان داد که این متغیرها روی هم توانستند ۳۶ درصد از واریانس نشانگان وسواس فکری-عملی را پیش‌بینی کنند.

برای تعیین سهم مولفه‌های پریشانی روانشناختی در پیش‌بینی نشانگان وسواس فکری-عملی، تحلیل رگرسیون گام به گام مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ آمده است. بدین ترتیب، در گام اول متغیر استرس وارد معادله پیش‌بینی شد. همبستگی این متغیر با نشانگان وسواس فکری-عملی ۰/۵۰ به دست آمد؛ به طوری که به تنهایی ۲۴ درصد از واریانس نشانگان وسواس فکری-عملی را تبیین کرد. در گام دوم، اضطراب وارد معادله رگرسیون شد که با اضافه شدن این متغیر، ضریب همبستگی چند متغیره، ۰/۵۴ بود. همچنین، میزان ضریب تبیین، ۰/۲۹ گزارش گردید. در گام سوم افسردگی به معادله رگرسیون اضافه شد و درصد پیش بینی به ۳۰ درصد افزایش یافت. این سه متغیر در مجموع ۳۰ درصد از واریانس نشانگان وسواس فکری-عملی را تبیین کردند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.13.8]

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون نشانگان وسواس فکری-عملی براساس مؤلفه‌های پریشانی روانشناختی

	متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	خطای استاندارد	Beta	t	R2	R2 اصلاح شده	F	سطح معنی داری
گام اول	وسواس فکری-عملی	مقدار ثابت	۱۳/۲۴۶	۱/۰۴۸		۱۲/۶۳۷				**۰/۰۰۱
		استرس	۱/۰۸۸	۰/۱۰۷	۰/۵۰۱	۱۰/۱۵۲	۰/۲۵	۰/۲۴	۱۰۳/۰۵۸	**۰/۰۰۱
گام دوم	وسواس فکری-عملی	مقدار ثابت	۱۲/۳۴۵	۱/۰۴۰		۱۱/۸۷۲				**۰/۰۰۱
		استرس	۰/۷۳۳	۰/۱۳۲	۰/۳۳۸	۵/۵۳۱				**۰/۰۰۱
		اضطراب	۰/۷۱۳	۰/۱۶۴	۰/۲۶۵	۴/۳۳۹	۰/۲۹	۰/۲۹	۶۳/۹۳۶	**۰/۰۰۱
گام سوم	وسواس فکری-عملی	مقدار ثابت	۱۱/۹۱۵	۱/۰۳۸		۱۱/۴۷۸				**۰/۰۰۱
		استرس	۰/۵۳۲	۰/۱۴۸	۰/۲۴۵	۳/۵۹۸				**۰/۰۰۱
		اضطراب	۰/۵۸۴	۰/۱۶۸	۰/۲۱۷	۳/۴۶۹				**۰/۰۰۱
		افسردگی	۰/۴۰۰	۰/۱۳۸	۰/۱۸۸	۲/۹۰۷	۰/۳۱	۰/۳۰	۴۶/۴۷۹	*۰/۰۰۴

**p<۰/۰۱ *p<۰/۰۵

همچنین برای تعیین سهم مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی در پیش‌بینی نشانگان وسواس فکری-عملی، از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون نشانگان وسواس فکری-عملی براساس مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی

	متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	خطای استاندارد	Beta	t	R2	R2 اصلاح شده	F	سطح معنی داری
گام اول	وسواس فکری-عملی	مقدار ثابت	۱۷/۴۶۸	۰/۸۷۳		۲۰/۰۱۰				***۰/۰۰۱
		ترس از نشانه های قلبی عروقی - معدی روده ای	۰/۴۹۳	۰/۰۶۶	۰/۳۹۵	۷/۵۱۴	۰/۱۵۶	۰/۱۵۳	۵۶/۴۶۱	***۰/۰۰۱
گام دوم	وسواس فکری-عملی	مقدار ثابت	۱۵/۰۵۷	۱/۰۶۷		۱۴/۱۱۳				***۰/۰۰۱
		ترس از نشانه های قلبی عروقی - معدی روده ای	۰/۳۶۹	۰/۰۷۲	۰/۲۹۵	۵/۱۱۲				***۰/۰۰۱
		ترس از واکنش های اضطرابی در جمع	۰/۳۳۲	۰/۰۸۸	۰/۲۱۸	۳/۷۷۶	۰/۱۹۳	۰/۱۸۸	۳۶/۵۸۱	***۰/۰۰۱
گام سوم	وسواس فکری-عملی	مقدار ثابت	۱۴/۴۰۲	۱/۰۷۸		۱۳/۳۶۴				***۰/۰۰۱
		ترس از نشانه های قلبی عروقی - معدی روده ای	۰/۲۸۳	۰/۰۷۷	۰/۲۲۶	۳/۶۶۲				***۰/۰۰۱
		ترس از واکنش های اضطرابی در جمع	۰/۲۶۹	۰/۰۹۰	۰/۱۷۷	۳/۰۰۶				**۰/۰۰۳
		ترس از نشانه‌های تنفسی	۰/۳۱۷	۰/۱۰۹	۰/۱۷۶	۲/۹۱۳	۰/۲۱۵	۰/۲۰۸	۲۷/۸۱۶	**۰/۰۰۴
گام چهارم	وسواس فکری-عملی	مقدار ثابت	۱۴/۳۳۳	۱/۰۷۳		۱۳/۳۵۸				***۰/۰۰۱
		ترس از نشانه های قلبی عروقی - معدی روده ای	۰/۱۹۹	۰/۰۸۸	۰/۱۵۹	۲/۲۷۵				*۰/۰۲۴
		ترس از واکنش های اضطرابی در جمع	۰/۲۲۷	۰/۰۹۲	۰/۱۴۹	۲/۴۷۶				*۰/۰۱۴
		ترس از نشانه‌های تنفسی	۰/۳۰۷	۰/۱۰۸	۰/۱۷۰	۲/۸۲۷				**۰/۰۰۵
		ترس از عدم مهار شناختی	۰/۳۱۳	۰/۱۵۷	۰/۱۳۳	۱/۹۹۳	۰/۲۲۶	۰/۲۱۵	۲۲/۰۵۸	*۰/۰۴۷

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.13.8]

ترس از نشانه‌های قلبی عروقی-معدی روده‌ای در گام اول وارد معادله رگرسیون شد. بر اساس جدول ۵، همبستگی ترس از نشانه های قلبی عروقی-معدی روده ای با نشانگان وسواس فکری-عملی، ۰/۳۹ به‌دست آمد؛ به طوری که این متغیر به تنهایی ۱۵ درصد از واریانس نشانگان وسواس فکری-عملی را تبیین کرد. در گام دوم، سوم و چهارم به ترتیب ترس از واکنش‌های اضطرابی در جمع، ترس از نشانه‌های تنفسی و ترس از عدم مهار شناختی وارد معادله رگرسیون شدند. این سه متغیر در مجموع ۲۲ درصد از تغییرات نشانگان وسواس فکری-عملی را تبیین نمودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، پیش‌بینی نشانگان وسواس فکری-عملی براساس حساسیت اضطرابی، پریشانی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در دانشجویان بود. نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن بود که حساسیت اضطرابی با نشانگان وسواس فکری-عملی رابطه معنی‌داری دارد و مؤلفه‌های آن می‌توانند نشانگان وسواس فکری-عملی را پیش‌بینی کنند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های گاتیرز و همکاران (۲۰۲۰)، پولی و همکاران (۲۰۱۷)، تیمپانو و همکاران (۲۰۱۶)، راینز و همکاران (۲۰۱۴)، رابینسون و فرستون (۲۰۱۴) و ویتون و همکاران (۲۰۱۲) همخوانی داشت. افراد با حساسیت اضطرابی بالا، احتمال وقوع تهدید و یا پیامدهای منفی رویدادها را بیش از اندازه ارزیابی می‌کنند و روند بهبود مشکلات جسمانی خود را ضعیف در نظر می‌گیرند؛ درنتیجه پریشانی روانی و علائم فکری و رفتاری وسواس را تجربه می‌نمایند (گاتیرز و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین ترس از ابتلا به بیماری و اضطراب درباره سلامتی مربوط به بعد جسمانی و بدنی حساسیت اضطرابی است که بر این اساس میتوان گفت که ترس از آلودگی نیز باید به احتمال زیاد با همین بعد از حساسیت اضطرابی ارتباط داشته باشد. افرادی که ترس از آلودگی دارند به احساسات جسمانی خود بیش از حد توجه می‌کنند و احساسات مربوط به اضطراب و نگرانی خود را به نشانه‌ای از یک بیماری جسمانی نسبت داده و به اشتباه تفسیر می‌کنند (ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). افراد وسواسی نگران هستند که بر اثر تجربه اضطرابِ شدید، کنترل ذهنی خود را از دست بدهند. لذا این افراد تلاش می‌کنند با انجام اعمالی، افکار مزاحم و ناخواسته خود را کنترل کرده تا اضطراب ناشی از وجود این نشانه‌های بدنی را تجربه نکنند (تیمپانو و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین بین خرده‌مقیاس نگرانی‌های شناختی و اجتماعی حساسیت اضطرابی و افکار غیرقابل قبول تکراری و رفتارهای وسواسی رابطه وجود دارد. افراد مبتلا به وسواس نگرانی‌های جسمی و ترس از عدم مهار شناختی را بروز می‌دهند که نشان‌دهنده گوش به زنگی بالای این افراد در خصوص این ابعاد است. علاوه بر این در مواجهه با افکار مزاحم، نشانه‌های وحشتزدگی را تجربه می‌کنند (بارلو[1]، ۲۰۰۴). این اعمال جهت جلوگیری از وقوع اشتباه و سرزنش دیگران انجام می‌شوند و این افراد حساسیت زیادی نسبت به ارزیابی منفی توسط دیگران دارند و ترس از این مسئله دارند که دیگران متوجه وجود علائم جسمانی تجربه اضطراب در آن‌ها شوند (راینز و همکاران، ۲۰۱۴). بُعد نگرانی‌های شناختی (ترس از دست دادن کنترل) نیز می‌تواند اشتغال ذهنی مرتبط با مسئولیت‌پذیری را ایجاد کند و خرده‌مقیاس‌های ترس از دست دادن کنترل شناختی و نگرانی‌های بدنی عامل ایجاد وسواس تقارن است (ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین حساسیت اضطرابی و مولفه‌های آن به عنوان یک عامل خطر شناختی برای وسواس فکری-عملی شناسایی شد.

همچنین نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین مؤلفه‌های پریشانی روانشناختی با نشانگان وسواس فکری-عملی وجود دارد و مؤلفه‌های استرس، اضطراب و افسردگی می‌توانند آن را پیش‌بینی کنند. این یافته با پژوهش‌های دن‌آدن و همکاران (۲۰۲۰)، تیبی و همکاران (۲۰۱۷)، نیسن و همکاران (۲۰۱۶) و احدی و نریمانی (۱۳۸۸) همسو است. افراد وسواسی بیشتر از دیگران به افسردگی مبتلا هستند و خلق افسرده، افکار مزاحم و ناخواسته را تشدید نموده که درنهایت منجر به افزایش ناراحتی ناشی از این افکار می‌گردد (میگل، جلینک و مورتیز[2]، ۲۰۱۹). علاوه براین، اضطراب هم یکی از عوامل مهم در تبیین نشانه‌های وسواس است و استفاده از اجبارها به صورت روشی برای کاهش اضطراب به کار می‌رود (دن‌آدن و همکاران، ۲۰۲۰). رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی جهت پیشگیری یا کاهش اضطراب و پریشانی انجام می‌شوند نه برای کسب لذت یا رضایت (ثناگویی محرر و میرشکاری، ۱۳۹۷). این افراد مشکلاتی در تحمل استرس و حالات هیجانی درونی منفی دارند و تمایل آنان به هیجانات منفی، منجر می‌شود که رفتارهای وسواسی جهت کاهش آشفتگی درونی انجام دهند. همچنین، افراد وسواسی توانایی تحمل مسائل مبهم را ندارند، اضطراب و استرس بالایی را تجربه می‌کنند و به رفتارهای اجباری و

[1]. Barlow

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.13.8]

تکراری به ناچار روی می‌آورند (جنتس و راسکیو، ۲۰۱۱). بر این اساس، افراد با استرس بالا از اعمال وسواسی به‌عنوان راهبردی اجتنابی استفاده می‌کنند (نیسن و همکاران، ۲۰۱۶). در مجموع از نتایج به دست آمده چنین استنباط می‌شود که مقدار زیادی از وسواس توسط شاخص‌های پریشانی تبیین شد؛ ولی از آن‌جایی که وسواس یکی از اختلالات اضطرابی است، سهم اضطراب در افسردگی بیشتر از وسواس است.

همچنین، نتایج حاکی از آن است که ارتباط معنی‌داری بین انعطاف‌پذیری روانشناختی با نشانگان وسواس فکری-عملی وجود دارد و انعطاف‌پذیری روانشناختی پایین قادر به پیش‌بینی نشانگان وسواس است. این یافته به طور ضمنی با نتایج پژوهش‌های کائودک و همکاران (۲۰۲۰)، فینبرگ و همکاران (۲۰۱۵)، موریرا و همکاران (۲۰۱۹) و فرانسازیو و فلسنر (۲۰۱۵) مشابهت داشت. انعطاف‌پذیری شناختی نشانه‌ای از اختلال وسواس فکری-عملی است و بر عملکرد فرد مبتلا تاثیر دارد که رفتارهای انعطاف‌ناپذیر برای اجتناب یا سرکوب برانگیختگی‌های هیجانی، تعاملات اجتماعی و فعالیت‌ها را کاهش می‌دهند. درواقع، انعطاف‌پذیری افراد، در میزان بروز آسیب‌ها و سطح عملکرد اجتماعی آن‌ها نقش تعیین‌کننده دارد (فرانسازیو و فلسنر، ۲۰۱۵). اختلال وسواس، بر اثر تلاش برای کنترل یا مقاومت در برابر افکار ناخواسته منفی که به‌طور عادی رخ می‌دهند، ایجاد می‌شود (گرانر و پیتنگر، ۲۰۱۷). افراد وسواسی دارای نقص در انعطاف‌پذیری شناختی و برنامه‌ریزی اجرایی هستند (فینبرگ و همکاران، ۲۰۱۵). این بیماران در مواجهه با افکار و رویدادهای تنش‌زا از سبک‌های اجتنابی استفاده می‌کنند که همین مسئله موجب افزایش علائم وسواس در آن‌ها می‌شود. به عبارتی دیگر، این افراد درصدد پذیرش و تجربه مشکلات خود نیستند. درصورتی که افراد وسواسی با تفکر انعطاف‌پذیر، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌برانگیز و اضطرابی را ترجیح می‌دهند و از نظر روانشناختی، به نسبت دیگران تاب‌آوری بیشتری دارند (فرانسازیو و فلسنر، ۲۰۱۵). در مقابل، افراد وسواسی با انعطاف‌پذیری پایین، افکار مداوم و ناخواسته دارند و انجام ندادن این رفتارها منجر به افزایش پریشانی می‌شود. از طرفی تلاش برای جلوگیری از وسواس یا اضطراب ناشی از آن، سرکوب یا فرار از تجربه این افکار ناخواسته، منجر به تشدید آن‌ها می‌گردد (دن‌آدن و همکاران، ۲۰۲۰). پذیرش و تغییر شرایط، به جای کنترل و اجتناب، مهم است. برای پذیرش افکار وسواسی فرد باید واقع‌بینانه باشد و بر آن‌ها کنترل داشته باشد. بنابراین، اگر میزان انعطاف‌پذیری روانشناختی در افراد مبتلا به وسواس افزایش یابد، بروز و پایداری نشانگان وسواس فکری-عملی در آن‌ها کاهش می‌یابد (گرانر و پیتنگر، ۲۰۱۷).

درمجموع بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که اختلال وسواس فکری-عملی با حساسیت اضطرابی، پریشانی روانشناختی و انعطاف پذیری روانشناختی در ارتباط است. هر چقدر انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتر مختل باشد و حساسیت اضطرابی و پریشانی روانشناختی بالاتر باشد متعاقب آن زمینه بروز اختلال وسواس فکری-عملی یا افزایش آن نیز بیشتر می‌شود. از آنجا که در این پژوهش صرفاً نمونه‌های دانشجویی دانشگاه سمنان مورد سنجش قرار گرفته‌اند و از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است، بنابراین در تعمیم نتایج به جامعه عمومی بر اساس یافته‌های به دست آمده از جمعیت دانشجویی باید با احتیاط برخورد کرد. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی تا حد امکان از گروه بالینی بزرگتر استفاده شود یا این متغیرها در سایر نمونه‌ها اجرا شود، تا شواهدی از بسط روایی و میزان تکرارپذیری و همچنین دامنه همبستگی‌ها، مورد بررسی مجدد قرار گیرد.

منابع

احدی، بتول و نریمانی، محمد. (۱۳۸۸). نقش بیزاری، اضطراب و افسردگی در تبیین نشانه های وسواسی-اجباری در نمونه غیر بالینی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۳(۴)، ۴۴-۳۷.

ایزدی، راضیه؛ نشاط‌دوست، حمیدظاهر؛ عسگری، کریم و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۱)، ۳۳-۱۹.

ثناگویی محرر، علیرضا و و میرشکاری، حمیدرضا (۱۳۹۷). بررسی میزان ارتباط انعطاف‌پذیری شناختی و وسواس در بیماران اضطرابی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱(۱)، ۲۲۳-۲۳۰.

سادوک، بنجامین جیمز و سادوک، ویرجینیا (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک بر اساس DSM_5. ترجمه گنجی، مهدی(۱۳۹۳). تهران: نشر ساوالان.

سامانی، سیامک و جوکار، بهرام (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۶(۳)، ۷۴-۶۶.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.13.8]

عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیزش و عمل– نسخه دوم. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۲(۱۰)، ۸۰-۶۵.

محمدی، ابوالفضل؛ زمانی، رضا؛ فتی، لادن (۱۳۸۷). اعتباریابی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی وسواسی اجباری- بازنگری شده در جمعیت دانشجویی. *پژوهش‌های روانشناختی*، ۲۱، ۶۶-۷۸.

مرادی‌منش؛ فردین، میرجعفری؛ سیداحمد و گودرزی؛ محمدعلی (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روان سنجی شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی (ASIR). *مجله روانشناسی*، ۴۴(۱۱)، ۴۲۶-۴۴۶.

Abramowitz, J. S., Lackey, G. R., & Wheaton, M. G. (2009). Obsessive–compulsive symptoms: The contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*(2), 160-166.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Acossi-ation, 235.

Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, *42*(4), 676-688.

Calamari, J. E., Rector, N. A., Woodard, J. L., Cohen, R. J., & Chik, H. M. (2008). Anxiety sensitivity and obsessive—compulsive disorder. *Assessment*, 15(3), 351-363.

Caudek, C., Sica, C., Marchetti, I., Colpizzi, I., & Stendardi, D. (2020). Cognitive inflexibility specificity for individuals with high levels of obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30, 103-113.

Darby, K.P., Castro, L., Wasserman, E.A., Sloutsky, V.M. (2018). Cognitive flexibility and memory in pigeons, human children, and adults. *Cognition*,177, 30-40.

Deacon, B., & Abramowitz, G. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 20, 837–857.

Den Ouden, L., Tiego, J., Lee, R. S., Albertella, L., Greenwood, L. M., Fontenelle, L., ... & Segrave, R. (2020). The role of Experiential Avoidance in transdiagnostic compulsive behavior: A structural model analysis. *Addictive Behaviors*, 108, 106464.

Fineberg, N., Day, G. A., de Koenigswarter, N., Reghunandanan, S., Kolli, S., Jefferies-Sewell, K., ... & Laws, K. R. (2015). The neuropsychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. *CNS spectrums.*

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*, *14*(4), 485.

Francazio, S.K., Flessner, C.A. (2015). Cognitive flexibility differentiates young adults exhibiting obsessive-compulsive behaviors from controls. *Psychiatry Research*, 228,185–190.

Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive–compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 31(6), 923-933.

Gruner, P., & Pittenger, C. (2017). Cognitive inflexibility in obsessive-compulsive disorder. *Neuroscience*, *345*, 243-255.

Gutierrez, R., Hirani, T., Curtis, L., & Ludlow, A. K. (2020). Metacognitive beliefs mediate the relationship between anxiety sensitivity and traits of obsessive-compulsive symptoms. *BMC psychology*, 8(1), 1-7.

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... & Stewart, S. H. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, *54*(4), 553-578.

Jaisoorya, T. S., Reddy, Y. J., Nair, B. S., Rani, A., Menon, P. G., Revamma, M., ... & Thennarasu, K. (2017). Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive disorder among college students in Kerala, India. *Indian Journal of Psychiatry*, *59*(1), 56.

Kwee, C. M., & van den Hout, M. A. (2019). Anxiety sensitivity does not predict treatment outcome or treatment length in obsessive-compulsive disorder and related anxiety disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *21*, 18-25.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, *33*(3), 335-343.

Margo-Dermer, E., D epelteau, A., Girard, A., Hudon, C. (2019). Psychological distress in frequent users of primary health care and emergency departments: a scoping review. *journal Public Health*, 172, 1-7.

Mazzer, k., Boersma, K., Linton, S.J. (2018). A longitudinal view of rumination, poor sleep and psychological distress in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 245, 686-696.

Miegel, F., Jelinek, L., & Moritz, S. (2019). Dysfunctional beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder and depression as assessed with the Beliefs Questionnaire (BQ). *Psychiatry research*, 272, 265-274.

Moreira, P.S., Marques, P., Magalhães, R., Esteves, M., Sousa, N., Soares, J.M., Morgado., P. (2019).The resting-brain of obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 290, 38–41.

Nissen, J. B., Skarphedinsson, G., Weidle, B., Torp, N. C., Lenhard, F., Dahl, K., ... & Thomsen, P. H. (2016). Familial occurrence of tic disorder, anxiety and depression is associated with the clinical presentation of obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *9*, 59-65.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.13.8]

Pennato, T., Berrocal, C., Bernini, O., & Rivas, T. (2013). Italian version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): Dimensionality, reliability, convergent and criterion validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *35*(4), 552-563.

Poli, A., Melli, G., Ghisi, M., Bottesi, G., Sica, C. (2017). Anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions: Further evidence of specific relationships in a clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 109,130–136.

Quarantini, L. C., Torres, A. R., Sampaio, A. S., Fossaluza, V., de Mathis, M. A., Do Rosário, M. C., ... & Hounie, A. G. (2011). Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Comprehensive psychiatry*, *52*(4), 386-393.

Raines, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W., & Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 71-76.

Rector, N. A, Szacun-Shimizu, K., & Leybman, M. (2007). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder- specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1967-1975.

Rees, C. S., & Anderson, R. A. (2013). A review of metacognition in psychological models of obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychologist*, *17*(1), 1-8.

Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*, *34*(3), 256-271.

Rohrs, B., Gangewere, B., Kaplan, A., & Chopra, A. (2020). Anxiety, Obsessive-Compulsive, and Related Disorders. *Management of Sleep Disorders in Psychiatry*, 318-329.

Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *19*(1), 6-19.

Taylor, S., & Cox, B. J. (1998). An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of anxiety disorders*, 12(5), 463-483.

Tibi, L., Van Oppen, P., van Balkom, A. J. L. M., Eikelenboom, M., Rickelt, J., Schruers, K. R. J., & Anholt, G. E. (2017). The long-term association of OCD and depression and its moderators: A four-year follow up study in a large clinical sample. *European Psychiatry*, *44*, 76-82.

Timpano, K. R., Raines, A. M., Shaw, A. M., Keough, M. E., & Schmidt, N. B. (2016). Effects of a brief anxiety sensitivity reduction intervention on obsessive compulsive spectrum symptoms in a young adult sample. *Journal of psychiatric research*, *83*, 8-15.

Torres, A. R., Cruz, B. L., Vicentini, H. C., Lima, M. C. P., & Ramos-Cerqueira, A. T. A. (2016). Obsessive-compulsive symptoms in medical students: prevalence, severity, and correlates. *Academic Psychiatry*, *40*(1), 46-54.

Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety disorders*, *26*(3), 401-408.

Wheaton, M. G., Mahaffey, B., Timpano, K. R., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *43*(3), 891-896.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.13.8]