

## پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی - اجباری ییل - براون

سپیده راجزی اصفهانی<sup>1</sup>، دکتر یاسمن متقی پور<sup>2</sup>، دکتر کامبیز کامکاری<sup>3</sup>، دکتر علی رضا ظهیرالدین<sup>4</sup>، دکتر مسعود جان بزرگی<sup>5</sup>

### Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)

Sepideh Rajezi Esfahani \*, Yasaman Motaghipour<sup>a</sup>, Kambiz Kamkari<sup>b</sup>,  
Alireza Zahredin<sup>c</sup>, Masuod Janbozorgi<sup>d</sup>

#### Abstract

**Objectives:** The aim was to evaluate the validity and reliability of the Persian version of Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). **Method:** The sum of 140 patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and 30 individual participants without OCD were selected via convenient sampling as experimental and control groups respectively. Data gathering was done using Y-BOCS, Structured Clinical Interview for DSM-IV axis-I disorders (SCID-I) and Symptom Checklist-90-Revised Obsessive-Compulsive Symptoms (SCL-90-R-OCS). Reliability coefficients were calculated by Cronbach's alpha, split-half, and test-retest reliability. For validity assessment, concurrent criterion-related validity in correlation with SCID-I and SCL-90-R-OCS, and construct validity (exploratory factor analysis) were executed. In order to normalize the Y-BOCS after insuring that the distribution is normal and does not have kurtosis and skewness, mean and standard deviation were used as the most appropriate central tendencies and deviation. **Results:** Optimal levels of internal consistency scores (symptom checklist 0.97, severity scale 0.95) split-half reliability (symptom checklist 0.93, severity scale 0.89), and test-retest reliability (0.99) were calculated. Concurrent reliability were examined and established by correlating the Y-BOCS with the SCL-90-R-OCS and SCID-I. Exploratory factor analysis was also examined, which indicated three factors for symptom checklist scale and two factors for symptom severity scale. Cutoff point value (9) was also determined. **Conclusion:** The results supported satisfactory validity and reliability of translated form of Yale-brown Obsessive-Compulsive Scale for research and clinical diagnostic applications.

**Key words:** obsessive-compulsive disorder; Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; validity; reliability; normalization

[Received: 18 May 2010; Accepted: 20 September 2010]

#### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، بررسی پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون (Y-BOCS) بود. **روش:** 140 بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری (OCD)، به عنوان گروه آزمایش و 30 فرد سالم، به عنوان گروه گواه، به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها، افزون بر Y-BOCS، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I) و خردمقیاس وسواسی-اجباری سیاهه 90 گویه‌ای نشانه‌ها (SCL-90-R-OCS) به کار رفت. پایایی به سه روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دونیمه‌سازی و روایی به صورت ملاک هم‌زمان (همبستگی با دو ابزار SCID-I و SCL-90-R-OCS) و سازه (تحلیل عامل اکتشافی) بررسی شد. در مورد هنجاریابی Y-BOCS نیز، پس از تعیین نرمال بودن توزیع و تأیید نداشتن کجی و کشیدگی، از میانگین و انحراف معیار به عنوان مناسب‌ترین شاخص گرایش مرکزی و پراکنش، استفاده شد. **یافته‌ها:** ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه (SC) و مقیاس شدت (SS)، به ترتیب 0/97 و 0/95، اعتبار دونیمه‌سازی برای SC و SS به ترتیب 0/93 و 0/89 و اعتبار بازآزمایی 0/99 به دست آمد. میان SC با SCL-90-R-OCS و SS با SCID-I همبستگی مثبت ( $p < 0/001$ ) وجود داشت. تحلیل عامل اکتشافی برای SC و SS به ترتیب سه و دو عامل نشان داد. نقطه برش<sup>9</sup> برای تمایز بیمار/سالم پیشنهاد شد. **نتیجه‌گیری:** نسخه فارسی Y-BOCS برای بررسی محتوا و شدت نشانه‌های وسواسی-اجباری، پایایی و روایی مناسبی دارد.

**کلیدواژه:** اختلال وسواسی-اجباری؛ مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون؛ روایی؛ پایایی؛ هنجاریابی

[دریافت مقاله: 1389/2/28؛ پذیرش مقاله: 1389/6/29]

<sup>1</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع). دورنگار: 021-77553074 (نویسنده مسئول) E-mail: sepideh.rajezi@gmail.com؛ <sup>2</sup> دکترای روانشناسی مشاوره، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی؛ <sup>3</sup> دکترای تخصصی روانشناسی آموزش و پرورش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر؛ <sup>4</sup> روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ <sup>5</sup> دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

**Corresponding author:** PhD. Student in Clinical Psychology, Behavioral Sciences Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Madani St, Emam Hosein Hospital, Tehran, Iran, IR. Fax: +9821-77553074. E-mail: sepideh.rajezi@gmail.com; <sup>a</sup> PhD. in Counseling Psychology, Associate Prof. of Shahid Beheshti University of Medical Sciences; <sup>b</sup> PhD. in Exceptional Children Education, Islamic Azad University of Islamshahr; <sup>c</sup> Psychiatrist, Associate prof. of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Behavioral Sciences Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences; <sup>d</sup> PhD. in Clinical Psychology, Research Institute of Hawzah & University.

**مقدمه**

اختلال وسواسی اجباری<sup>1</sup> (OCD) مشکل روان‌شناختی شدید و پایداری است که تأثیرات منفی بسیار گسترده‌ای بر موقعیت اجتماعی، کاری و خانوادگی فرد بر جای می‌گذارد (پارکین<sup>2</sup>، 1997؛ کوران<sup>3</sup>، 2000؛ بابز<sup>4</sup> و همکاران، 2001). میزان شیوع این اختلال نزدیک به دو درصد گزارش شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>5</sup>، 2000؛ مولدینگ<sup>6</sup>، دوران<sup>7</sup>، کیوریوس<sup>8</sup> و ندلجکویک<sup>9</sup>، 2008).

مقیاس وسواسی - اجباری ییل - براون<sup>10</sup> (Y-BOCS) (گودمن<sup>11</sup>، پرایس<sup>12</sup> و راسموسن<sup>13</sup>، 1989): یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته<sup>14</sup> برای ارزیابی شدت وسواس‌ها و اجبارها، بدون توجه به شمار و محتوای وسواس‌ها و اجبارهای کنونی است. برخلاف سایر پرسش‌نامه‌های موجود در این حوزه، Y-BOCS حساسیت<sup>15</sup> بالایی نسبت به تغییرات درمانی دارد و به‌طور گسترده برای ارزیابی اثربخشی درمان‌های دارویی و روان‌شناختی OCD به کار می‌رود، به‌طوری‌که با عنوان «معیار طلایی» ارزیابی شدت نشانه‌های OCD در پایان درمان شهرت یافته است (استکتی<sup>16</sup> و فراست<sup>17</sup>، 1994).

Y-BOCS دو بخش دارد: یکی سیاهه نشانه<sup>18</sup> (SC) و دیگری مقیاس شدت<sup>19</sup> (SS). 16 گویه SC در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای و به‌صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شود. در SS هر یک از وسواس‌ها و اجبارها در پنج بُعد میزان آشفتگی<sup>20</sup>، فراوانی<sup>21</sup>، تداخل<sup>22</sup>، مقاومت<sup>23</sup> و کنترل نشانه‌ها<sup>24</sup> برآورد می‌شود. Y-BOCS سه نمره به‌دست می‌دهد: شدت وسواس‌ها، شدت اجبارها و یک نمره کل که دربرگیرنده تمامی گویه‌ها است (گودمن و همکاران، 1989).

از دیگر آزمون‌هایی که برای ارزیابی OCD به کار می‌رود، می‌توان به پرسش‌نامه وسواس فکری لیتون<sup>25</sup> (LOI) (کوپر<sup>26</sup>، 1970)، پرسش‌نامه وسواسی - اجباری مادزلی<sup>27</sup> (MOCI) (هوگسون<sup>28</sup> و راجمن<sup>29</sup>، 1977)، مقیاس وسواسی اجباری مؤسسه ملی سلامت روان<sup>30</sup> (NIMHOCS) (اینسل<sup>31</sup> و همکاران، 1983)، پرسش‌نامه وسواسی - اجباری پادوا<sup>32</sup> (PI) (ساناویو<sup>33</sup>، 1988)، سیاهه فعالیت‌های وسواس عملی<sup>34</sup> (CAC) (فیلیوت<sup>35</sup>، 1975) و مقیاس وسواسی - اجباری فلوریدا<sup>36</sup> (FOCI) (استورچ<sup>37</sup> و همکاران، 2007) اشاره نمود. ولی هیچ‌یک از این ابزارها مانند Y-BOCS برای ارزیابی پیامد درمان‌های دارویی و شناختی - رفتاری مناسب نیستند (گودمن و همکاران، 1989؛ ناکاجیما<sup>38</sup>، 1999؛ دیاکون<sup>39</sup> و

آبرامویتز<sup>40</sup>، 2005). امروزه Y-BOCS تبدیل به ابزاری جهت غربالگری بیماران مبتلا به OCD شده و در پژوهش‌های بسیاری به کار رفته است. پایایی بین‌ارزیاب‌ها<sup>41</sup> و بازآزمایی<sup>42</sup> Y-BOCS برای بررسی تغییر نشانه‌ها در OCD، و نه در سایر اختلال‌های اضطرابی و همچنین اختلال افسردگی، مناسب گزارش شده است (وودی<sup>43</sup>، استکتی و چامبلز<sup>44</sup>، 1994؛ تک<sup>45</sup>، اولو<sup>46</sup> و گورسری‌رزاکي<sup>47</sup>، 1995). Y-BOCS به 13 زبان برگردان شده و پایایی و روایی<sup>48</sup> آن در پژوهش‌ها (کالماری<sup>49</sup>، ویگارتز<sup>50</sup> و جانک<sup>51</sup>، 1999؛ موریتز<sup>52</sup>، میه<sup>53</sup> و کلاس<sup>54</sup>، 2002؛ اریندل<sup>55</sup>، والمینگ<sup>56</sup>، آیزنهارت<sup>57</sup> و برکام<sup>58</sup>، 2002؛ فینستین<sup>59</sup>، فالون<sup>60</sup>، پتکوا<sup>61</sup> و لیوویتز<sup>62</sup>، 2003؛ دیاکون و آبراموویتز، 2005؛ استورچ و همکاران، 2005؛ روساریو - کامپوز<sup>63</sup> و همکاران، 2006؛ استین<sup>64</sup>، اندرسون<sup>65</sup> و اورو<sup>66</sup>، 2007؛ کولن<sup>67</sup> و براون<sup>68</sup>، 2007؛ پیتو<sup>69</sup>، 2008) و فرهنگ‌های

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 1- Obsessive-Compulsive Disorder                                   |                                   |
| 2- Parkin  | 3- Koran                          |
| 4- Bobes   |                                   |
| 5- American Psychiatry Association                                 |                                   |
| 6- Moulding  | 7- Doron                          |
| 8- Kyrios  | 9- Nedeljkovic                    |
| 10- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale                          |                                   |
| 11- Goodman  | 12- Price                         |
| 13- Rasmussen  | 14- semi-structured               |
| 15- sensitivity  | 16- Steketee                      |
| 17- Frost  | 18- Symptom Checklist             |
| 19- Severity Scale   | 20- distress                      |
| 21- frequency  | 22- intervention                  |
| 23- resistance   | 24- symptoms control              |
| 25- Leyton Obsessional Inventor                                    |                                   |
| 26- Cooper   |                                   |
| 27- Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory                        |                                   |
| 28- Hodgson  | 29- Rachman                       |
| 30- National Institute of Mental Health Obsessive-Compulsive Scale |                                   |
| 31- Insel  | 32- Padua Inventory               |
| 33- Sanavio  | 34- Compulsive Activity Checklist |
| 35- Philpott   |                                   |
| 36- Florida Obsessive-Compulsive Inventory                         |                                   |
| 37- Storch   | 38- Nakajima                      |
| 39- Diakon   | 40- Abramowitz                    |
| 41- interrator reliability   | 42- test-retest                   |
| 43- Woody  | 44- Chambless                     |
| 45- Tek  | 46- Ulu                           |
| 47- Gürsoy Rezaki  | 48- validity                      |
| 49- Calamari   | 50- Wiegartz                      |
| 51- Janeck   | 52- Moritz                        |
| 53- Meie   | 54- Kloss                         |
| 55- Arrindell  | 56- Vlaming                       |
| 57- Eisenhardt   | 58- Berkum                        |
| 59- Feinstein  | 60- Fallon                        |
| 61- Petkova  | 62- Liebowitz                     |
| 63- Rosario-Campos   | 64- Stein                         |
| 65- Andersen   | 66- Overo                         |
| 67- Cullen   | 68- Brown                         |
| 69- Pinto  |                                   |

گزارش شده است (زانارینی<sup>22</sup> و فرانکبرگ<sup>23</sup>، 2001؛ زانارینی، اسکودل<sup>24</sup>، بندر<sup>25</sup> و دولان<sup>26</sup>، 2000؛ ساجاتوویک<sup>27</sup> و رامیز<sup>28</sup>، 2001). توافق تشخیصی نسخه فارسی SCID-I بالای 0/6، توافق کلی برای کل تشخیص‌های فعلی 0/52 و کل تشخیص‌های طول عمر 0/55 گزارش شده است (شریفی و همکاران، 2009). این ابزار برای بررسی روایی ملاک Y-BOCS به کار رفت؛ دو متخصص (یک روانشناس بالینی و یک روانپزشک) با کاربرد SCID-I، با 30 آزمودنی که بر پایه نقطه برش 16 (گودمن و همکاران، 1989) در Y-BOCS تشخیص OCD گرفته بودند، مصاحبه کردند.

خرده‌مقیاس وسواسی - اجباری سیاهه تجدیدنظر شده 90 گویه‌ای نشانه‌ها (SCL-90-R-OCS) (دراگوتیس، 1994): پایایی درونی SCL-90-R برای نه محور رضایت‌بخش گزارش شده است. بالاترین ضریب همبستگی مربوط به افسردگی (0/90) و پایین‌ترین ضریب همبستگی مربوط به روان‌پریشی (0/77) بوده است. پایایی بازآزمایی نیز 0/90-0/78 گزارش شده است (همان‌جا). دامنه آلفای کرونباخ نسخه فارسی SCL-90-R از 0/61 (خرده‌مقیاس اضطراب ترس‌گونه<sup>29</sup>) تا 0/87 (خرده‌مقیاس افسردگی) گزارش شده و پایایی تمام خرده‌مقیاس‌ها، جز پرخاشگری<sup>30</sup>، ترس مرضی<sup>31</sup> و افکار پارانوئیدی<sup>32</sup>، بیشتر از 0/8 بوده است. ضرایب همبستگی خرده‌مقیاس‌های SCL-90-R با شاخص‌های مقیاس اضطراب آشکار تیلور<sup>33</sup> (تیلور، 1953) نیز مثبت و معنادار گزارش شده است (یوسفی و حسینی، 2002). در بررسی حاضر نیز به پیروی از گودمن (گودمن و همکاران، 1989؛ گودمن و راسموسن<sup>34</sup>، 1989)، برای تعیین اعتبار همگرایی Y-BOCS، SCL-90-R-OCS به کار برده شد.

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1- Mollard  | 2- Cottraux              |
| 3- Bouvard  | 4- Rosas                 |
| 5- Jacobsen   | 6- Fricke                |
| 7- Hand   | 8- content               |
| 9- Cronbach $\alpha$  | 10- split-half           |
| 11- concurrent  |                          |
| 12- Structured Clinical Interview for DSM Disorders- I axis                                   |                          |
| 13- Symptom ChekList-90- Revised, Obsessive-Compulsive Scale                                  |                          |
| 14- Derogatis   | 15- construct            |
| 16- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 <sup>th</sup> ed. Text Revision) | 17- neurologic           |
| 18- Tourette syndrome   | 19- bipolar              |
| 20- psychotic   | 21- substance dependency |
| 22- Zanarini  | 23- Frankenburg          |
| 24- Skodol  | 25- Bender               |
| 26- Dolan   | 27- Sajatovic            |
| 28- Ramirez   | 29- feared               |
| 30- aggression  | 31- pathological fear    |
| 32- paranoid thoughts   |                          |
| 33- Taylor Manifest Anxiety Scale   |                          |
| 34- Rasmussen   |                          |

بسیاری (مولارد<sup>1</sup>، کاتراکس<sup>2</sup> و بووارد<sup>3</sup>، 1989؛ ناکاجیما، 1999؛ وودی و همکاران، 1994؛ روزاس<sup>4</sup> و همکاران، 2002؛ جاکوبسون<sup>5</sup>، کلاس، فریک<sup>6</sup>، هند<sup>7</sup> و موریتز، 2003) مورد بررسی قرار گرفته است. تا آنجا که بررسی انجام شد، در ایران تنها دو پژوهش (محمدخانی، 1991؛ بیغم، 2000) روایی محتوایی<sup>8</sup> Y-BOCS را مورد بررسی قرار داده‌اند. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی پایایی (آلفای کرونباخ<sup>9</sup>، بازآزمایی و دو نیمه‌سازی<sup>10</sup>) و روایی ملاک هم‌زمان<sup>11</sup> با دو ابزار مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV<sup>12</sup> (SCID-I) (شریفی و همکاران، 2009) و خرده‌مقیاس وسواسی - اجباری سیاهه تجدیدنظر شده 90 گویه‌ای نشانه‌ها<sup>13</sup> (SCL-90-R-OCS) (دراگوتیس<sup>14</sup>، 1994) و سازه<sup>15</sup> [ نسخه برگردان شده Y-BOCS بود.

## روش

پژوهش توصیفی - پیمایشی حاضر، به روش مقطعی انجام شد. جامعه آماری عبارت بود از تمامی بیماران مبتلا به OCD استان تهران، که برای درمان به بیمارستان امام حسین (ع) و چند مطب خصوصی مراجعه کرده یا ارجاع شده بودند. از این افراد 140 نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابتلای این افراد به OCD پس از مصاحبه توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی، بر پایه ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR<sup>16</sup> (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2000) برای OCD تأیید شد. 30 فرد سالم (نمره کمتر از 16 در Y-BOCS؛ گودمن و همکاران، 1989) نیز برای گروه گواه در نظر گرفته شدند. معیارهای خروج عبارت بودند از: ابتلا به اختلال‌های نورولوژیک<sup>17</sup> و عفونی (که نشانه‌های OCD را در فرد ایجاد می‌کند)، سندرم تورنت<sup>18</sup>، اختلال دوقطبی<sup>19</sup> و اختلال‌های روان‌پریشی<sup>20</sup> و وابستگی به مواد<sup>21</sup>، که بر پایه گزارش خود فرد، اعضای خانواده یا پزشک معالج مشخص می‌شد.

برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای زیر به کار رفت:

**مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I)** (شریفی و همکاران، 2009)، یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته است، که امکان تشخیص بر پایه DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، 1994) را فراهم می‌آورد. نیمه‌ساختاری بودن آن به این علت است که اجرای آن، به قضاوت بالینی مصاحبه‌کننده نیاز دارد. SCID-I بیش از هر مصاحبه تشخیصی معیارشده دیگری در بررسی‌های روانپزشکی به کار رفته است، زیرا روایی و پایایی آن خوب

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-16<sup>1</sup> و به روش آمار توصیفی، ضریب همبستگی<sup>2</sup> و تحلیل عامل اکتشافی<sup>3</sup> انجام شد.

### یافته‌ها

به ترتیب 27 (و 73) و 24 (و 76) درصد گروه بیمار و سالم مرد (و زن) بودند. 52/9 (73/3)، 25 (10)، 12/9 (10) و 9/3 (6/7) درصد گروه بیمار (و سالم) به ترتیب در گروه‌های سنی 27-18، 37-28، 47-38 و 57-48 سال قرار داشتند. آلفای کرونباخ (و تعداد گویه‌های) SC و SS به ترتیب 0/97 (58) و 0/95 (14) بود. بنابراین گویه‌ها از تجانس درونی برخوردار بودند.

ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون (گویه‌های فرد و زوج) در مورد 140 آزمودنی، برای SC و SS به ترتیب 0/93 (p≤0/001) و 0/89 (p≤0/001) به دست آمد.

پایایی بازآزمایی برای بررسی ثبات Y-BOCS به کار رفت؛ 30 آزمودنی با فاصله زمانی یک ماه، دو بار Y-BOCS را اجرا کردند. میانگین (و انحراف معیار) عامل وسواس SC، عامل اجبار SC و SS به ترتیب در اجرای نخست 27/85 (28/02)، 21/65 (12/02) و 28/75 (12/18) و در اجرای دوم 28/55 (27/24)، 22/50 (11/93) و 30/85 (12/05) به دست آمد. ضریب همبستگی میان دو اجرا در هر سه مورد 0/99 (p≤0/001) بود.

در بررسی روایی هم‌گرایی، 31 آزمودنی افزون بر Y-BOCS، به SCL-90-R-OCS نیز پاسخ دادند. ضریب هم‌سانی درونی کندال<sup>4</sup> عامل وسواس SC، عامل اجبار SC، نمره کل SC و SS با نمره SCL-90-R-OCS به ترتیب 0/47 (p=0/008)، 0/46 (p=0/008) و 0/48 (p=0/006) و 0/22 (p=0/2) به دست آمد.

در بررسی روایی هم‌گرایی Y-BOCS با تشخیص OCD

بر پایه SCID-I، ابتدا در مورد 13 آزمودنی، مصاحبه به‌وسیله یک روانشناس بالینی و یک روانپزشک انجام شد. از آنجا که ضریب همبستگی کندال میان دو ارزیاب، 0/67 (p≤0/01) به دست آمد، از آن پس در مورد 17 آزمودنی دیگر، مصاحبه تنها به‌وسیله روانشناس بالینی انجام شد؛ ضریب همبستگی کندال میان ارزیابی روانشناس بالینی و Y-BOCS در مورد 30 آزمودنی، 0/69 (p≤0/001) به دست آمد.

برای تعیین روایی سازه، پس از مقابله با داده‌های مفقود<sup>5</sup> (رقم 0/02)، بررسی شاخص KMO<sup>6</sup> بیشتر از رقم 0/80 (شاخص KMO برای SC و SS به ترتیب 0/82 و 0/86 بود)، بررسی نرمال‌بودن توزیع چندمتغیری با آزمون کرویت بارتلت<sup>7</sup> با تأکید بر مجذور خی (میزان کرویت برای SC و SS در سطح 0/001 معنادار بود) و شناسایی مقادیر اشتراک‌ها، یعنی همبستگی هر گویه با نمره کل آزمون، که معرف تجانس درونی است، میزان اشتراک یا بار عاملی بیشتر از 0/3 و واریانس مشترک تبیین شده (مجموع بارهای عاملی تبیین شده) بیشتر از 0/6، به شناسایی عوامل اصلی مقیاس پرداخته شد؛ با رجوع به نمودار سنگریزه<sup>8</sup>، جدول ماتریس مؤلفه و با کمک روش استخراج<sup>9</sup>، همراه با چرخش<sup>10</sup>، سه عامل برای SS و دو عامل برای SC استخراج شد. در مورد SC عامل‌های نخست، دوم و سوم به ترتیب در حالت بدون چرخش، 47، 5 و 6 گویه و پس از چرخش، به همان ترتیب، 22، 19 و 17 گویه داشتند. در حالت بدون چرخش، عامل‌های نخست و دوم SS، به ترتیب در ماتریس مؤلفه<sup>11</sup>، 10 و صفر، در ماتریس الگو<sup>12</sup>، پنج و پنج و در ماتریس ساختار<sup>13</sup>، پنج و پنج گویه داشتند. عامل‌های نخست و دوم SS پس از چرخش، در ماتریس مؤلفه<sup>10</sup> و صفر و در ماتریس چرخش یافته، پنج و پنج گویه داشتند.

هنجار کمی و کیفی Y-BOCS در جدول‌های 1 و 2 آمده است.

جدول 1- هنجار کمی مقیاس وسواسی - اجباری بیل - براون

شاخص‌های توزیع		شاخص‌های پراکندگی		شاخص‌های گرایش مرکزی			خرده‌مقیاس‌ها
کشیدگی	کجی	واریانس	انحراف معیار	مد	میان	میانگین	SC*
0/75	1/07	290/35	17/04	18	18	22/78	عامل (1)
0/34	0/91	242/66	15/58	30	17/50	21/06	عامل (2)
0/34	0/94	122/88	11/09	9	11	14/29	عامل (3)
0/23	1/13	1462/01	38/24	17	47/50	58/13	نمره کل
-0/44	0/037	16/12	4/01	13	12	11/77	عامل (1)
-0/47	-0/46	17/99	4/24	9	11	10/58	عامل (2)
-0/49	1/425	46/17	6/79	18	22	22/35	نمره کل

\*Symptom Checklist, \*\*Severity Scale

- 1- Statistical Package for the Social Science-version 16  
 2- correlation 3- exploratory factor analysis  
 4- Kendal internal consistency  
 5- missing 6- Kaiser-Meyer-Olkin  
 7- Bartlett's test of sphericity  
 8- screen plot 9- extraction  
 10- rotation 11- component matrix  
 12- pattern matrix 13- structure matrix

جدول 2- هنجار کیفی مقیاس وسواسی- اجباری ییل- براون

خرده مقیاس ها	بسیار پایین	پایین	متوسط	بالا	بسیار بالا
SC*	عامل (1)	زیر 8/2	35 به بالا	22 تا 34/99	8/2 تا 15/99
	عامل (2)	زیر 7	32 به بالا	22/6 تا 31/99	7 تا 14/39
	عامل (3)	زیر 5	23/8 به بالا	14 تا 23/7	5 تا 8/99
	نمره کل	زیر 26/2	83 به بالا	58 تا 83/99	26/2 تا 41/3
SS**	عامل (1)	زیر 8	10/99 تا	11 تا 12/99	16 به بالا
	عامل (2)	زیر 7	7 تا 8/99	9 تا 11/99	14 به بالا
	نمره کل	زیر 16	19/99 تا 16	20 تا 22/99	28 به بالا

\*Symptom Checklist, \*\*Severity Scale

ضریب آلفای کرونباخ Y-BOCS در پژوهش حاضر بالا بود. این ضریب در دیگر پژوهش‌ها نیز بالا به دست آمده است؛ برای مثال: 0/89 (گودمن و همکاران، 1989؛ ناکاجیما، 1999)، 0/80 (جاکوبسن و همکاران، 2003)، 0/90 (روزاس و همکاران، 2002) و 0/83 (موریتز و همکاران، 2002). از محدودیت‌های پژوهش حاضر، روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب آزمودنی‌های سالم بر پایه نقطه برش نسخه اصلی، به دست نیاوردن روایی تفکیکی و تعیین نکردن نقطه برش به روش منحنی راک<sup>4</sup> بود، که امید است این نکات در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرد.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید بهشتی، که بودجه پژوهش حاضر را تأمین نمودند، قدردانی می‌شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

### منابع

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup>ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup>ed. Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W.A., Vlaming, I., Eisenhardt, B., & Berkum, D. (2002). Cross-cultural validity of the Yale-Brown obsessive

برای تعیین نقطه برش ابتدا میانگین و انحراف معیار Y-BOCS و سپس فاصله اطمینان<sup>1</sup> (CI) دو انحراف معیار بالا و پایین میانگین، در دو گروه بیمار (مثبت<sup>2</sup>) و سالم (منفی<sup>3</sup>) تعیین شد. محدوده پایین تر از CI گروه بیمار و محدوده بالاتر از CI گروه سالم به عنوان نقطه برش در نظر گرفته شد. بنابراین نقطه برش یک بار با تأکید بر آزمودنی‌های سالم (8/7) و بار دیگر با تأکید بر آزمودنی‌های بیمار (8/8) محاسبه شد و در نهایت نقطه برش نه معرفی شد (نمره بیشتر از نه، معرف بیماری). گفتنی است میانگین (و انحراف معیار) آزمودنی‌های بیمار و سالم، به ترتیب عبارت بود از: 22/35 (6/8) و 2/6 (3/05).

### بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی پایایی و روایی نسخه فارسی Y-BOCS بود. یافته‌ها نشان داد Y-BOCS در جامعه ایران نیز از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. نقطه برش نسخه فارسی Y-BOCS، نه به دست آمد، که در مقایسه با نقطه برش 16 در نسخه اصلی (گودمن و همکاران، 1989)، می‌توان چنین گفت که شدت OCD در جامعه ایران نسبت به جامعه آمریکا بالاتر است. البته تعمیم یافته‌ها به سراسر ایران، باید با احتیاط صورت پذیرد و این امر نیازمند پژوهش بیشتر در این زمینه است. از پژوهش‌هایی که یافته‌های مشابه با پژوهش حاضر داشتند، می‌توان به نسخه‌های ژاپنی (JY-BOCS) (ناکاجیما، 1999)، آلمانی (جاکوبسن و همکاران، 2003)، اسپانیایی (روزاس و همکاران، 2002)، هلندی (IY-BOCS) (اریندل و همکاران، 2002) و فرانسوی (مورالد و همکاران، 1989) اشاره کرد.

1- confidence interval  
3- negative

2- positive  
4- Roc curve

- compulsive scale. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 159-176.
- Bighm, A. (2000). *Epidemiology of obsessive-compulsive disorder in secondary-School students in Kashan 1999-2000 and its relationship with parenting style*. MA thesis, clinical psychology, Tehran psychiatric institute, Tehran university of medical sciences, Tehran, Iran. (Persian)
- Bobes, J., Gonzalez, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A., & Bousono, M. (2000). Quality of life and disability in patient's obsessive-compulsive disorder. *Journal of European Psychiatry*, 16(4), 239-245.
- Calamari, J. E., Wiegartz, P. S., & Janeck, A. S. (1999). Obsessive-compulsive disorder subgroups: A symptom-based clustering approach. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 37, 113-125.
- Cooper, J. (1970). The Leyton obsessional inventory. *Psychology Medicine*, 1(1), 48-64.
- Cullen, B., & Brown, C. H. (2007). Factor analysis of Yale-brown obsessive-compulsive scale in a family study of obsessive compulsive disorder. *Journal of Depression and Anxiety*, 24(2), 130-138.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2005). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale: Factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 573-585.
- Derogatis, L. R. (1994). Symptom checklist-90-revised: Administration, scoring and procedures manual (3<sup>th</sup>ed.). Minneapolis: National Computer Systems, Inc.
- Feinstein, S., Fallon, B., Petkova, E., & Liebowitz, M. (2003). Item by item factor analysis of Yale-Brown obsessive-compulsive scale checklist. *Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 15(2), 187-193.
- Goodman, W. K., & Rasmussen, S. A. (1989). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS), Part II: Validity. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., & Rasmussen, S. A. (1989). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS), Part I: Development, use, and reliability. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Insel, T., Murphy, D., Cohen, R., Alterman, I., Kilts, C., & Linnoila, M. (1983). Obsessive-compulsive disorder in five U.S. communities. *Archives of General Psychiatry*, 40, 605-612.
- Jacobsen, D., Kloss, M., Fricke, S., Hand, I., & Moritz, S. (2003). Reliability of the German version of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *Verhaltenstherapie*, 13(2), 111-113.
- Koran, L. M. (2000). Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 509-517.
- Mohammad-Khani, P. (1991). Coping strategies for handling the stress and symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. MA thesis, clinical psychology, Tehran psychiatric institute, Tehran university of medical sciences, Tehran, Iran. (Persian)
- Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1989). French version of obsessive-compulsive scale. *American College Health*, 15(3), 335-341.
- Moritz, S., Meie, B., & Kloss, M. (2002). Dimensional structure of Yale-brown obsessive-compulsive scale. *Journal of Psychiatry Research*, 22, 118-124.
- Moulding, R., Doron, G., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2008). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive checking: An extension to clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1472-1479.
- Nakajima, T. (1999). Reliability and validity of the Japanese version of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *Journal of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 49, 121-126.
- Parkin, R. (1997). Obsessive-compulsive disorder in adults. *Journal of International Review of Psychiatry*, 9(1), 61-72.
- Philpott, R. (1975). Recent advances in the behavioral of obsessional illness; Difficulties common to these and other measures. *Scottish Medical Journal*, 20, 33-40.
- Pinto, A. (2008). Further development of YBOCS dimensions in the OCD collaborative genetics study: Symptoms vs. category. *Journal of Psychiatry Research*, 160, 83-93.

- Rosario-Campos, M. C., Miguel, E. C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., Katsovich, L., Scahill, L., King, R. A., Woody, S. R., Tolin, D., Hollander, E., Kano, Y., & Leckman, J. F. (2006). The dimensional Yale-Brown obsessive-compulsive scale (DY-BOCS): An instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of Molecular Psychiatry, 11*(5), 495-504.
- Rosas. H.J., Vega-Dienstmaier, J. M., Suarez, G. M., Vidal, H., Guimas, B., Adrianzen, C., & Vivar, R. (2002). Validation of a version in Spanish of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *Journal of Actas Espanolas De Psiquiatrla, 30*(1), 30-35.
- Sajatovic, M., & Ramirez, L. F. (2001). Rating scales in mental health. Hudson, Ohio: Lexi-Comp, Inc.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua inventory. *Behavior Research Therapy, 26*, 169-177.
- Sharifi, V., Asaadi, M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabani, A., Shahrivar, Z., Davari-Ashtiani, R., Hakim Shushtari, M., Sadiq, A., & Jalali Roodsari, M. (2009). Reliability and functionality of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV. *New Journal of Cognitive Science, 4*, 1-2. (Persian)
- Stein, D., Andersen, E., & Overo, K. (2007). Response of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder to treatment with Citalopram or placebo. *Journal of Revista Brasileira de Psiquiatria, 29* (4), 303-307.
- Steketee, G., & Frost, R. (1994). Measurement of risk-taking obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 28*, 793-802.
- Storch, E. A., Bagner, D., Merlo, L. J., Shapira, N. A., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2007). Florida obsessive-compulsive inventory: Development, reliability, and validity. *Journal of Clinical Psychology, 63*(9), 851-859.
- Storch, E. A., Shapira, N. A., Dimoulas, E., Geffken, G. R., Murphy, T. K. & Goodman, W. K. (2005). Yale-Brown obsessive-compulsive scale: The dimensional structure. *Journal of Depression and Anxiety, 22*(1), 28-35.
- Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal Social Psychology, 48*, 285-290.
- Tek, C., Ulu, B., & Gürsoy Rezaki, N. (1995). Yale-Brown obsessive-compulsive scale and US national institute of mental health global obsessive-compulsive scale in Turkish: Reliability and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 91*(6), 410-413.
- Woody, S. R., Steketee, G., & Chambless, D. L. (1994). Reliability and validity of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *Journal of Behavior Research Therapy, 33*, 597-605.
- Yosefi, F., & Hosseinbari, M. (2002). SCL-90-R symptom patterns for the first year medical students in Shiraz. *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University, 36*, 100-110. (Persian)
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001). Attention and maintenance of reliability of axis I and II disorder; A longitudinal study. *Journal of Comprehensive Psychiatry, 42*, 416-425.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., & Dolan, R. (2000). The collaborative longitudinal personality disorder study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorder, 14*, 291-299.