

## ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی مصاحبه نیمه ساختار یافته رفتار احتکاری در نمونه بالینی

\*کاظم خرم دل<sup>۱</sup>، سجاد رشید<sup>۲</sup>، اوشا برهمند<sup>۳</sup>، عباس ابوالقاسمی<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** وجود ابزاری معتبر و پایا که بتواند اختلال وسواس نذیره‌ای را به صورت مستقل مورد سنجش بالینی قرار دهد ضروری به نظر می‌رسد. هدف این مقاله بررسی ویژگی‌های روان سنجی ابزار تشخیصی نیمه ساختار یافته اختلال وسواس نذیره‌ای در نمونه بالینی است.

**روش بررسی:** روش کلی پژوهش از نوع هنجاریابی است. بدین منظور ۱۲۲ نفر شامل ۳۴ بیمار وسواس بیمار نذیره‌ای، ۳۸ بیمار وسواس جبری از چند مرکز درمانی نظامی در شهر شیراز و ۵۰ نفر از جمعیت بهنجار کارکنان نظامی به صورت هدفمند انتخاب شده و پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. داده‌ها توسط شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل عاملی تأییدی، تحلیلی تابع تمایز، پایایی کرونباخ و آزمون-بازآزمون و با استفاده از نرم افزارهای SPSS و AMOS Graphic تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل پایایی نشان داد مقادیر آلفای کرونباخ برای عامل اصلی پرسشنامه درجه‌بندی وسواس رفتار نذیره‌ای معادل ۰/۸۰۳ است. همبستگی درون گویه‌ای نیز برای سؤالات در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۷۹ به دست آمد. ضرایب همبستگی به منظور بررسی پایایی آزمون - بازآزمون (بازه زمانی ۲ هفته‌ای) مناسب و مطلوب بود. یافته‌های تحلیل تأییدی جهت بررسی روایی سازه حاکی از این بود که هر پنج گویه دارای بار عاملی بالا با عامل کلی هستند. نتایج تحلیل تابع تمایز نیز به منظور بررسی روایی تشخیصی نشان داد این پرسشنامه می‌تواند گروه دارای وسواس نذیره را به طور معناداری از دیگر گروه‌ها تمیز دهد. مقادیر نقطه برش بهینه نیز برای عامل کلی معادل ۱۷ به دست آمد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** پرسشنامه سنجش رفتار نذیره‌ای، ابزاری معتبر و پایا در نمونه بالینی ایرانی است. این ابزار می‌تواند در بررسی‌های بالینی، ارزیابی و تشخیص، سنجش نتایج درمانی و برآورد شیوع اختلال در جمعیت بهنجار مورد استفاده قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** اختلال احتکار، اختلال وسواس جبری، روان سنجی، ابزارهای ارزیابی وضعیت روان

۱. استادیار، شیراز، ایران، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه (س)  
شیراز (غیر دولتی غیر انتفاعی)، گروه روان‌شناسی  
(\*مؤلف مسئول)

khoramdel.psy@gmail.com

۲. دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی، اردبیل، ایران،  
دانشگاه محقق اردبیلی، گروه روان‌شناسی

۳. دانشیار، اردبیل، ایران، دانشگاه محقق اردبیلی، گروه  
روان‌شناسی

۴. استاد، رشت، ایران، دانشگاه گیلان، گروه روان‌شناسی

(سال نوزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۶، مسلسل ۵۹)  
تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۲۴

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا  
تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۸

## مقدمه

وسواس رفتار ذخیره‌ای (HD)<sup>۱</sup> به عنوان مشکل در دور انداختن اشیاء و وسایل؛ صرف نظر از ارزش آنها، جمع‌آوری و ذخیره اشیاء کم ارزش و آشفتگی ناشی از کنار گذاشتن آنها تعریف می‌شود [۱]. پیامد رفتاری چنین اختلالی متنوع است و حتی ممکن است استفاده از محل زندگی را برای فرد مشکل سازد؛ برای مثال بیمار ممکن است به دلیل درهم ریختگی زیاد آشپزخانه نتواند آشپزی کند یا استفاده از اتاق خوب برایش مشکل باشد [۲]. از طرفی HD، یک مشکل مزمن است که سطوح بالای آشفتگی<sup>۲</sup> را به فرد وارد می‌کند و همراه با اختلال عملکرد اجتماعی، مشکلات سازگاری اجتماعی و شغلی، نظیر کاهش نرخ ازدواج، اضطراب اجتماعی بالا، کارکرد شغلی پایین و طرد اجتماعی است [۳]. همچنین وسواس رفتار ذخیره‌ای با اختلال در زندگی روزمره [۴] خطرات بهداشتی و سلامتی قابل توجه [۵] اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی [۶] مرتبط است. مطالعه همه گیرشناسی اخیر، شیوع طول عمر این اختلال را ۵٪ عنوان کرده است [۷]. تظاهرات این اختلال در نمونه غیربالینی در مردان بیشتر از زنان و در نمونه بالینی در زنان بیش از مردان است. همچنین شروع صفات وسواس ذخیره‌ای عمدتاً در نوجوانی است اما با افزایش سن به صورت مزمن و پیشرونده شدت می‌یابد [۸].

افراد مبتلا به HD به ندرت داوطلبانه به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند و عمدتاً از طریق بستگان یا مراکز حمایتی ارجاع داده می‌شوند [۹] چرا که در حدود ۵۰٪ از بیماران دارای بینش ضعیف یا پایینی هستند [۱۰]. در حدود ۷۵٪ از بیماران نیز علائم اختلالات خلقی و اضطرابی دیده می‌شود [۱۱]. همچنین HD همبودی قابل توجهی با اختلالات وسواس فکری جبری [۱۲]، ADHD<sup>۳</sup> [۱۳] و بی‌اشتهایی روانی [۱۴] دارد.

مدت‌ها، وسواس رفتار ذخیره‌ای به عنوان زیر مجموعه‌ای از علائم بالینی اختلال وسواس فکری جبری<sup>۴</sup> شناخته و طبقه بندی می‌شد. اما در سالیان اخیر شواهد پژوهشی نشان داد زیربنای آسیب‌شناسی وسواس رفتار ذخیره‌ای به لحاظ سبب شناسی، متفاوت از اختلال وسواس بوده و درصد زیادی از مبتلایان، هیچ گونه علائم دیگر وسواس را ندارند [۱۵]؛ به همین دلیل در آخرین نسخه DSM-5 به عنوان یک اختلال مجزا و در زیر طبقه وسواس و اختلالات مرتبط<sup>۵</sup> گنجانده شده است [۱].

توافق کلی وجود دارد که ارزیابی جامع اختلالات روانی باید شامل مصاحبه ساختار یافته یا نیمه ساختار یافته نظیر پرسشنامه‌های خود گزارشی و مشاهده رفتاری باشد [۱۶]. مقیاس‌های خود گزارشی اختلال وسواس ذخیره‌ای نظیر پرسشنامه تجدید نظر شده وسواس ذخیره‌ای (SI-R)<sup>۶</sup> و آزمون درجه‌بندی تصویری ریخت و پاش (CIR)<sup>۷</sup> نمونه‌های پایا و معتبری ازین دست هستند. مقیاس CIR همچنین میتواند به عنوان ابزاری جهت مشاهده مستقیم شدت ریخت و پاش توسط روان‌درمانگر استفاده شود اما تنها یک بُعد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه SI-R نیز علیرغم پایایی بالا، تنها سه بُعد اختلال HD را می‌سنجد و تمامی ویژگی‌های اختلال HD که به ویژه در تعیین کننده‌های DSM-5 اشاره شده را در بر نمی‌گیرد [۱۷].

تاکنون ابزار تشخیصی مناسبی جهت ارزیابی اختلال وسواس رفتار ذخیره‌ای، هم از جهت طبقه‌ای (تشخیصی) و هم کمی و پیوسته (شدت) طراحی نشده است [۸]. مطالعات قبلی [۱۷، ۱۸] نیز بیشتر بر روی استفاده از مقیاس یل براون<sup>۸</sup> تمرکز کرده‌اند، در حالی که این ابزار تنها شامل دو گزینه «بله و خیر» برای سنجش وسواس رفتار ذخیره‌ای است. این

4. Obsessive Compulsive Disorder

5. Obsessive Compulsive and Related Disorders

6. Saving Inventory-Revised

7. Clutter Image Rating

8. Yale-Brown

1. Hoarding Disorder

2. Distress

3. Attention-deficit/hyperactivity disorder

## روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات استانداردسازی ابزار سنجش بالینی است. نمونه بالینی از مراجعه کنندگان به بیمارستان نظامی و چند مرکز درمانی - نظامی شهر شیراز و ۵۰ نفر جمعیت بهنجار از کارکنان نظامی به صورت هدفمند انتخاب شدند. بدین صورت که ۳۸ نفر از بین مراجعه کنندگان با تشخیص اول وسواس فکری عملی بدون رفتار ذخیره‌ای و ۳۴ نفر از مراجعه کنندگان با تشخیص اول وسواس رفتار ذخیره‌ای، به شیوه هدفمند گزینش شدند. نمونه‌های بهنجار نیز از طریق یک نمونه‌گیری در دسترس از کارکنان نظامی به تعداد ۵۰ نفر انتخاب شد. پژوهش حاضر پس از کسب اجازه از مراکز ذیصلاح، در فاصله زمانی ۷ ماه و در ۵ مرکز نظامی درمانی انجام شد.

در مرحله نخست پس از تماس با مؤلف اثر و کسب اجازه کپی رایت، نسخه اصلی پرسشنامه دریافت شد. سپس نسخه انگلیسی به روش جلو رونده و توسط سه تن از متخصصان روان‌شناسی مسلط به زبان انگلیسی انجام شد و ترجمه رو به عقب توسط متخصص انگلیسی زبان و آشنا به زبان فارسی انجام شد. در نهایت اصلاحات و تطابقات فرهنگی بر روی پرسشنامه انجام گرفت. پایایی پرسشنامه از طریق آزمون همسانی درونی آلفای کرونباخ و آزمون - بازآزمون داده انجام شد. روایی همگرا، واگرا، تشخیصی و سازه نیز توسط آزمون‌های مناسب ارزیابی شد. شرکت کنندگان نیز توسط شاخص‌های جمعیت شناختی سن، تحصیلات و جنس هم‌تا شدند. داده‌های پژوهش توسط نرم افزارهای SPSS و Amos Graphics تحلیل شدند.

در مرحله دوم با هماهنگی با مراکز مذکور، بیماران دارای تشخیص اول وسواس فکری عملی و وسواس رفتار ذخیره‌ای به دستیاران پژوهش ارجاع داده شدند. پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه آنها، از آنان درخواست شد در صورت تمایل پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. به منظور اطمینان از تشخیص، ارزیابی مصاحبه تشخیصی بر اساس آخرین

قضایات‌های طبقه‌ای<sup>۱</sup> اطلاعات اندکی راجع به رفتار ارائه می‌دهد و توصیفات ارائه شده در چک لیست، اشاره‌ای به ریخت و پاش محل زندگی<sup>۲</sup> به عنوان یک علامت اصلی وسواس رفتار ذخیره‌ای نمی‌کنند. همچنین اندازه‌گیری متغیرهای زیاد و متنوع در این پرسشنامه مانع از این است که بتواند اختلال وسواس رفتار ذخیره‌ای را به تنهایی و دقت اندازه‌گیری کرد.

به دلیل این محدودیت‌ها، تولین و همکاران مقیاس نیمه ساختار یافته درجه‌بندی وسواس رفتار ذخیره‌ای (HRS-I)<sup>۳</sup> را معرفی کردند که به صورت همزمان نوع و شدت وسواس رفتار ذخیره‌ای را در ۵ بُعد می‌سنجد؛<sup>۱</sup> مشکل استفاده از محل زندگی به دلیل ریخت و پاش<sup>۴</sup>؛<sup>۲</sup> مشکل در دور انداختن وسایل<sup>۵</sup>؛<sup>۳</sup> جمع‌آوری زیاد اشیاء بی‌ارزش<sup>۶</sup>؛<sup>۴</sup> آشفتگی هیجانی هیجانی از رفتار وسواس رفتار ذخیره‌ای<sup>۷</sup>؛ و نهایتاً<sup>۵</sup> اختلال عملکردی در نتیجه وسواس رفتار ذخیره‌ای<sup>۸</sup> [۸].

این ابزار در مطالعاتی در خارج از کشور مورد استفاده در امور پژوهشی و بالینی قرار گرفته است [۸، ۱۹]. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار نیز در مطالعه تولین و همکاران بررسی شده و نتایج حاکی از پایایی مناسب آزمون و روایی مطلوب HRS-I در سنجش اختلال وسواس رفتار ذخیره‌ای است [۸]. نظر به اهمیت وجود ابزاری معتبر و پایا که بتواند اختلال HD را به صورت مستقل مورد سنجش بالینی قرار دهد، این مطالعه در صدد است ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را از جمله، پایایی درونی، آزمون - بازآزمون، روایی همگرا، واگرا، تشخیصی و سازه را مورد ارزیابی قرار دهد.

1. categorical judgments
2. cluttered living spaces
3. Hoarding Rating Scale-Interview
4. Difficulty using living spaces due to clutter
5. Difficulty discarding possessions
6. Excessive acquisition of objects
7. Emotional distress due to hoarding behaviors
8. functional impairment due to hoarding behaviors

واریانس کل را تبیین کردند [۲۰].

آزمون درجه‌بندی تصویری ریخت و پاش (CIR)<sup>۴</sup> به منظور سنجش یکی از ابعاد اصلی اختلال HD یعنی ریخت و پاش یا در هم ریختگی ساخته شده که بیماران نسبت به آن بیش کمی دارند. آزمون تصویری شامل سه مجموعه کارت هست که قسمت‌های مختلف یک منزل مسکونی را مثل پذیرایی، اتاق خواب و آشپزخانه را بر حسب یک مقیاس ۹ درجه‌ای از میزان به هم ریختگی نشان می‌دهد و از بیمار خواسته می‌شود تا منزل خودش را بر اساس بیشترین میزان شباهت ریخت و پاش به هر یک از عکس‌ها انتخاب کند. این آزمون در مطالعات خارجی روایی مناسبی با سیمایه‌های اختلال HD نشان داده [۲۱] و در مطالعه داخلی نیز ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی گزارش شده است [۲۲].

پرسشنامه علائم اختلال وسواسی جبری تجدید نظر شده (OCI-R)<sup>۵</sup> یک مقیاس ۱۸ سؤالی است که علائم وسواسی جبری مانند احتکار کردن، شستن، نظم دادن، واریسی کردن، وسواسی فکری و علائم خنثی سازی ذهنی را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس یک طبقه لیکرت ۵ درجه‌ای است و خود علائم و شدت وسواسی جبری را در یک زمان می‌سنجد. همسانی درونی مطلوب ( $\alpha = 0.80-0.88$ ) و پایایی از نوع بازآزمایی مورد قبول ( $r = 0.70-0.67$ ) در یک نمونه غیربالینی برای پرسشنامه تجدید نظر شده وسواسی جبری به دست آمده است [۲۳]. نتایج هنجاریابی مطالعه داخلی نشان داده است که OCI-R در نمونه ایرانی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است [۲۴].

مقیاس شدت و آسیب‌پذیری کلی اضطراب (OASIS)<sup>۶</sup> یک آزمون ۵ گویه‌ای که میزان و شدت آسیب‌پذیری اضطرابی را می‌سنجد. پاسخ‌ها در طیف ۵ درجه‌ای از صفر به معنای عدم وجود اضطراب در هفته گذشته تا ۴ که نشان دهنده اضطراب

ملاک‌های DSM-5 از تک تک بیماران به عمل آمد و افراد با تشخیص اولیه اختلالات دیگر، یا تشخیص اول وسواس و رفتار ذخیره‌ای اما با همبودی<sup>۱</sup> اختلالات دو قطبی، دمانس و آلزایمر، اختلالات شخصیت و معلولیت جسمانی از مطالعه حذف شدند. حداقل سن ۱۸ و تحصیلات سیکل نیز از شرایط ورود به مطالعه بود. شرکت‌کنندگان عادی نیز قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها، توسط آزمون SCL-90 سرند شدند تا مشکوک به ابتلا به اختلال روان شناختی نباشند.

### ابزارهای پژوهش

مقیاس درجه‌بندی وسواس رفتار ذخیره‌ای (HRS-I)<sup>۲</sup> یک مقیاس ۵ گویه‌ایست که به طور همزمان نوع و شدت وسواس رفتار ذخیره‌ای را در ۵ بُعد می‌سنجد: ۱) مشکل استفاده از محل زندگی به دلیل ریخت و پاش؛ ۲) مشکل در دور انداختن وسایل؛ ۳) جمع‌آوری زیاد اشیاء بی‌ارزش؛ ۴) آشفتگی هیجانی از رفتار وسواس رفتار ذخیره‌ای؛ و ۵) اختلال عملکردی در نتیجه وسواس رفتار ذخیره‌ای. پاسخ‌ها بر روی پیوستار ۹ درجه‌ای از صفر (= اصلاً) تا ۸ (= خیلی شدید) نمره‌گذاری می‌شوند. در مطالعه تولین و همکاران این ابزار پایایی و روایی مناسبی جهت سنجش بالینی نشان داد [۸].

پرسشنامه تجدید نظر شده رفتار ذخیره‌ای (SI-R)<sup>۳</sup> یک آزمون ۲۳ گویه‌ایست که فراوانی رفتار ذخیره‌ای را در سه بُعد می‌سنجد: ۱) مشکل استفاده از محل زندگی به دلیل ریخت و پاش؛ ۲) مشکل در دور انداختن وسایل؛ و ۳) جمع‌آوری زیاد اشیاء بی‌ارزش. در مطالعات خارجی این پرسشنامه دارای توان مناسب جهت افتراق بین افراد دارای HD از نمونه‌های غیربالینی بوده است [۱۴]. در مطالعه داخلی تحلیل عاملی، سه عامل پیشنهاد نمود که به ترتیب عوامل درهم ریختگی، مشکل در دور انداختن و گردآوری نام گرفتند. این سه عامل  $70/82\%$

4. Clutter Image Rating  
5. Obsessive Compulsive Inventory-Revised  
6. Overall Anxiety Severity and Impairment Scale

1. Comorbidity  
2. Hoarding Rating Scale-Interview  
3. Saving Inventory-Revised

جدول ۱- ضرایب همبستگی پیرسون بین ابزارهای سنجش وسواس رفتار ذخیره‌ای و ابزارهای عمومی اختلالات وسواس، افسردگی و اضطراب با پرسشنامه HRS-I

	HRS-I	مؤلفه ۱	مؤلفه ۲	مؤلفه ۳	مؤلفه ۴	مؤلفه ۵	SIR	CIR	OCI-R	OASIA	BDI-II
مؤلفه ۱	۰/۷۴**										
مؤلفه ۲	۰/۶۷**	۰/۴۰**									
مؤلفه ۳	۰/۷۶**	۰/۳۹**	۰/۳۴**								
مؤلفه ۴	۰/۸۶**	۰/۵۲**	۰/۵۰**	۰/۶۵**							
مؤلفه ۵	۰/۸۷**	۰/۵۶**	۰/۴۷**	۰/۵۸**	۰/۷۵**						
SIR	۰/۷۹**	۰/۶۶**	۰/۷۸**	۰/۷۳**	۰/۷۶**	۰/۷۳**					
CIR	۰/۷۵**	۰/۷۰**	۰/۷۵**	۰/۶۹**	۰/۷۶**	۰/۷۳**	۰/۷۰**				
OCI-R	۰/۳۷**	۰/۳۶**	۰/۳۷**	۰/۲۱**	۰/۲۶**	۰/۳۳**	۰/۲۲**				
OASIA	۰/۴۱**	۰/۳۵**	۰/۳۸**	۰/۲۹**	۰/۳۳**	۰/۴۰**	۰/۳۳**	۰/۳۳**			
BDI-II	۰/۳۸**	۰/۲۶**	۰/۳۶**	۰/۲۹**	۰/۳۲**	۰/۳۷**	۰/۲۸**	۰/۴۶**	۰/۵۶**		

\* p < ۰/۰۵, \*\* p < ۰/۰۱

HRS-I: عامل کلی پرسشنامه وسواس رفتار ذخیره‌ای؛ مؤلفه ۱: ریخت و پاش و در هم ریختگی؛ مؤلفه ۲: مشکل در دور انداختن؛ مؤلفه ۳: جمع‌آوری و ذخیره کردن؛ مؤلفه ۴: آشفتگی هیجانی؛ مؤلفه ۵: آسیب عملکردی؛ SIR: پرسشنامه تجدید نظر شده رفتار ذخیره‌ای؛ CIR: آزمون درجه‌بندی تصویری ریخت و پاش؛ OCI-R: پرسشنامه علائم اختلال وسواسی جبری؛ OASIA: مقیاس شدت و آسیب‌پذیری کلی اضطراب؛ BDI-II: پرسشنامه افسردگی یک

دیگر با پرسشنامه حاضر را نشان می‌دهد.

نتایج ضرایب همبستگی پیرسون بین HRS-I با پرسشنامه‌های SI-R و CIR به منظور بررسی روایی همگرای پرسشنامه نشان داد این دو پرسشنامه با عامل کلی و تمام مؤلفه‌های HRS-I رابطه مثبت و معنادار دارند ( $p < ۰/۰۱$ ). لذا نتایج حاکی از روایی همگرای مطلوب HRS-I است. همچنین همبستگی عامل کلی HRS-I و مؤلفه‌های آن با ابزارهای سنجش وسواس، افسردگی و اضطراب به ترتیب معادل ۰/۳۷، ۰/۳۸ و ۰/۴۱ است و برای مؤلفه‌ها این همبستگی در دامنه ۰/۲۱ تا ۰/۴۰ بدست آمد ( $p < ۰/۰۱$ ). تفاوت محسوس بین ضرایب بدست آمده نیز حاکی از روایی واگرایی پرسشنامه HRS-I است.

روایی تشخیصی پرسشنامه HRS-I از طریق تحلیل تابع تمایز و مقایسه نمرات ممیز گروه‌های سه گانه از لحاظ پرسشنامه HRS-I و مؤلفه‌های آن بدست آمد. نتایج تحلیل تمایزات نشان داد که پرسشنامه به طور معنی داری گروه دارای اختلال وسواس ذخیره‌ای را از گروه‌های دیگر متمیز می‌دهد (جدول ۲).

نظر به اهمیت تفکیک این اختلال از دیگر اختلالات به ویژه وسواس فکری جبری، تحلیل تابع تمایز بین دو گروه وسواس جبری و رفتار ذخیره‌ای به منظور تعیین نقاط برش پرسشنامه و دستیابی به شاخص‌های حساسیت و ویژگی انجام

شدید و اختلال شدید در عملکرد اجتماعی فرد است نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش خارجی میزان روایی آن مناسب و پایایی یک ماهه این آزمون مطلوب گزارش شد [۲۴]. در مطالعه داخلی روایی مطلوب با پرسشنامه‌های مرسوم اضطراب و پایایی مناسب بدست آمد [۲۲].

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)<sup>۱</sup> این آزمون رایج‌ترین و یکی از قدیمی‌ترین ابزارهای سنجش شدت افسردگی است. تعداد گویه‌های آن ۲۱ و بر پیوستار ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی آن در سراسر دنیا مورد ارزیابی قرار گرفته است [۲۵، ۲۶]. در ایران نیز فتی و همکاران روایی و پایایی مناسبی برای این آزمون گزارش کردند [۲۷].

## یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۶ سال و دامنه تحصیلی سیکل تا فوق لیسانس قرار داشتند. گروه‌ها از توزیع نسبتاً یکسانی در عامل‌های جنسیت، سن و تحصیلات برخوردار بودند. نتایج تحلیل کای اسکوار و C کرامر نشان داد که گروه‌ها از لحاظ توزیع فراوانی جنسیت و تحصیلات تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. نتایج تحلیل تی مستقل به منظور مقایسه گروه‌ها از لحاظ سن نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار بین گروه‌ها بود.

نتایج تحلیل پایایی نشان داد مقادیر آلفای کرونباخ برای عامل اصلی پرسشنامه HRS-I معادل ۰/۸۰۳ بود. همبستگی درون گویه‌ای نیز برای سؤالات در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۷۹ بدست آمد. ضریب همبستگی پیرسون به منظور بررسی پایایی آزمون بازآزمون در بازه زمانی ۲ هفته‌ای بر روی ۲۸ نفر از شرکت‌کنندگان معادل ۰/۷۶ بدست آمد. همچنین همبستگی درون گویه‌ای نیز برای سؤالات در دامنه ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ بدست آمد.

جدول ۱ ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون بین ابزارهای سنجش وسواس رفتار ذخیره‌ای و ابزارهای عمومی اختلالات

1. Beck Depression Inventory-II

جدول ۲- نتایج برونداد مانوا برای تحلیل تمایزات، تفاوت گروه‌های سه گانه از لحاظ پرسشنامه HRS-I و مؤلفه‌های آن

متغیر	گروه	میانگین	F	لامبدا و یلکز	مقدار p
ریخت و پاش	رفتار ذخیره‌های	۶/۰۸±۲/۰۳	۷۱/۰۵	۰/۴۵	۰/۰۰۱
	وسواس	۲/۰۴±۱/۵۷			
مشکل در دور انداختن	رفتار ذخیره‌های	۵/۲۶±۲/۰۱	۸۱/۰۶	۰/۴۲	۰/۰۰۱
	وسواس	۲/۰۷±۱/۳۸			
ذخیره کردن	رفتار ذخیره‌های	۴/۷۶±۱/۳۹	۸۸/۷۲	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	وسواس	۱/۳۶±۱/۱۹			
آشفته‌گی هیجانی	رفتار ذخیره‌های	۵/۱۸±۲/۲۸	۶۷/۰۸	۰/۴۷	۰/۰۰۱
	وسواس	۱/۴۴±۱/۴۰			
آسیب عملکردی	رفتار ذخیره‌های	۶/۰۲±۱/۴۸	۱۱۲/۴۸	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	وسواس	۱/۲۳±۲/۱۶			
عامل کلی	رفتار ذخیره‌های	۲۷/۳۲±۳/۹۴	۲۸۸/۱۰	۰/۱۷	۰/۰۰۱
	وسواس	۸/۳۴±۴/۵۶			
	پهنجار	۷/۰۸±۳/۷۴			

متغیر	نقطه برش بهینه	حساسیت	ویژگی
ریخت و پاش	۴	۸۵/۳	۹۲/۱
مشکل در دور انداختن	۳/۵۰	۹۴/۷	۷۰/۶
ذخیره کردن	۳	۹۲/۱	۹۱/۱
آشفته‌گی هیجانی	۳/۵۰	۸۴/۴	۸۲/۲
آسیب عملکردی	۳/۵۰	۹۷/۱	۹۲/۱
عامل کلی	۱۷	۹۸/۳	۹۴/۳

رسیده که عدد بالای ۰/۱۰ مقدار خوبی برای مدل است. در کل، با توجه به نتایج شاخص‌های برازش کلی مدل، شاخص‌های مقایسه‌ای و شاخص‌های مقتصد مدل می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مدل فرضی پژوهش با داده‌های نمونه برازش خوبی دارد و تأیید می‌شود. لذا پرسشنامه از روایی سازه مطلوبی برخوردار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش ویژگی‌های روان سنجی ابزار تشخیصی اختلال وسواس ذخیره‌ای در نمونه بالینی مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌های ما نشان داد این ابزار دارای روایی و پایایی مطلوب بوده و قابلیت استفاده هم به عنوان ابزار تشخیصی و هم سنجش شدت اختلال وسواس ذخیره‌ای را دارد. از طرفی تعداد سؤالات جامع اما کم پرسشنامه باعث می‌شود پاسخ دهندگان با تمرکز بیشتری به گویه‌ها پاسخ دهند. نیمه ساختار یافته بودن پرسشنامه نیز به درمانگر این امکان را می‌دهد تا ابعاد اختلال را همچون یک مصاحبه تشخیصی مورد ارزیابی قرار دهند. این مسئله به ویژه زمانی سودمند است که پرسشنامه نه تنها می‌تواند به منظور تشخیص فردی اختلال HD به کار رود بلکه همزمان شدت اختلال را نیز اندازه بگیرد. در مقایسه با هنجاریابی نسخه اصلی پرسشنامه [۸]، نسخه ایرانی آن دارای وجوه مشترک و متفاوتی است. هر دو پایایی همسانی درونی و آزمون بازآزمون پرسشنامه در مطالعه ما (۰/۷۶-۰/۸۰) کمتر از نسخه اصلی (۰/۹۷-۰/۹۶) بدست آمد.

شد. در جدول ۳ بهترین نقاط برش به همراه حساسیت و ویژگی هر مؤلفه گزارش شده است. نقاط برش در جدول حاکی از نقطه تفاوت گروه‌های بیمار و سالم از لحاظ وسواس ذخیره کردن است. بنابراین مؤلفه‌های ریخت و پاش (درهم ریختگی) و ذخیره کردن به ترتیب بالاترین و کمترین میزان نقطه برش را دارا هستند.

مندرجات جدول ۴ شاخص‌های برازندگی مدل‌های اندازه‌گیری پژوهش را ارائه می‌دهد. چنانچه از نتایج جدول مشخص است مقدار کای اسکوار معادل ۵/۲۰ و غیر معنادار است که یک مقدار مناسب برای این مدل اندازه‌گیری تلقی می‌شود. تمامی شاخص‌های برازش تطبیقی در مدل نهایی بالای ۰/۹۰ و مطلوب است. شاخص Pratio از شاخص‌های مقتصد نیز معادل ۰/۵۵ و در حد مطلوب است. مقادیر PCFI و PNFI به ترتیب ۰/۵۰ و ۰/۴۹ است. که نشان دهنده مناسب بودن شاخص‌های مقتصد مدل است. مقدار آماره RMSEA نیز معادل ۰/۰۱۸ و مطلوب است. مقدار pclose به ۰/۵۵

جدول ۴- شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش	CMIN/DF	DF	P	CMIN	Pclose	RMSEA	TLI	RMR	CFI	GFI	AGFI	PNFI	PCFI	AIC	PNFI	Pratio
مقادیر	۱/۰۴	۵	۰/۳۹۱	۵/۲۰	۰/۵۵	۰/۱۸	۰/۹۹	۰/۱۲	۰/۹۹	۰/۹۷	۰/۹۲	۰/۴۹	۰/۵۰	۳۵/۲۰	۰/۴۹	۰/۵۵

این امر در مورد همبستگی‌های درون مؤلفه‌ای پرسشنامه نیز صادق بود. گرچه این مقدار پایایی نیز بسیار مناسب و مطلوب است. اما به وضوح کمتر از نمونه خارجی است.

روایی همگرا و واگرایی پرسشنامه نتایج مشابهی با نمونه خارجی به دست داد و در هر دو مورد حاکی از روایی بسیار خوب پرسشنامه بود. به عبارت دیگر پرسشنامه با ابزارهای سنجش وسواس ذخیره‌ای همبستگی بالا و با ابزارهای سنجش وسواس، افسردگی و اضطراب همبستگی متوسط و پایین نشان داد.

روایی تشخیصی در مورد تفاوت گروه‌ها توسط پرسشنامه HRS-I نیز در هر دو مطالعه حاکی از توان پرسشنامه در جداسازی گروه مبتلا به رفتار ذخیره‌ای از گروه‌های سالم و به ویژه وسواسی جبری بود. اما نمرات حاصل از نقاط برش جهت تشخیص هم برای عامل کلی و هم مؤلفه‌ها نشان می‌دهد HRS-I در نمونه ایرانی داری خط برش بالاتری نیست به نمونه خارجی است. مقایسه نقاط برش دو نسخه نشان می‌دهد مقادیر بدست آمده برای مؤلفه ریخت و پاش (نسخه اصلی=۳ مطالعه حاضر=۴)، آشفتگی هیجانی (نسخه اصلی=۳ مطالعه حاضر=۳/۵۰)، آسیب عملکردی (نسخه اصلی=۳ مطالعه حاضر=۳/۵۰)، مشکل در دور انداختن (نسخه اصلی=۴ مطالعه حاضر=۳/۵۰)، ذخیره کردن (نسخه اصلی=۲ مطالعه حاضر=۳) و عامل کلی معادل (نسخه اصلی=۱۴ مطالعه حاضر=۱۷) است. این امر هم دارای توجیهات فرهنگی و هم تلویحات بالینی است. به نظر می‌رسد مفهوم ذخیره کردن در جامعه ایرانی به دلیل بافت اقتصادی-فرهنگی، بیشتر رایج و کمتر پاتولوژیک باشد. لذا برای اینکه فرد تشخیص وسواس ذخیره‌ای بگیرد علاوه بر شدت بیشتر، می‌بایست کارکرد اجتماعی وی آسیب جدی ببیند. لذا مفهوم وسواس ذخیره‌ای نرمال که در برخی متون به معنای وجود عادت‌های فرهنگی به آن اشاره شده است [۲۸] باید مد نظر درمانگران در حیطه تشخیص و ارزیابی قرار گیرد.

روایی سازه پرسشنامه توسط یک مدل اندازه‌گیری جهت

سنجش برازش مناسب مؤلفه‌ها و به اشباع رسیدن در عامل کلی انجام گرفت. این سنجش در نسخه اصلی انجام نشده است. نتایج تحلیل چندان که پیشتر آمد حاکی از روایی سازه بسیار مطلوب پرسشنامه و شاخص‌های برازش قدرتمند آن بود. عمده محدودیت پژوهش حاضر، سنجش ابزار در محیط بالینی و صرفنظر کردن از سنجش خانگی پرسشنامه بود. چرا که ارزیابی درمانگر از محل سکونت بیمار جهت برآورد میزان درهم ریختگی و شدت اختلال به امر تشخیص کمک می‌کند. این مسئله به دلیل عدم همکاری شرکت کنندگان و دیگر ملاحظات مقدور نبود. گرچه در نمونه خارجی [۸] نمرات پرسشنامه در محیط بالینی به مقدار زیاد همخوان با مقیاس‌های تصویری HD بود که در منزل بیمار و توسط درمانگر تکمیل می‌شد. از آنجا که این امر مستلزم صرف زمان زیاد و جلب همکاری بیمار است، همخوانی نمرات دو محیط بالینی و خانه در پرسشنامه HRS-I، نشان از قدرت تشخیصی این ابزار دارد.

سنجش حساسیت به درمان نیز مقوله مهمی است که در نسخه ایرانی قابلیت ارزیابی آن نبود؛ اگر چه فراست (۲۰۰۷) در مطالعات اولیه نشان داده است که نسخه اصلی پرسشنامه حساسیت قابل توجهی به کاهش علائم اختلال پس از درمان دارد [۲۹]. به دلیل کمی حجم نمونه مبتلایان به HD، مقایسه جنسیتی پایا در مورد شیوع مؤلفه‌های وسواس ذخیره‌ای و ارتباط آن با دیگر شاخص‌های بالینی مقدور نبود.

در کل با توجه به یافته‌های ما پرسشنامه سنجش رفتار ذخیره‌ای، ابزاری معتبر و پایا در نمونه بالینی ایرانی است و به عنوان پیشنهادات کاربردی نیز برای درمانگران و پژوهشگران، این ابزار می‌تواند در بررسی‌های بالینی، ارزیابی و تشخیص، سنجش نتایج درمانی و برآورد شیوع اختلال در جمعیت بهنجار مورد استفاده قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم میدانند از حضور شرکت کنندگان

پژوهش و همکاری همکاران روان شناس و روان پزشک مراکز  
 نظامی مورد مطالعه تشکر و قدردانی کنند. این مقاله بخشی از  
 پایان نامه دکترای روان شناسی نویسنده اول بوده که با حمایت  
 دانشگاه محقق اردبیلی انجام شده است.

## References

1. American Psychiatric Association, Force DSMT. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Brakoulias V, Milicevic D. Assessment and treatment of hoarding disorder. *Australasian psychiatry*. 2015; 23(4):358-360.
3. Ayers CR, Saxena S, Golshan S, Wetherell JL. Age at onset and clinical features of late life compulsive hoarding. *International journal of geriatric psychiatry*. 2010; 25(2):142-149.
4. Frost RO, Steketee G, Williams LF, Warren R. Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical controls. *Behaviour research and therapy*. 2000; 38(11):1071-1081.
5. Kim HJ, Steketee G, Frost RO. Hoarding by elderly people. *Health & social work*. 2001; 26(3):176-184.
6. Tolin DF, Frost RO, Steketee G, Gray KD, Fitch KE. The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry research*. 2008; 160(2):200-211.
7. Samuels JF, Bienvenu OJ, Grados MA, Cullen B, Riddle MA, Liang K-Y, et al. Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behaviour research and therapy*. 2008; 46(7):836-844.
8. Tolin DF, Frost RO, Steketee G. A brief interview for assessing compulsive hoarding: the Hoarding Rating Scale-Interview. *Psychiatry research*. 2010; 178(1):147-152.
9. Tolin DF, Meunier SA, Frost RO, Steketee G. Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depression and anxiety*. 2010; 27(9):829-838.
10. Mataix-Cols D. Clinical practice. Hoarding disorder. *The New England journal of medicine*. 2014; 370(21):2023-2030.
11. Frost RO, Steketee G, Tolin DF. Comorbidity in hoarding disorder. *Depression and anxiety*. 2011; 28(10):876-884.
12. Pertusa A, Fullana MA, Singh S, Alonso P, Menchón JM, Mataix-Cols D. Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *The American journal of psychiatry*. 2008; 165(10):1289-1298.
13. Hartl TL, Duffany SR, Allen GJ, Steketee G, Frost RO. Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour research and therapy*. 2005; 43(2):269-276.
14. Frost RO, Steketee G, Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behaviour research and therapy*. 2004; 42(10):1163-1182.
15. Frost RO, Steketee G, Tolin DF, Brown TA. Comorbidity and diagnostic issues in compulsive hoarding. In: Annual Meeting of the Anxiety Disorders Association of America. Miami, Florida 2006.
16. American Psychiatric Association. The American psychiatric association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2006.
17. Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2003; 71(6):1049-1057.
18. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Baxter LR. Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *Journal of psychiatric research*. 2007; 41(6):481-487.
19. Nordsletten AE, Fernández de la Cruz, L, Pertusa A, Reichenberg A, Hatch SL, Mataix-Cols D. The Structured Interview for Hoarding Disorder (SIHD): development, usage and further validation. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2013; 2(346-350).
20. Mohammadzadeh A. Validation of Saving Inventory-Revised (SI-R): compulsive hoarding measure. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2009; 15(1):33-41. [Persian]
21. Frost RO, Steketee G, Tolin DF, Renaud S. Development and validation of the clutter image rating. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2008; 30(3):193-203.
22. Khorramdel K. The etiology of obsessive-compulsive disorder in matched and non-homogeneous twins (providing integrated genetic, environmental and behavioral models). [PhD thesis]. Ardabil: University of Mohaghegh Ardabili; 2016. [Persian]
23. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*. 2002; 14(4):485-496.
24. Norman SB, Cissell SH, Means-Christensen AJ, Stein MB. Development and validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depression and anxiety*. 2006; 23(4):245-249.
25. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*. 1996; 67(3):588-597.
26. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: manual. 2nd ed: San Antonio; 1996.
27. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/ schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2005; 11(3):312-326. [Persian]
28. Rabiei M, Khorramdel K. Obsessive - compulsive spectrom disorders. Tehran: Danjeh; 2014. [Persian]
29. Frost RO, Steketee S, Tolin DF, Sorrentino C. Cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding: results from a controlled trial. In: Annual Meeting of the Association of Behavioral and Cognitive Therapies. Philadelphia 2007.

## Evaluation of the psychometric properties of a Semi- structured Hoarding Rating Scale-Interview (HRS-I) in a Clinical Sample

\*Khorramdel K<sup>1</sup>, Rashid S<sup>2</sup>, Barahmand U<sup>3</sup>, Abolghasemi A<sup>4</sup>

### Abstract

**Background:** A valid and reliable tool for independent clinical evaluation of hoarding disorder (HD) seems to be necessary. The purpose of this paper was to assess the psychometric properties of a semi-structured diagnostic interview of HD in a clinical sample.

**Materials and methods:** In this standardization study, 122 individuals including 34 patients with a principal diagnosis of HD and 38 patients with Obsessive-Compulsive Disorder (without HD) from seeking treatment services at military hospital and clinics in Shiraz city and 50 normal army personnel were purposefully selected and administered to complete the research questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, confirmatory factor analysis (CFA), discriminant analysis, Cronbach's alpha and test-retest reliability with SPSS and AMOS Graphics software.

**Results:** The findings of the survey showed that internal consistency (Cronbach's  $\alpha$ ) of the Hoarding Rating Scale-Interview (HRS-I) was high,  $\alpha = 0.803$  and inter-item correlations ranged from 0.65-0.79. The correlation coefficients for assessment of the test-retest reliability (an interval of two weeks) were appropriate. The results of CFA to obtain the construct validity indicated that all five items showed high factor loading with the total score. Discriminant analysis revealed the Discriminant validity of the HRS-I for significant differentiation between the hoarding and non-hoarding participants. A total score of 17 was obtained as a potential cut-off point.

**Conclusion:** HRS-I is a valid and reliable tool for using in Iranian clinical settings. This scale can be used in clinical screening, assessment and diagnosis, measurement of response to treatment, and estimation of the prevalence of HD in the normal population.

**Keywords:** hoarding disorder, obsessive-compulsive disorder, Psychometrics, Psychiatric Status Rating Scales

1. Assistant Professor, Department of psychology, Fatemiyeh (P.B.U.H) Shiraz Nongovernmental, Nonprofit High Education Institute, Shiraz, Iran (\*Corresponding Author) khorramdel.psy@gmail.com

2. MSc student, Department of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

3. Associate Professor, Department of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

4. Professor, Department of psychology, University of Gilan, Rasht, Iran