Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 20, Issue 1

Comparing individuals with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Panic Disorder (PD), with Nonclinical Population on Obsessive Beliefs and COVID-19 Stress Two Years after the Beginning of the Pandemic

Behzad Salmani[1], **Jafar Hasani**[2], **Zahra Zanjani**[3]

1. (Corresponding author)* PhD. of Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Iran.
2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Iran.

Abstract

Aim and Background: Because of the similarity between some signs of panic disorder (PD) and COVID-19, individuals with PD like individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD) are vulnerable to negative outcomes of the pandemic. However, previous studies did not adequately address the impacts of COVID-19 on this disorder. The study aims to compare individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD), panic disorder (PD), and nonclinical samples in terms of obsessive beliefs and COVID-19 stress, two years after the beginning of the pandemic.

Methods and Materials: In a survey, 127 individuals were recruited through purposive sampling. After being taken for the clinical interview, they were divided into OCD (n=42), PD (n=40), and nonclinical (n=45) groups. Participants responded to the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44), COVID-19 Stress Scale, and Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Data were analyzed by one-way analysis of variance (ANOVA), multivariate analysis of variance (MANOVA), and Scheffe posthoc tests.

Findings: There were no significant differences between clinical groups based on any obsessive beliefs. In terms of socioeconomic outcomes and traumatic stress components of COVID-19 stress, there were no significant differences between clinical and nonclinical groups. However, individuals with OCD and PD obtained meaningfully higher scores in xenophobia and obsessive checking/ reassurance-seeking components, respectively, than other groups. Even two years after the beginning of the pandemic, clinical groups were significantly more concerned about the danger and contamination of COVID-19 than the nonclinical group.

Conclusions: Obsessive beliefs in individuals with PD are comparable to individuals with OCD during the pandemic. Also, individuals with PD engaged more in obsessive checking/ reassurance-seeking than individuals with OCD and the nonclinical group; it could burden extensive costs for the therapeutic system during the pandemic.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, panic disorder, obsessive beliefs, COVID-19 stress.

Citation: Salmani B, Hasani J, Zanjani Z. **Comparing individuals with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Panic Disorder (PD), with Nonclinical Population on Obsessive Beliefs and COVID-19 Stress Two Years after the Beginning of the Pandemic**. Res Behav Sci 2022; 20(1): 98-112.

* **Behzad Salmani,**
Email: std_b.salmani@alumni.khu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

مقایسه‌ی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و اختلال پانیک (PD) با جمعیت غیر بالینی در باورهای وسواسی و استرس کرونا دو سال پس از آغاز همه‌گیری

بهزاد سلمانی[۱]، جعفر حسنی[۲]، زهرا زنجانی[۳]

۱- (نویسنده مسئول)* دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲- استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: به دلیل شباهت برخی از علائم اختلال پانیک (PD) و بیماری کرونا، مبتلایان به این اختلال نیز همانند مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) نسبت به پیامدهای منفی همه‌گیری آسیب‌پذیر هستند. باوجوداین، مطالعات قبلی چندان به اثرات کرونا روی این اختلال نپرداخته‌اند. با توجه به اهمیت مکانیسم‌های شناختی در هر دو اختلال، به‌خصوص بررسی اثرات شناختی کرونا کلیدی است. هدف از مطالعه‌ی حاضر، مقایسه‌ی مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و اختلال پانیک (PD) برحسب باورهای وسواسی و استرس کرونا دو سال پس از آغاز همه‌گیری است.

مواد و روش‌ها: در یک طرح علّی زمینه‌یابی، ۱۲۷ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب‌شده و بعد از مصاحبه‌ی بالینی، به گروه‌های اختلال وسواس فکری عملی (OCD؛ ۴۲ نفر)، اختلال پانیک (PD؛ ۴۰ نفر) و گروه غیر بالینی (۴۵ نفر) تقسیم شدند و به پرسش‌نامه‌ی باورهای وسواسی (OBQ-44) مقیاس استرس کرونا و پرسش‌نامه‌ی سلامت بیمار (PHQ-9) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA)، تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی شفه تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: بین نمرات دو گروه بالینی در هیچ‌یک از باورهای وسواسی تفاوت معناداری وجود نداشت. در مؤلفه‌ی پیامدهای اجتماعی/ اقتصادی و استرس تروماتیک از مؤلفه‌های استرس کرونا، بین گروه‌های بالینی و غیر بالینی تفاوتی وجود نداشت. باوجوداین، مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) در بیگانه هراسی و مبتلایان به اختلال پانیک (PD) در چک کردن‌های وسواسی و اطمینان خواهی، نمرات به‌طور معنادار بیش‌تری نسبت به دو گروه دیگر دریافت کردند. حتی دو سال پس از آغاز همه‌گیری، گروه‌های بالینی بیش‌تر از جمعیت غیر بالینی، نگران خطر و آلودگی مرتبط با کرونا بودند.

نتیجه‌گیری: باورهای وسواسی در مبتلایان به اختلال پانیک (PD) طی دوره‌ی همه‌گیری قابل‌مقایسه با مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) است. همچنین، مبتلایان به اختلال پانیک (PD) بیش‌تر از مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و گروه غیر بالینی درگیر چک کردن‌های وسواسی و اطمینان خواهی می‌شوند که می‌تواند هزینه‌های زیادی را بر نظام درمانی طی دوره‌ی همه‌گیری تحمیل کند.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس فکری عملی، اختلال پانیک، باورهای وسواسی، استرس کرونا، همه‌گیری.

ارجاع: سلمانی بهزاد، حسنی جعفر، زنجانی زهرا. **مقایسه‌ی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و اختلال پانیک (PD) با جمعیت غیر بالینی در باورهای وسواسی و استرس کرونا دو سال پس از آغاز همه‌گیری**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰(۱): ۹۸-۱۱۲.

* **بهزاد سلمانی،**

رایان نامه: std_b.salmani@alumni.khu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

مقدمه

باگذشت بیش از دو سال از آغاز همه‌گیری کرونا (COVID-19)، بیش از ۵۲۵ میلیون مورد ابتلا و بیش از ۶ میلیون مورد مرگ به دلیل ابتلا به کرونا (COVID-19)، در سرتاسر دنیا شناسایی‌شده است (۱). مطالعات قبلی نشان می‌دهد که همه‌گیری کرونا دارای پیامدهای منفی روان‌شناختی برای افراد مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی و جمعیت غیر بالینی می‌باشد (۲، ۳، ۴، ۵). سازمان بهداشت جهانی به‌منظور کاستن از سرعت انتقال ویروس، دستورالعمل‌هایی مثل شستن مکرر دست‌ها و رعایت فاصله‌ی اجتماعی را پیشنهاد کرد که عملاً به رفتارهای وسواسی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی از نوع آلودگی (C-OCD) شباهت زیادی دارد (۶، ۷). مطالعات نشان می‌دهد، طی دوره‌ی همه‌گیری کرونا، افراد با یا بدون اختلال‌های روان‌پزشکی، به شکل وسواس گونه درگیر دستورالعمل‌های نامبرده شدند (۸).

پژوهش‌های مختلف روی عوامل متفاوتی تأکیددارند که طی دوره‌ی همه‌گیری، می‌تواند منجر به تشدید نشانه‌ها و رفتارهای وسواسی در افراد با یا بدون اختلال روان‌پزشکی گردد. در همین راستا، مطالعه‌ی نوولز و اُلاتونجی (۶) نشان دادند که ترس از آلودگی، جستجوی اطلاعات در اینترنت و رفتارهایی مثل شستن مکرر دست‌ها، منجر به افزایش استرس کرونا در افراد بدون اختلال روان‌پزشکی می‌شود. همچنین، مطالعات نشان می‌دهد که حتی افراد بدون اختلال روان‌پزشکی که صرفاً درگیر رفتارهای بهداشتی شده بودند، طی دوره‌ی همه‌گیری کرونا شاهد افزایش باورهای وسواسی مربوط به آلودگی بودند (۹). به‌علاوه، یافته‌های پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) نسبت به جمعیت غیر بالینی و افراد مبتلا به سایر اختلال‌های روان‌پزشکی، بیش‌تر از خدمات روان‌پزشکی استفاده کرده‌اند (۱۰، ۱۱، ۱۲). بنابراین، هر دو گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و جمعیت عادی در معرض پیامدهای روان‌شناختی منفی ناشی از کرونا هستند. با توجه به شباهت پدیدار شناختی بین نگرانی‌های موجود در اختلال وسواس فکری عملی (OCD) با راه‌های انتشار کرونا، اکثریت مطالعات روی اثرات همه‌گیری کرونا روی این اختلال تمرکز کرده‌اند.

تمرکز بر اثرات کرونا روی اختلال وسواس فکری عملی (OCD) به دلیل شباهت مذکور، ممکن است به کم برآورد پیامدهای کرونا روی سایر اختلال‌ها منجر شود. در همین زمینه، مطالعات نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی نیز به شکل ناسازگارانه‌ای نسبت به همه‌گیری کرونا واکنش نشان می‌دهند (۴، ۱۳). باوجوداین، همان‌طور که مطالعه مروری اخیر جاولوت وویتر (۱۴) نشان داد، پژوهش‌های مختلف در این زمینه نیز به شکل سو گیرداری روی برخی از اختلال‌های اضطرابی همچون اختلال اضطراب فراگیر (GAD) و اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) تمرکز کرده و چندان به اختلال پانیک (PD) نپرداخته‌اند. این در حالی است که اختلال پانیک (PD)، به‌عنوان سومین اختلال اضطرابی شایع در ایران (۱۵)، ازنظر مکانیسم‌های آسیب‌شناختی، می‌تواند همانند اختلال وسواس فکری عملی (OCD) تحت تأثیر همه‌گیری کرونا قرار گیرد.

در تائید گفته‌ی بالا به چند نکته‌ی مهم اشاره می‌گردد. اول اینکه برخی از علائم اصلی اختلال پانیک (PD) ازجمله تنگی‌نفس، احساس خفگی، درد یا احساس ناراحتی در قفسه‌ی سینه و ترس از مرگ، ازجمله مواردی هستند که به دلیل شباهت با علائم بیماری کرونا، جز نگرانی‌های پرتکرار جمعیت بالینی و غیر بالینی بوده‌اند (۱۶). همچنین، مبتلایان به اختلال پانیک (PD) دارای سوگیری نسبت به علائم درونی مربوط به دستگاه تنفسی بوده و معمولاً به هنگام آزمایش‌های رفتاری و پزشکی که به‌منظور سنجش کارکرد دستگاه تنفسی صورت می‌گیرد، دچار مشکل می‌شوند که این امر می‌تواند تشخیص بیماری آن‌ها را بیش‌ازپیش دشوار سازد (۱۷). در چنین شرایطی، افراد مبتلا به اختلال پانیک (PD) طی دوره‌ی همه‌گیری، دچار ابهام در تمایز علائم اختلال پانیک (PD) از علائم بیماری کرونا می‌گردند (۱۸). چنین روندی می‌تواند یکی از اصلی‌ترین مکانیسم‌های شناختی اختلال‌های اضطرابی یعنی تحمل ابهام را فعال کند. علاوه بر این، زمانی که افراد مبتلا به اختلال پانیک (PD)، مبتلا به بیماری کرونا می‌شوند، تابلوی بالینی پیچیده‌ای به وجود می‌آید که در سایه‌ی پژوهش‌های اندک در مورد وضعیت روان‌شناختی این افراد، می‌تواند مشکلات آن‌ها را طی این دوره به‌طور قابل‌توجهی افزایش داده و به آزمایش‌ها و ملاقات‌های پزشکی متعدد منجر شود. این روند به افزایش فشار روی نظام درمانی در شرایط همه‌گیری می‌انجامد (۱۹). این بیماران، توانایی کمی برای تحمل کمبود اکسیژن و مهارت ضعیفی در انجام تنفس به شکل صحیح، به‌خصوص به هنگام حمله‌ی پانیک رادارند و همین امر می‌تواند مبارزه با همه‌گیری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

کرونا را کاهش دهد (۱۸). بنابراین لازم است تا وضعیت روان‌شناختی این افراد نیز در کنار افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و جمعیت غیر بالینی موردمطالعه قرار گیرد.

با توجه به کارآمدی رفتاردرمانی شناختی (CBT) روی هر دو اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و اختلال پانیک (PD؛ ۲۰)، به‌خصوص شناسایی مکانیسم‌های شناختی این اختلال‌ها طی دوره‌ی کرونا اهمیت دارد. شناخت‌ها یا باورهای وسواسی که توسط کارگروه شناخت‌های وسواس فکری عملی (OCCWG) شناسایی‌شده‌اند (۲۱)، به شکل جامعی، جنبه‌های شناختی اختلال‌های وسواس فکری عملی (OCD) و اضطرابی را پوشش می‌دهند و بررسی آن‌ها طی دوره‌ی همه‌گیری می‌تواند متخصصان بالینی را به دانش نوینی فراهم سازد که منجر به مفهوم‌سازی موردی مناسب با شرایط همه‌گیری گردد. این شناخت‌ها شامل ۱) مسئولیت‌پذیری/ برآورد خطر (RT)[1]، ۲) اهمیت/ کنترل افکار (ICT)[2] و ۳) کمال‌گرایی/ قطعیت (PC)[3] می‌باشند (۲۲، ۲۳). باوجوداین، در اندک مطالعاتی که در این راستا انجام‌شده است، یافته‌های متناقضی به‌دست‌آمده است. برای مثال، نقش مسئولیت‌پذیری افراطی و برآورد خطر در تشدید نشانه‌های وسواسی هنوز موردبحث است (۱۹، ۲۴، ۲۵).

اغلب افراد به‌خصوص افراد مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی، همه‌گیری را به‌عنوان یک رویداد استرس‌زا تجربه می‌کنند (۲۶). بنابراین، در کنار مکانیسم‌های شناختی، پرداختن به مفهوم استرس کرونا، ضروری به نظر می‌رسد. منظور از استرس کرونا، واکنش استرس‌زا به همه‌گیری کرونا است که خودش را در پنج مؤلفه شامل ۱) آلودگی و خطر، ۲) پیامدهای اجتماعی و اقتصادی، ۳) بیگانه هراسی[4]، ۴) استرس تروماتیک و ۵) چک کردن‌های وسواسی و اطمینان خواهی نشان می‌دهد (۲۷). شواهد اولیه به‌خصوص شواهد به‌دست‌آمده از آغاز دوره‌ی همه‌گیری نشان می‌دهد که مبتلایان به اختلال‌های اضطرابی، واکنش استرس‌زای بیش‌تری نسبت به جمعیت غیر بالینی به همه‌گیری نشان می‌دهند (۴). همان‌طور که پیش‌بینی می‌شد مشخص گردید علاوه بر افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، مبتلایان به وسواس فکری عملی (OCD) نیز استرس کرونای بیش‌تری را تجربه می‌کنند (۴، ۱۳).

طبق دانش ما، تاکنون مطالعه‌ای روی واکنش افراد مبتلا به اختلال پانیک (PD) برحسب استرس کرونا انجام‌نشده است و داده‌های مربوط به مبتلایان به اختلال پانیک (PD) همیشه در بافت اختلال‌های اضطرابی گزارش می‌شده است. هرچند، برخی مطالعات مثل خسروانی و همکاران (۱۳)، اختلال پانیک (PD) را به‌عنوان یکی از اختلال‌های آسیب‌پذیر در همه‌گیری کرونا، معرفی کرده است، اما مطالعه‌ی مذکور در ابتدای دوره‌ی همه‌گیری انجام‌شده بود و ممکن است یافته‌های به‌دست‌آمده از آن، لزوماً قابل‌تعمیم به دوره‌ی اخیر نباشد. ضمن اینکه با توجه به تفاوت‌های مهمی که بین انواع اختلال‌های اضطرابی وجود دارد، به نظر می‌رسد لازم است اختصاصاً اختلال پانیک (PD) را با اختلال‌هایی که از این نظر به‌خوبی موردمطالعه قرارگرفته‌اند (مثل اختلال وسواس فکری عملی؛ OCD) و نیز جمعیت غیر بالینی، برحسب متغیرهای مهم ازجمله باورهای وسواسی و استرس کرونا مورد مقایسه قرارداد. نتایج به‌دست‌آمده می‌تواند در خدمت روشن‌تر شدن نقش باورهای وسواسی و درک بهتر از اثرات درازمدت همه‌گیری کرونا روی دو اختلال‌های روان‌پزشکی شایع در ایران قرار گیرد (۱۵). ازاین‌رو، هدف از پژوهش حاضر، مقایسه‌ی افراد مبتلا به اختلال‌های وسواس فکری عملی (OCD)، پانیک (PD) و جمعیت غیر بالینی در باورهای وسواسی و استرس کرونا دو سال پس از آغاز همه‌گیری کرونا است.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش مطالعه‌ی حاضر، زمینه‌یابی می‌باشد. شرکت‌کنندگان بالینی شامل ۸۲ نفر بودند که به روش هدفمند از مراجعه‌کنندگان به دو مرکز روان‌پزشکی در شهرهای تهران و کاشان در بازه‌ی زمانی شهریور تا اسفند ۱۴۰۰، انتخاب‌شده و بعد از مصاحبه‌ی بالینی، به دو گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی (OCD؛ ۴۲ نفر) و اختلال پانیک (PD؛ ۴۰ نفر) تقسیم شدند. گروه غیر بالینی با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و از بین افرادی انتخاب شدند که دارای ویژگی‌های جمعیت شناختی مشابهی با دو گروه بالینی بودند (۴۵ نفر). ملاک‌های ورود شامل این موارد بودند: ۱) رضایت از شرکت در پژوهش، ۲) سن بالاتر از ۱۸ سال، ۳) داشتن مدرک تحصیلی

[1]. Responsibility/ Threat estimation (RT)
[2]. Importance and Control of Thought (ICT)
[3]. Perfectionism/ Certainty (PC)
[4]. Xenophobia

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

دیپلم یا بالاتر. ۴) نداشتن سابقه‌ی ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی (برای گروه غیر بالینی)، ۵) عدم همبودی با اختلال‌هایی به‌جز همبودی با اختلال افسردگی اساسی (MDD؛ برای گروه اختلال وسواس فکری عملی؛ OCD) و همبودی با اختلال آگورافوبیا و اختلال افسردگی اساسی (MDD) برای گروه اختلال پانیک (PD). ملاک‌های خروج شامل سوءمصرف مواد، داشتن سابقه‌ی اختلال یا ضربه‌ی مغزی که مانع از فهم و اجرای دستورالعمل‌های پژوهشی شود و داشتن دوز متغیر مصرف داروهای روان‌پزشکی در سه ماه اخیر بودند. در گروه اختلال وسواس فکری عملی (OCD)، ۱۷ نفر بدون همبودی و ۲۵ نفر دارای همبود با اختلال افسردگی اساسی (MDD) بودند. همچنین تشخیص اولیه‌ی در تمامی افراد این گروه، اختلال وسواس فکری عملی از نوع آلودگی (C-OCD) بود. در گروه اختلال پانیک (PD)، ۱۰ نفر دارای همبودی با اختلال آگورافوبیا، ۱۵ نفر دارای همبودی با اختلال افسردگی اساسی (MDD)، ۱۵ نفر بدون همبودی بودند. اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آورده شده است.

پرسشنامه‌ی جمعیت شناختی: این پرسش‌نامه توسط پژوهشگران مطالعه‌ی حاضر به‌منظور سنجش مؤلفه‌های جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت، تحصیلات، سابقه‌ی دارویی و روان‌پزشکی، ساخته‌شده است. همچنین، فرم رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش همراه این پرسش‌نامه پیوست شده بود و شرکت‌کنندگان قبل از دادن هرگونه اطلاعات، ابتدا آن را خوانده و در صورت رضایت، تکمیل می‌نمودند.

نسخه‌ی پژوهشی مصاحبه‌ی بالینی نیمه ساختاریافته بر اساس DSM-5 (SCID-5-RV): این مصاحبه که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۸) ساخته‌شده است، امروزه به‌طور گسترده توسط بالینگران به‌منظور تشخیص گذاری استفاده می‌گردد. متخصصان بالینی از این ابزار به‌منظور شناسایی و تشخیص گذاری اختلال‌هایی بهره می‌برد که در نسخه‌ی قبلی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-R) ، در محور یک قرار داشتند. این ابزار مناسب افراد بالای ۱۸ سال است. مصاحبه‌ی بالینی نیمه ساختاریافته (SCID) در کل سه نسخه دارد و در مطالعه‌ی حاضر از نسخه‌ی پژوهشی آن استفاده‌شده است. پژوهش شانکمن و همکاران (۲۹) نشان داد که این ابزار جهت تشخیص گذاری در طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روان‌پزشکی ازجمله اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و اختلال پانیک (PD)، از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار است. همچنین، محمدخانی و همکاران (۳۰) گزارش کردند که نسخه‌ی فارسی این ابزار از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب برخوردار است.

پرسشنامه‌ی باورهای وسواسی (OBQ-44): این پرسش‌نامه شامل ۴۴ ماده می‌باشد که توسط کارگروه شناخت‌ها در اختلال وسواس فکری عملی ساخته‌شده است (OCCWG؛ ۲۱). پرسش‌نامه‌های باورهای وسواسی، حیطه‌های آسیب‌شناختی در شناخت‌های مهم در اختلال وسواس فکری عملی (OCD) را موردسنجش قرار می‌دهد. پاسخ‌دهندگان به این پرسش‌نامه باید پاسخ‌های خود را در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از (۳-) تا (۳+) نمره‌گذاری کنند. باورهایی که این پرسش‌نامه‌ی آن‌ها را اندازه‌گیری می‌کند شامل سه دسته می‌گردند: ۱) مسئولیت‌پذیری/ برآورد خطر (RT)، ۲) اهمیت/ کنترل افکار (ICT) و ۳) کمال‌گرایی/ قطعیت (PC). مطالعه‌ی کارگروه شناخت‌ها در اختلال وسواس فکری عملی (OCD) نشان داد که این ابزار نرخ همسانی درونی مناسب (آلفای کرونباخ = ۰/۸) و اعتبار باز آزمایی بالایی دارد و می‌تواند افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) را افراد بدون این اختلال متمایز کند (۳۱). مطالعه‌ی شمس و همکاران (۳۲) نیز نشان داد که نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه نیز همانند نسخه‌ی اصلی آن دارای روایی و اعتبار قابل قبولی است. آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه‌ی حاضر برابر با ۰/۷۱ بود.

پرسشنامه‌ی سلامت بیمار (PHQ-9): به دلیل نرخ بالای همبودی هر دو اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و اختلال پانیک (PD) با اختلال افسردگی اساسی (MDD)، در این پژوهش از پرسش‌نامه‌ی سلامت بیمار (PHQ-9) به‌منظور سنجش نشانه‌های افسردگی استفاده شد تا بررسی شود که آیا تفاوت‌های دو گروه بالینی به دلیل تفاوت در میزان افسردگی دو گروه است یا خیر. این پرسش‌نامه بر اساس ملاک‌های تشخیصی موجود در نسخه‌ی قبلی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، برای اختلال افسردگی اساسی (MDD) ساخته‌شده است و هر یک از ماده‌های آن، یکی از ملاک‌های این اختلال را می‌سنجد. شرکت‌کنندگان پاسخ‌های خود را روی مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌کنند و بدین ترتیب نمرات آن‌ها بین صفر تا ۲۷ متغیر خواهد بود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

داشتن نمرات بالاتر به معنای شدیدتر بودن نشانه‌های افسردگی است. اعتبار و روایی این پرسش‌نامه، در پژوهش‌های مختلف ازجمله مارتین و همکاران (۳۳) تأییدشده است. مارتین و همکاران (۳۳) نشان دادند که این پرسش‌نامه با مقیاس افسردگی بک (BDI-II) همبستگی بالایی دارد (r=۰/۷). مطالعه‌ی فرهی و همکاران (۳۴) نیز نشان دادند که نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه دارای همسانی درونی (آلفای کرونباخ=۰/۸۵) و اعتبار باز آزمایی (r=۰/۸۶) مناسبی است. آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه‌ی حاضر برابر با ۰/۷۸ بود.

پرسشنامه‌ی استرس COVID-19 (SCC): این مقیاس که به‌تازگی توسط تیلور و همکاران (۲۷) ساخته‌شده است، دارای ۳۶ ماده می‌باشد که ۵ مؤلفه‌ی مرتبط با استرس COVID-19 را اندازه‌گیری می‌کند. این مؤلفه‌ها شامل ۱) خطر و آلودگی، ۲) پیامدهای اجتماعی/ اقتصادی، ۳) بیگانه هراسی، ۴) استرس تروماتیک و ۵) چک کردن‌های وسواسی و اطمینان خواهی می‌گردند. هر یک از ماده‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه/ کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شوند. نسخه‌ی فارسی مقیاس استرس COVID-19 توسط خسروانی و همکاران (۱۳) در ایران اعتبار یابی شد و نتایج نشان داد که از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار است. آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه‌ی حاضر برابر با ۰/۶۹ بود.

روش گردآوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها: به‌منظور جمع‌آوری داده‌های مربوط به دو گروه بالینی، ابتدا اطلاعیه‌هایی با مضمون "*شرکت در یک پژوهش برای بررسی اثرات کرونا روی علائم اضطراب و وسواس*" در دو مرکز روان‌پزشکی در تهران و کاشان نصب گردید. بعدازاینکه نمونه‌ی اولیه بر اساس پاسخ مثبت به اطلاعیه‌ها، جمع‌آوری شدند، مشخص شد که بین شرکت‌کنندگان دو شهر ازنظر متغیرهای مطالعه تفاوت معناداری وجود ندارد. علاوه بر این، اطلاعات مربوط به گروه غیر بالینی، از طریق پاسخ به ابزارهای پژوهش در شبکه‌های اجتماعی شامل Instagram و Telegram جمع‌آوری گردید. سپس، از میان کسانی که در شبکه‌های اجتماعی موافقت خود را با شرکت در مطالعه اعلام کرده بودند، افرادی که ازنظر اطلاعات جمعیت شناختی و مکانی، ویژگی‌های جمعیت شناختی مشابهی با دو گروه بالینی داشتند، انتخاب و همتاسازی شدند ($n = 45$). تمامی افراد دو گروه بالینی، طبق مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5، ارزیابی‌شده و برحسب داشتن یا نداشتن ملاک‌های ورود و خروج و ملاک‌های تشخیصی، در گروه‌های مختلف جای می‌گرفتند. مصاحبه‌های بالینی بین ۴۰ تا ۵۰ دقیقه طول کشیدند. بعد از کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و ارائه‌ی توضیحاتی کلی راجع به اهداف پژوهش، تمامی ابزارهای پژوهش تحت نظارت مستقیم پژوهشگران تکمیل گردیدند. طی دوره‌ی نمونه‌گیری، تعداد ابتلای روزانه‌ی به کرونا بین ۱۰۰۰ تا ۳۸ هزار ابتلا در روز، متغیر بود (۱). درنهایت، داده‌های به‌دست‌آمده وارد نرم‌افزار SPSS-22 شد و با استفاده از تحلیل واریانس تک متغیری (ANOVA)، تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون‌های تعقیبی شفه مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این بخش نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها مطرح می‌شود. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده‌شده است.

جدول در جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها درج‌شده است.

برای انجام تحلیل‌های آماری ابتدا داده‌های پرت بر اساس تبدیل آن‌ها به نمرات استاندارد (Z) مورد بازبینی قرار گرفت و نمرات (Z) خارج از دامنه ۱/۵+ و ۱/۵- حذف شدند. در گام اول، به‌منظور مقایسه سه گروه در نشانه‌های افسردگی، از تحلیل واریانس تک متغیری (ANOVA) استفاده شد. دامنه آزمون-های لوین (p >۰/۰۱؛ ۰/۴۴ -۲/۰۵ = (۲، ۱۴۸) F) و کالموگرف/ اسمیرنف (۱/۵۲- ۰/۱۶)، بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن توزیع متغیرها بود. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) برای نشانه‌های افسردگی مشاهده می‌شود.

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهند که بین سه گروه در نشانه‌های افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد ولی تحلیل واریانس، منبع و جهت این تفاوت‌ها را مشخص نمی‌کند. برای این منظور، به علت نابرابر بودن حجم نمونه‌ها از آزمون‌های تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ درج‌شده است.

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که در نشانه‌های افسردگی، میانگین نمرات گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواس

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

فکری عملی (OCD) و بیماران مبتلا به اختلال پانیک (PD) بالینی در این متغیر تفاوت معناداری وجود ندارد.
به‌صورت معنادار بیش‌تر از گروه غیر بالینی است و بین دو گروه

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

گروه	تعداد	طیف و میانگین سنی	جنسیت (تعداد؛ درصد٪)	تحصیلات (تعداد؛ درصد)
اختلال وسواس فکری عملی (OCD)	۴۲	۲۰-۳۷ سال M=۲۷/۸۵ SD=۳/۳۲	مرد (۱۱؛ ۲۶٪) زن (۳۱؛ ۷۳٪)	دیپلم (۹؛ ۲۱٪) کارشناسی (۲۶؛ ۶۱٪) کارشناسی ارشد (۶؛ ۱۴٪) دکترا (۱؛ ۲٪)
اختلال پانیک (PD)	۴۰	۲۱-۳۸ سال M=۲۸/۴۳ SD=۳/۸۸	مرد (۱۴؛ ۳۵٪) زن (۲۶؛ ۶۵٪)	دیپلم (۱۰؛ ۲۵٪) کارشناسی (۲۳؛ ۵۷/۵٪) کارشناسی ارشد (۵؛ ۱۲/۵٪) دکترا (۲؛ ۵٪)
جمعیت غیر بالینی	۴۵	۱۹-۴۰ سال M=۲۸/۱۸ SD=۵/۰۸	مرد (۱۹؛ ۴۲/۲٪) زن (۲۶؛ ۵۷/۷٪)	دیپلم (۱۸؛ ۴۰٪) کارشناسی (۲۰؛ ۴۴/۴٪) کارشناسی ارشد (۵؛ ۱۱/۱٪) دکترا (۲؛ ۴/۴٪)

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه نمرات متغیرهای پژوهش بر اساس گروه‌ها

متغیر	مؤلفه	گروه	تعداد	M	SD	کمینه	بیشینه
نشانه‌های افسردگی	-	اختلال وسواس فکری عملی (OCD)	۴۲	۱۴/۱۷	۴/۷۹	۷	۲۵
		اختلال پانیک (PD)	۴۰	۱۲/۸۷	۴/۶۱	۵	۲۵
		غیر بالینی	۴۵	۷/۳۴	۳/۳۹	۱	۲۰
باورهای وسواسی	مسئولیت‌پذیری/ برآورد خطر (RT)	اختلال وسواس فکری عملی (OCD)	۴۲	۸۷/۴۲	۱۱/۰۱	۷۱	۱۰۹
		اختلال پانیک (PD)	۴۰	۸۵/۰۰	۸/۹۰	۷۰	۱۰۳
		غیر بالینی	۴۵	۳۶/۵۰	۱۶/۴۵	۱۶	۹۹
	اهمیت/ کنترل افکار (ICT)	اختلال وسواس فکری عملی (OCD)	۴۲	۷۴/۵۹	۷/۱۵	۵۸	۸۵
		اختلال پانیک (PD)	۴۰	۷۱/۴۷	۹/۵۶	۵۰	۸۲
		غیر بالینی	۴۵	۲۹/۵۸	۱۴/۸۸	۱۲	۷۸
	کمال‌گرایی/ قطعیت (PC)	اختلال وسواس فکری عملی (OCD)	۴۲	۸۷/۶۰	۱۳/۲۷	۵۷	۱۱۰
		اختلال پانیک (PD)	۴۰	۸۲/۰۰	۱۴/۱۲	۵۱	۱۰۸
		غیر بالینی	۴۵	۳۸/۰۲	۱۶/۶۳	۱۶	۱۰۰
استرس کرونا	خطر/ آلودگی	اختلال وسواس فکری عملی (OCD)	۴۲	۳۶/۱۴	۵/۰۲	۲۸	۴۷
		اختلال پانیک (PD)	۴۰	۳۳/۳۰	۴/۵۹	۲۳	۴۳
		غیر بالینی	۴۵	۱۸/۲۴	۸/۱۸	۸	۴۱
	پیامدهای اجتماعی/ اقتصادی	اختلال وسواس فکری عملی (OCD)	۴۲	۳/۰۷	۲/۶۴	۱	۱۴
		اختلال پانیک (PD)	۴۰	۳/۱۵	۲/۴۸	۲	۱۶
		غیر بالینی	۴۵	۲/۹۵	۲/۴۲	۱	۱۴

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه نمرات متغیرهای پژوهش بر اساس گروه‌ها

متغیر	مؤلفه	گروه	تعداد	M	SD	کمینه	بیشینه
	بیگانه هراسی	اختلال وسواس فکری عملی (OCD)	۴۲	۹/۹۳	۳/۳۵	۲	۱۴
		اختلال پانیک (PD)	۴۰	۲/۲۲	۲/۴۹	۱	۱۰
		غیر بالینی	۴۵	۱/۸۷	۱/۸۵	۰	۱۰
	استرس تروماتیک	اختلال وسواس فکری عملی (OCD)	۴۲	۸/۹۷	۳/۶۶	۳	۲۱
		اختلال پانیک (PD)	۴۰	۹/۰۲	۳/۰۲	۳	۲۲
		غیر بالینی	۴۵	۸/۵۶	۴/۳۴	۲	۲۰
	چک کردن‌های وسواسی و اطمینان خواهی	اختلال وسواس فکری عملی (OCD)	۴۲	۱۷/۳۰	۲/۶۰	۹	۲۳
		اختلال پانیک (PD)	۴۰	۲۲/۲۶	۳/۴۹	۱۴	۲۴
		غیر بالینی	۴۵	۱۱/۱۱	۴/۱۹	۳	۲۲

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) برای مقایسه سه گروه در نشانه‌های افسردگی

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	η^2
نشانه‌های افسردگی	بین گروهی	۱۵۱۶/۷۰	۲	۷۵۸/۳۵	***۴۵/۷۲	۰/۵۹
	درون‌گروهی	۲۴۵۵/۰۷	۱۲۴	۱۶/۵۹		

جدول ٤. نتایج آزمون‌های تعقیبی شفه برای بررسی تفاوت‌های سه گروه در نشانه‌های افسردگی

متغیر	منبع مقایسه (اختلاف میانگین)			خطای استاندارد		*p*	
	گروه	۲	۳				
نشانه‌های افسردگی	۱. وسواس فکری عملی (OCD)	۱/۳۰	۶/۸۲	۰/۹۷	۰/۷۸	۰/۴۱	<۰/۰۰۱
	۲. اختلال پانیک (PD)	--	۵/۲۵	--	۰/۸۷	--	<۰/۰۰۱
	۳. غیر بالینی	--	--	--	--	--	--

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) برای مقایسه سه گروه در مؤلفه‌های باورهای وسواسی و استرس COVID-19

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	η^2
مسئولیت‌پذیری/ برآورد خطر (RT)	بین گروهی	۹۳۹۳۷/۹۵	۲	۴۶۹۶۸/۹۸	***۲۲۴/۸۲	۰/۷۷
	درون‌گروهی	۲۸۳۹۴/۴۷	۱۲۴	۱۹۱/۸۵		
اهمیت/ کنترل افکار (ICT)	بین گروهی	۷۰۸۸۶/۶۰	۲	۳۵۴۴۳/۳۰	***۲۳۸/۱۹	۰/۷۶
	درون‌گروهی	۲۲۰۲۲/۸۰	۱۲۴	۱۴۸/۸۰		
کمال‌گرایی/ قطعیت (PC)	بین گروهی	۸۱۳۲۷/۱۵	۲	۴۰۶۶۳/۵۸	***۱۷۲/۶۹	۰/۷۰
	درون‌گروهی	۳۴۸۴۹/۱۵	۱۲۴	۲۳۵/۴۷		
خطر و آلودگی	بین گروهی	۱۰۶۶۹/۳۴	۲	۵۳۳۴/۶۷	***۱۱۵/۰۹	۰/۶۱
	درون‌گروهی	۶۸۵۹/۸۷	۱۲۴	۴۶/۳۵		
پیامدهای اجتماعی/ اقتصادی	بین گروهی	۸۵۱/۹۰	۲	۴۲۵/۹۵	***۶۸/۱۷	۰/۴۸
	درون‌گروهی	۹۲۴/۸۰	۱۲۴	۶/۲۵		
بیگانه هراسی	بین گروهی	۱۴۱۸/۱۴	۲	۷۰۹/۰۷	***۱۲۳/۶۰	۰/۶۲
	درون‌گروهی	۸۴۹/۰۸	۱۲۴	۵/۷۴		

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) برای مقایسه سه گروه در مؤلفه‌های باورهای وسواسی و استرس COVID-19

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	η^2
استرس تروماتیک	بین گروهی	۱۵۸۶/۲۵	۲	۷۹۳/۱۳	***۵۱/۳۶	۰/۴۱
	درون‌گروهی	۲۲۸۵/۵۲	۱۲۴	۱۵/۴۴		
چک کردن‌های وسواسی و اطمینان‌خواهی	بین گروهی	۲۰۲۷/۲۶	۲	۱۰۱۳/۶۳	***۷۴/۸۶	۰/۵۰
	درون‌گروهی	۲۰۰۳/۸۹	۱۲۴	۱۳/۵۴		

جدول ٦. نتایج آزمون‌های تعقیبی شفه برای بررسی تفاوت‌های سه گروه در ابعاد باورهای وسواسی و استرس COVID-19

متغیر	منبع مقایسه (اختلاف میانگین)			خطای استاندارد		*p*	
	گروه	۲	۳				
مسئولیت‌پذیری/ برآورد خطر (RT)	۱. وسواس فکری عملی (OCD)	۲/۴۳	۵۰/۹۲	۳/۳۱	۲/۶۴	۰/۷۶	۰/۰۰۰
	۲. اختلال پانیک (PD)	--	۴۸/۴۹	--	۲/۹۷	--	۰/۰۰۰
	۳. غیر بالینی	--	--	--	--	--	--
اهمیت/ کنترل افکار (ICT)	۱. وسواس فکری عملی (OCD)	-۰/۸۷	۴۳/۰۱	۲/۹۱	۲/۳۳	۰/۹۵	۰/۰۰۰
	۲. اختلال پانیک (PD)	--	۴۳/۸۸	--	۲/۶۱	--	۰/۰۰۰
	۳. غیر بالینی	--	--	--	--	--	--
کمال‌گرایی/ قطعیت (PC)	۱. وسواس فکری عملی (OCD)	-۵/۶۰	۴۳/۹۷	۳/۶۷	۲/۹۳	۰/۳۱	۰/۰۰۰
	۲. اختلال پانیک (PD)	--	۴۹/۵۷	--	۳/۲۹	--	۰/۰۰۰
	۳. غیر بالینی	--	--	--	--	--	--
خطر و آلودگی	۱. وسواس فکری عملی (OCD)	۲/۸۴	۱۷/۹۰	۱/۶۳	۱/۳۰	۰/۲۲	۰/۰۰۰
	۲. اختلال پانیک (PD)	--	۱۵/۰۵	--	۱/۴۶	--	۰/۰۰۰
	۳. غیر بالینی	--	--	--	--	--	--
پیامدهای اجتماعی/ اقتصادی	۱. وسواس فکری عملی (OCD)	-۴/۴۳	۱/۸۲	۰/۶۰	۰/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۰۱
	۲. اختلال پانیک (PD)	--	۶/۲۶	--	۰/۵۳	--	۰/۰۰۰
	۳. غیر بالینی	--	--	--	--	--	--
بیگانه هراسی	۱. وسواس فکری عملی (OCD)	-۵/۴۱	۲/۶۵	۰/۵۷	۰/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	۲. اختلال پانیک (PD)	--	۸/۰۶	--	۰/۵۱	--	۰/۰۰۰
	۳. غیر بالینی	--	--	--	--	--	--
استرس تروماتیک	۱. وسواس فکری عملی (OCD)	-۰/۳۰	۶/۳۵	۰/۹۴	۰/۷۵	۰/۹۵	۰/۰۰۰
	۲. اختلال پانیک (PD)	--	۶/۶۶	--	۰/۸۴	--	۰/۰۰۰
	۳. غیر بالینی	--	--	--	--	--	--
چک کردن‌های وسواسی و اطمینان خواهی	۱. وسواس فکری عملی (OCD)	۱/۷۹	۷/۹۸	۰/۸۸	۰/۷۰	۰/۱۳	۰/۰۰۰
	۲. اختلال پانیک (PD)	--	۶/۱۹	--	۰/۷۹	--	۰/۰۰۰
	۳. غیر بالینی	--	--	--	--	--	--

در گام دوم، به‌منظور مقایسه سه گروه در متغیرهای باورهای وسواسی و استرس COVID-19، از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. برای مؤلفه‌های باورهای وسواسی، دامنه آزمون‌های لوین (۰/۰۱< p؛ ۱/۵۰- = ۰/۴۴ (۱۴۸، ۲) F)) و کالموگرف/ اسمیرنف (۱/۷۳- ۰/۵۹-)، بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن توزیع متغیرها بود. همچنین نتیجه‌ی آزمون M باکس (۰/۰۱< p ؛ ۱/۵۸= F (۱۲ ،۴۰۱۹۱/۶۲) نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده نمود. همچنین،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

نتیجه‌ی آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز ($p<$ ۰/۰۰۱ ؛ F (۶، ۲۹۲) = ۶۱/۰۲) معنادار بود. علاوه بر این، برای مؤلفه‌های استرس COVID-19، دامنه آزمون‌های لوین ($p >$ ۰/۰۱ ؛ F (۲، ۱۴۸) = ۰/۷۴ −۲/۱۸) و کالموگرف/ اسمیرنف (۰/۴۱ −۲/۰۳)، بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن توزیع متغیرها بود. به‌علاوه، نتیجه آزمون M باکس (p ۰/۰۱ >؛ F (۳۰، ۲۸۸۸۷/۳۱) =۱/۳۸) نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده نمود. نتیجه‌ی آزمون چند متغیره‌ی لامبدای ویلکز ($p<$ ۰/۰۰۱ ؛ F (۱۰، ۲۸۸) = ۴۹/۱۶) معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که حداقل بین دو گروه دریکی از متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این آزمون مشخص نمی‌کند که کدام گروه‌ها در کدام متغیرها با همدیگر تفاوت دارند. تفاوت‌های مذکور از طریق تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی شفه موردبررسی قرار گرفت که نتایج آنها در جدول‌های ۵ و ۶ مشاهده می‌شود.

یافته‌های جدول‌های ۵ و ۶ نشان می‌دهد که در هر سه مؤلفه‌ی باورهای وسواسی، میانگین نمرات گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و گروه بیماران مبتلا به اختلال پانیک (PD)، به‌صورت معنادار بیش‌تر از گروه غیر بالینی است و بین دو گروه بالینی در هیچ‌یک از باورهای وسواسی، تفاوت معناداری وجود ندارد.

همچنین، از میان مؤلفه‌های استرس COVID-19، در مؤلفه‌های پیامدهای اجتماعی/ اقتصادی و استرس تروماتیک، بین میانگین نمرات هیچ‌یک از گروه‌های بالینی و غیر بالینی، تفاوت معناداری وجود ندارد. علاوه بر این، در مؤلفه‌ی خطر و آلودگی، میانگین نمرات گروه اختلال وسواس فکری عملی (OCD) با گروه اختلال پانیک (PD) تفاوت معناداری نداشت اما میانگین نمرات هر دو گروه بالینی به‌طور معناداری از نمرات گروه غیر بالینی بیش‌تر بود. برحسب مؤلفه‌ی بیگانه هراسی، میانگین نمرات گروه اختلال وسواس فکری عملی (OCD) به‌طور معنادار از دو گروه دیگر بیش‌تر بود و بین دو گروه اختلال پانیک (PD) و غیر بالینی در این زمینه تفاوت معناداری وجود نداشت. درنهایت، در مؤلفه‌ی چک کردن‌های وسواسی و اطمینان خواهی، میانگین نمرات گروه اختلال پانیک (PD) به‌طور معناداری از گروه اختلال وسواس فکری عملی (OCD) بیش‌تر بود و نمرات گروه اختلال وسواس فکری عملی (OCD) نیز به‌طور معناداری از گروه غیر بالینی بالاتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه‌ی حاضر، مقایسه‌ی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی (OCD)، اختلال پانیک (PD) و جمعیت غیر بالینی برحسب باورهای وسواسی و استرس کرونا، دو سال پس از آغاز همه‌گیری کرونا بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد مبتلایان به اختلال پانیک (PD) طی دوره‌ی کرونا، به‌اندازه‌ی مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) درگیر باورهای وسواسی می‌شوند. همان‌طور که تولین و همکاران (۲۲) بیان کرده‌اند، برخی از مؤلفه‌های باورهای وسواسی ازجمله مسئولیت‌پذیری/ برآورد خطر (RT)، هم در اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و هم در اختلال‌های اضطرابی نقش پررنگی را ایفا می‌کنند اما بیش‌تر مطالعات روی این نکته اتفاق‌نظر دارند که مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) در مؤلفه‌ی اهمیت/ کنترل افکار (ICT) نمرات بالاتری نسبت به مبتلایان به اختلال‌های اضطرابی دریافت می‌کنند (۳۲). باوجوداین، پژوهش حاضر نشان داد که مبتلایان به اختلال پانیک (PD) در مؤلفه‌ی اهمیت/ کنترل افکار (ICT)، نیز نمرات مشابهی با مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) طی دوره‌ی همه‌گیری کرونا دریافت می‌کنند. لازم این توضیح داده شود که نمونه‌های مطالعات قبلی شامل مبتلایان به اختلال‌های اضطرابی مختلف بوده است و برای مثال ۵۷ درصد از نمونه‌ی مطالعه‌ی تولین و همکاران (۲۲)، اختلال پانیک (PD) نداشتند؛ بنابراین، این احتمال وجود دارد که مبتلایان به اختلال پانیک (PD) در مؤلفه‌ی اهمیت/ کنترل افکار (ICT)، نمرات بالایی دریافت کرده باشند اما به دلیل میانگین‌گیری، نمرات بالای آن‌ها در این مؤلفه، مخفی مانده باشد.

دریافت نمرات بالا توسط دو گروه غیر بالینی در مؤلفه‌هایی همچون مسئولیت‌پذیری/ برآورد خطر (RT) و کمال‌گرایی/ قطعیت (PC)، با توجه به ماهیت تهدیدکننده‌ی و آینده مبهم این همه‌گیری کرونا (۳۵) قابل توضیح است. همچنین، مطالعات نشان می‌دهند که مبتلایان به پانیک (PD)، نسبت به مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، افکار خود را به شکل شدیدتر و واضح‌تر تجربه می‌کنند. همچنین، آن‌ها باور بیش‌تری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

به خطرناک بود افکار اضطرابی خود در مورد پیامدهای جسمی اختلال پانیک (PD) دارند (۳۶) که می‌تواند خودش را در مؤلفه‌ی اهمیت/ کنترل افکار (ICT) نشان دهد. بنابراین، بااینکه راکمن (۳۷) در مدل شناختی روی مؤلفه‌ی اهمیت/ کنترل افکار (ICT) در اختلال وسواس فکری عملی (OCD) تأکید کرده است اما مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که نقش این مؤلفه در اختلال پانیک (PD) نیز پررنگ است.

در مورد استرس کرونا، نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بعد از گذشت دو سال از آغاز همه‌گیری کرونا، بین گروه‌های بالینی و غیر بالینی ازنظر نگرانی راجع به پیامدهای اجتماعی/ اقتصادی کرونا و استرس تروماتیک تفاوت معناداری وجود ندارد. ازآنجایی‌که خسروانی و همکاران (۱۳) در ابتدای دوره‌ی همه‌گیری کرونا در ایران، بیان کردند که نگرانی راجع به پیامدهای اجتماعی/ اقتصادی کرونا ازجمله کمبود موارد ضدعفونی، غذایی و داروها و همچنین استرس تروماتیک به شکل معناداری در نمونه‌ی مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و اختلال پانیک (PD) از سایر افراد بیش‌تر است، می‌توان نتیجه گرفت که باگذشت دو سال از شروع همه‌گیری و گذر از دوره‌ی حاد، نگرانی‌های دو گروه بالینی در این زمینه، به‌طور معناداری کاهش‌یافته است و به سطح گروه غیر بالینی رسیده است. جالب اینکه، نگرانی‌های مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و اختلال پانیک (PD) در مورد خطر و آلودگی چندان برطرف نشده بود و نمرات گروه‌های بالینی حتی پس از دو سال، از جمعیت غیر بالینی بالاتر بود. با توجه به نوع وسواس گروه اختلال وسواس فکری عملی (OCD)، نمرات بالاتر این گروه در مؤلفه‌ی خطر و آلودگی قابل‌انتظار است کما اینکه آن‌ها قبل از همه‌گیری، نگرانی در مورد آلودگی و ترس از خطرهای مربوط به آن، از نگرانی‌های اصلی در این افراد بوده است (۳۷). این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های قبلی در این زمینه بوده (برای مثال، ۱۳) و نشان می‌دهد که بعد از گذشت دو سال نیز مبتلایان به اختلال پانیک (PD) همانند مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی از نوع آلودگی (C-OCD)، همچنان آلودگی و پیامدهای آن برای خود و عزیزان خود را به‌عنوان تهدید تفسیر می‌کنند.

با در نظر گرفتن شباهت بین علائم اختلال پانیک (PD) مثل تنگی نفس و درد در قفسه‌ی سینه با علائم بیماری کرونا (۱۶)، این احتمال وجود دارد که مبتلایان به اختلال پانیک (PD) در پژوهش حاضر از گوش‌به‌زنگی همیشگی خود نسبت به احساسات و علائم جسمی، به‌عنوان روشی برای پیش‌گیری از مبتلا شدن به کرونا استفاده کرده باشند (۳۸). در تأیید این گفته، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مبتلایان به اختلال پانیک (PD) حتی در مقایسه با مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD)، بیش‌تر درگیر چک کردن‌های وسواسی و اطمینان خواهی می‌شوند. مطالعه‌ی اخیر ژانگ و همکاران (۳۹) نشان می‌دهد که گوش‌به‌زنگی مبتلایان به اختلال پانیک (PD) طی دوره‌ی کرونا خودش را به شکل چک کردن مکرر حضور یا عدم حضور علائم کرونا در بدن، گرفتن مکرر درجه تب خود، مشکوک شدن به وجود آلودگی قابل‌سرایت در خانواده و نگرانی از قابلیت سرایت ویروس کرونانشان می‌دهد. پژوهش حاضر نیز نشان داد علاوه بر موارد مذکور، مبتلایان به اختلال پانیک (PD) از مشورت با متخصصین سلامت در مورد علائم خود به‌طور مکرر استفاده می‌کنند (نمرات بالای در مؤلفه‌ی چک کردن‌های وسواسی و اطمینان خواهی).

درواقع، نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوان بامطالعه‌ی ژانگ و همکاران (۳۹)، بر لزوم توجه به مبتلایان به اختلال پانیک (PD) در کنار سایر افراد آسیب‌پذیر مثل مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) طی دوره‌ی کرونا تأکید می‌کند زیرا هر دو گروه بالینی بعد از گذشت دو سال نسبت به جمعیت غیر بالینی، به‌طور معنادار بیش‌تر درگیر چک کردن‌های وسواسی و اطمینان خواهی می‌شوند که با توجه شایع بودن هر دو اختلال در کشور (۱۵)، می‌تواند هزینه‌های سرسام‌آوری را روی دوش نظام سلامت و درمان کشور طی دوره‌ی حساس همه‌گیری بگذارد. ازآنجایی‌که چک کردن‌های وسواسی و اطمینان خواهی هم با اختلال پانیک (PD) و هم افسردگی ارتباط دارند (۴۰)، بازهم بالاتر بودن نمرات مبتلایان به اختلال پانیک (PD) نسبت به مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) در این مؤلفه را نمی‌توان به افسردگی نسبت داد زیرا نمرات دو گروه بالینی در نشانه‌های افسردگی تفاوت معناداری ندارد (جدول ۴).

بیگانه هراسی، تنها مؤلفه از استرس کرونا است که در آن نمرات مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) به‌طور معناداری بیش‌تر از مبتلایان به اختلال پانیک (PD) بود. همان‌طور که شی و همکاران (۴۱) نشان دادند، خطرناک دانستن یک بیماری مرتبط با آلودگی و عفونت می‌تواند منجر به بروز بیگانه هراسی گردد. ازآنجایی‌که مبتلایان به اختلال وسواس فکری از نوع آلودگی (C-OCD)، حتی قبل از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

همه‌گیری نیز، نگران آلودگی و راه‌های انتقال آن بوده‌اند (۴۲)، دریافت نمرات بالاتر از مبتلایان به اختلال پانیک (PD) و جمعیت غیر بالینی تا حدودی طبیعی است. از این نظر، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با تنها مطالعه‌ای که با همین ابزار در کشور انجام‌شده بود، ناهمخوان است (۱۳). خسروانی و همکاران (۱۳) توضیح می‌دهند طی دوره‌های استرس‌آور مثل همه‌گیری کرونا، مبتلایان به اختلال پانیک (PD) احساس خطر و تهدید بیش‌تری را نسبت به سایر اختلال‌ها ازجمله اختلال وسواس فکری عملی (OCD) تجربه می‌کنند که همین امر منجر به افزایش بیگانه هراسی می‌گردد. از سوی مقابل، پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بعد از سپری شدن دوره‌های استرس‌آور آغاز همه‌گیری، مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و نه مبتلایان به اختلال پانیک (PD) هستند که به دلیل ترس همیشگی خود از آلودگی و راه‌های انتقال آن، همچنان نمرات نسبتاً بالایی در مؤلفه‌ی بیگانه هراسی دریافت می‌کنند.

به‌طور خلاصه، مطالعه‌ی حاضر نشان داد که باورهای وسواسی مختص اختلال وسواس فکری عملی (OCD) نبوده و مبتلایان به اختلال پانیک (PD) نیز طی دوره‌ی همه‌گیری، حتی در مؤلفه‌ی اهمیت/ کنترل افکار (ICT) نمرات مشابهی دریافت می‌کنند. دو سال پس از آغاز کرونا، اگرچه نگرانی‌های اجتماعی/ اقتصادی و استرس تروماتیک مربوط به کرونا تا حدود زیادی در گروه بالینی کاهش‌یافته است اما همچنان هر دو گروه بالینی، نگرانی‌های قابل‌توجهی را نسبت به آلودگی و خطرات مربوط به آن تجربه می‌کنند که خودش را در نگرانی مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) از افراد بیگانه و درگیری مبتلایان به اختلال پانیک (PD) در چک کردن‌های وسواسی و اطمینان‌خواهی‌های مکرر نشان دهد. لازم است متخصصان بالینی که با مبتلایان به این دو اختلال طی دوره‌ی کرونا سروکار دارند، نگرانی‌ها و چک کردن‌های هر دو اختلال را در فرمول‌بندی درمان موردتوجه قرار دهند (۴۳).

هرچند مطالعه‌ی حاضر، برای اولین به موضوع مهم مکانیسم‌های شناختی مبتلایان به اختلال پانیک (PD) دو سال پس از دوره‌ی کرونا پرداخت و نشان داد این افراد یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر نسبت به همه‌گیری کرونا هستند که اغلب مورد کم‌توجهی متخصصان بالینی و پژوهشگران قرارگرفته‌اند، یافته‌های آن را باید در سایه‌ی چند محدودیت تفسیر کرد. اولین محدودیت به خود گزارشی بودن ابزارهای پژوهش برمی‌گردد. با توجه به سوگیری‌های مختلفی که در ابزارهای خود گزارشی وجود دارد (۴۴)، بهتر است در آینده پژوهشگران از ابزارهای عینی همانند مشاهدات رفتاری و برخی از شاخص‌های فیزیولوژیک نیز استفاده کنند. همچنین، تعداد نمونه در هیچ‌کدام از گروه‌ها بهینه نیست. هرچند برای استنباط آماری کفایت لازم را دارد. سوم اینکه، این مطالعه فرصت بررسی سایر اختلال‌هایی که می‌توانند تحت تأثیر پیامدهای منفی کرونا قرار بگیرند و چندان موردتوجه نبوده‌اند (مثل اختلال اضطراب بیماری؛ IAD؛ ۴۵). لازم است تا مکانیسم‌های شناختی این اختلال‌ها نیز بررسی گردد. چهارمین محدودیت، به مقطعی بودن طرح پژوهش و عدم وجود داده‌های قبل از دوره‌ی کرونا در هیچ‌یک از گروه‌های بالینی و غیر بالینی است. پیشنهاد می‌شود تا مطالعات آینده با استفاده از طرح‌های طولی، سیر و روند تغییرات گروه‌های بالینی متأثر از کرونا را طی دوره‌ی همه‌گیری ارزیابی نمایند. آخرین محدودیت، مربوط به عدم اجرای مصاحبه‌ی بالینی برای گروه غیر بالینی است. هرچند، طبق ملاک‌های ورود، تمامی افراد گروه غیر بالینی اظهار کرده بودند که سابقه‌ی تشخیص اختلال روان‌پزشکی را نداشته‌اند، اجرای مصاحبه‌ی بالینی با توجه استیگمای مرتبط با خود گزارشی اختلال‌های روان‌پزشکی (۴۶)، لازم به نظر می‌رسد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی افراد که در جمع‌آوری اطلاعات به تیم پژوهشی کمک نمودند و همچنین از شرکت‌کنندگان در این پژوهش که با صبر و حوصله به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. Geneva: World Health Organization; [Internet]. December 27, 2021. WHO Timeline. Available from: https://covid19.who.int.
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wesseley S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020; 395: 912-20. [DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

3. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. Brain, Behavior, and Immunity. 2020; 89: 531-42. [DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.048]
4. Asmundson GJG, Paluszek MM, Landry CA, Rachor GS, McKay D, Taylor S. Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping? Journal of Anxiety Disorders. 2020; 74: 102271. [DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102271]
5. Pak A, Adegboye OA, Adekunle AI, Rahman KM, McBryde ES, Eisen DP. Economic consequences of COVID-19 outbreak: the need for epidemic preparedness. Frontiers in Public Health. 2020; 8: 241. [DOI: 10.3389/fpubh.2020.00241]
6. Knowels KA, Olatunji BO. Anxiety and safety behavior usage during the COVID-19 pandemic: the prospective role of contamination fears. Journal of Anxiety Disorders. 2020; 77: 102323. [DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102323]
7. Davide P, Andrea P, Martina O, Andrea E, Davide D. The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. Psychiatry Research. 2020; 291: 113213. [DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113213]
8. Fineberg NA, Van Ameringen M, Drummond L, Hollander E, Stein DJ, Geller D, et al. How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: a clinician's guide from the international college of obsessive-compulsive spectrum disorders (ICOCS) and the obsessive-compulsive research network (OCRN) of the European college of neuropsychopharmacology. Comprehensive Psychiatry. 2020; 100: 152174. [DOI: 10.1016/j.comppsych.2020.152174]
9. Samuels J, Holingue C, Netadt PS, Bienvenu OJ, Phan P. Contamination-related behaviors obsessions, and compulsions during the COVID-19 pandemic in a United States population sample. Journal of Psychiatry Research. 2021; 138: 155-62. [DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.03.064]
10. Capuzzi E, Brita CD, Caldiroli A, Colmegna F, Nava R, Buoli M, et al. Psychiatric emergency care during Coronavirus 2019 (COVID 19) pandemic lockdown: results from a Department of Mental Health and Addiction of northern Italy. Psychiatry Research. 2020; 293: 113463. [DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113463]
11. Shafran R, Coughtrey A, Whittal M. Recognizing and addressing the impact of COVID-19 on obsessive-compulsive disorder. Lancet Psychiatry. 2020; 7(7): 570-2. [DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30222-4]
12. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. PloS one. 2020; 15(4): e0231924. [DOI: 10.1371/journal.pone.0231924]
13. Khosravani V, Asmundson GJG, Taylor S, Shrifi Bastan F, Samimi Ardestani SM. The Persian COVID stress scales (Persian-CSS) and COVID-19-related stress reactions in patients with obsessive-compulsive and anxiety disorders. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2021; 28: 100615. [DOI: 10.1016/j.jocrd.2020.100615]
14. Javelot H, Weiner L. Panic and pandemic: Narrative review of the literature on the links and risks of panic disorder as a consequence of the SARS-CoV-2. L'Encéphale. 2021; 47:38-42.
15. Hajebi A, Motevalian SA, Rahimi-Movagher A, Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hefazi M. Major anxiety disorders in Iran: prevalence, sociodemographic correlates and service utilization. BMC Psychiatry. 2018; 18: 261.16. Perna G, Caldirola D. COVID-19 and panic disorder: clinical considerations for the most physical of mental disorders. Brazilian Journal of Psychiatry. 2021; 43(1): 110-11.
16. Caldirola D, Perna G. Toward a personalized therapy for panic disorder: preliminary considerations from a work in progress. Neuropsychiatric Disease and Treatment.2019; 15: 1957-70.
17. Okuro RT, Freire RC, Zin WA, Quagliato LA, Nardi AE. Panic disorder respiratory subtype: psychopathology and challenge tests - an update. Brazilian Journal of Psychiatry. 2020; 42: 420-30.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

18. Ojalehto HJ, Abramowitz JS, Hellberg SN, Butcher MW, Buchholz JL. Predicting COVID-19 related anxiety: The role of obsessive-compulsive symptom dimensions, anxiety sensitivity, and body vigilance. Journal of Anxiety Disorders. 2021; 83: 102460.

19. Olatunji BO, Cisler JM, Deacon BJ. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. The Psychiatric Clinics of North America. 2010; 33(3): 557-77.

20. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Cognitive assessment of obsession-compulsive disorder. 1997; 35(7): 667-81. [DOI: 10.1016/s0005-7967(97)00017-x]

21. Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are "obsessions" beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. Behaviour Research and Therapy. 2006; 44(4): 469-80.

22. Shams G, Milosevic I. A comparative study of obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorders, anxiety disorders patients and a normal group. Acta Medica Iranica. 2015; 53(5): 301-10.

23. Mesterelu I, Rimbu R, Blaga P. Obsessive-compulsive disorder and reactions to the COVID-19 pandemic. Psychiatry Research. 2021; 302: 114021. [DOI: 10.1016/j.psychres.2021.114021]

24. Wheaton MG, Ward HE, Silber A, McIngvale E, Bjorgvinsson T. How is the COVID-19 pandemic affecting individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms? Journal of Anxiety Disorder. 2021; 81: 102410 [DOI: 10.1016/j.janxdis.2021.102410]

25. Gallagher MW, Zvolensky MJ, Long LJ, Rogers AH, Garey L. The impact of COVID-19 experiences and associated stress on anxiety, depression, and functional impairment in American adults. Cognitive Therapy and Research. 2020; 44(6): 1043-51.

26. Taylor S, Landry C, Paluszek MM, Fergus TA, McKay D, Asmundson GJG. Developmental and initial validation of the COVID stress scales. Journal of Anxiety Disorders. 2020; 72: 102232. [DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102232]

27. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Structured clinical interview for DSM-5-Research version (SCID-5 for DSM-5, research version; SCID-5-RV). Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2015.

28. Shankman SA, Funkhouser CJ, Klein DN, Davila J, Lerner D, Hee D. Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). International Journal of Methods in Psychiatry Research. 2018; 27: e1590. [DOI: 10.1002/mpr.1590]

29. Mohammadkhani P, Forouzan AS, Hooshyari Z, Abasi I. Psychometric properties of Persian version of Structured Clinical Interview for DSM-5-Research Version (SCID-5-RV): a diagnostic accuracy study. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2020; 14(2): e100930. [DOI: 10.5812/ijpbs.100930]

30. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. Behaviour and Research Therapy. 2001; 39(8): 987-1006. [DOI: 10.1016/s0005-7967(00)00085-1]

31. Shams G, Karam Ghadiri N, Torkanbou E, Rahiminejad F, Ebrahimkhani N. Obsessional beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders as compared to the control group. Advances in Cognitive Sciences. 2006; 8(2): 53-65. [In Persian]

32. Martin A, Rief W, Klaiberg A, Braehler E. Validity of the brief Patient Health Questionnaire mood scale (PHQ-9) in the general population. General Hospital Psychiatry. 2006; 28(1): 71-7. [DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2005.07.003]

33. Farrahi H, Gharraee B, Oghabian MA, Zare R, Pirmoradi MR, Najibi SM, et al. The study of psychometric properties of the Persian version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among students of Guilan University of Medical Sciences in the academic year 2017-18. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2020; x (xxx): xx-xx. [DOI: 10.32598/ijpcp.27.2.3375.1] [In Persian]

34. Tustoy O, Balikci K, Ozdil NF. Unknown uncertainties in the CIVID-19 pandemic: Multi-dimensional identification and mathematical modelling for the analysis and estimation of the causalities. Digital Signal Processing. 20201; 114: 103058.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]

35. Breitholtz E, Westling BE, Ost LG. cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. Journal of Anxiety Disorders. 1998; 12(6): 567-77.
36. Rachman SA. A cognitive theory of obsession. In: E. Sanavio, ed. Essay of Honor of Hans J. Eysenck: Behavior and Cognitive Therapy Today. Oxford: Elsevier Science; 1998: p. 209-21.
37. Clark DM, Salkovskis PM, Ost LG, Breitholtz E, Koehler KA, Westling BE, et al. Misinterpretation of body sensations in panic disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1997; 65(2): 203-13.
38. Zhang W, Zou C, Sznajder KK, Cui C, Fu J, He S, et al. Panic, psycho-behavioral responses, and risk perception in the earliest stage of the COVID-19 pandemic in the China. Frontiers in Medicine. 2022; 9: 766842.
39. Cervin M, Lazaro L, Martinez-Gonzalez AE, Piqueras JA, Rodriguez-Jimenez T, Godoy A, et al. Obsessive-compulsive symptoms and their links to depression and anxiety in clinic- and community-based pediatric samples: a network analysis. Journal of Affective Disorders. 2020; 271: 9-18.
40. She Z, Zhou N, Li D, Ren S, Ji W, Xi J. Does COVID-19 threat increase xenophobia? The roles of protection efficacy and support seeking. BMC Public Health. 2022; 22(1): 485.
41. Davide P, Andrea P, Martina O, Andrea A, Davide D, Mario A. The impact of COVID-19 pandemic on patients with OCD: effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. Psychiatric Research. 2020; 291: 113213.
42. Salmani B, Mancini F, Hasani J, Zanjani Z. Anti-disgust cognitive behavioral therapy for contamination-based obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled clinical trial. Journal of Clinical Medicine. 2022; 11 (10): 2875. [DOI: 10.3390/jcm11102875]
43. Althubaiti A, Information bias in health research: definitions, pitfalls, and adjustment methods. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2016; 9: 211-17.
44. Rivera RM, Carballea D. Coronavirus: a trigger for OCD and illness anxiety disorder? Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2020; 12(S1): S66.
45. Zhang Z, Sun K, Jatchavala C, Koh J, Chia Y, Bose J, et al. Overview of stigma against psychiatric illnesses and advancements of anti-stigma activities in six Asian societies. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019; 17(1): 280.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.98]