

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و علایم اختلال وسواسی - جبری

صدیقه صالحی^۱، سیدعلی محمد موسوی^۲، محمدابراهیم ساریچلو^۳، سیدحسین قافله‌باشی^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی، قزوین - ایران

^۲ استادیار گروه روان‌شناسی عمومی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی، قزوین - ایران.

^۳ دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران - ایران.

^۴ استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین - ایران.

نشانی نویسنده مسؤول: قزوین، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی، صدیقه صالحی

E-mail: Salehi.s1990@yahoo.com

وصول: ۹۲/۱۱/۱۵، اصلاح: ۹۳/۱/۲۸، پذیرش: ۹۳/۲/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: عوامل فرهنگی نقش مهمی در تأیید علایم وسواس دارند. شناخت و اطلاع از فراوانی و تنوع آن‌ها به تشخیص دقیق‌تر و اهداف درمانی مناسب کمک می‌کند. هدف مطالعه حاضر، تعیین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و علایم بیماران وسواسی - جبری بود.

مواد و روش‌ها: در قالب طرح مقطعی یک ساله (از ۱۳۹۱/۱۰ تا ۱۳۹۲/۹)، ۶۲ بیمار مبتلا به وسواس از کلینیک روان‌شناسی قزوین، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها براساس مصاحبه بالینی، پرسشنامه جمعیت‌شناختی و پرسشنامه وسواس مادزلی انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (کای دو) در سطح ۵ درصد و ۱ درصد معناداری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بیش‌ترین فراوانی در شروع ابتلا به وسواس در مقطع سنی ۲۱ تا ۳۰ سال بروز می‌کند (۵۹/۶۷٪)، در زنان مبتلا به وسواس، سن شروع اختلال بالاتر از مردان است (میانگین زنان ۳۱/۸۷ و مردان ۲۵/۴۲). فراوانی بیش‌تر زنان نشان می‌دهد که زنان نسبت به مردان برای درمان پیگیرترند و زنان بیشتر از مردان به وسواس مبتلا می‌شوند (زنان ۸۸/۷۱٪ و مردان ۱۱/۲۹٪). افراد متأهل برای درمان از انگیزه بیشتری برخوردارند و فراوانی بیشتری را شامل می‌شوند (۷۹/۰۳٪). نوع و کیفیت رابطه والدین نیز در افراد وسواس نشان می‌دهد که این افراد والدین سخت‌گیر و یک‌سویه‌نگر داشته‌اند (۸۳/۸۷٪). هم‌چنین نتایج حاکی است که رایج‌ترین نشانه‌های وسواس به ترتیب شامل نشخوار فکری (۹۸/۳۸٪)، تردید (۹۳/۵۴٪)، بازبینی (۹۱/۹۳٪)، تکرار (۸۷/۰۹٪) و شستن (۷۹/۰۳٪) است.

نتیجه‌گیری: بیماران مبتلا به اختلال وسواس خصوصیات علامت‌شناسی و جمعیت‌شناختی متمایزی دارند که دلیل آن می‌تواند تنوع فرهنگی باشد و این یافته مفهوم مهمی برای تشخیص و درمان است.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی - جبری، نشانه‌شناسی.

مقدمه

تخمین برخی از پژوهشگران، اختلال وسواسی - جبری در بسیاری از بیماران سرپایی مطب‌ها و درمانگاه‌های روان‌پزشکی ده درصد گزارش می‌شود. با توجه به ارقام

میزان شیوع مادام‌العمر اختلال وسواسی - جبری در جمعیت عمومی حدود دو تا سه درصد است. طبق

مذکور، اختلال وسواسی- جبری چهارمین بیماری روانپزشکی پس از هراس، اختلالات مرتبط با مواد و اختلال افسردگی اساسی است. طبق بررسی‌های همه‌گیرشناختی انجام شده در اروپا، آسیا و آفریقا تأیید شده است که این ارقام در تمام حوزه‌های فرهنگی یکسان است و میانگین سن شروع این اختلال بیست سالگی است (۱). این در حالی است که آمار موجود حاکی از افزایش روزافزون مبتلایان به این بیماری در گروه‌های سنی مختلف و در مناطق مختلف جهان است. مطالعات همه‌گیرشناسی در ایران نیز بیانگر شیوع بالای این اختلال است. می‌توان اختلال وسواس را یکی از چالش‌های عمده قرن حاضر در سطح جهان قلمداد کرد که این مساله خود بیانگر تداوم ضرورت انجام مطالعات پیگیر در ابعاد مختلف آسیب‌شناسی، پیگیری و درمان آن است (۱).

انجمن روان‌پزشکی آمریکا اختلال وسواسی- جبری را بیماری ناتوان‌کننده‌ای تعریف می‌کند که به وسیله افکار ناخواسته، غیرارادی و تکرارشونده، تکانه‌ها و تصاویر مشخص می‌شود و اغلب با رفتارهای تکرارشونده همراه است، این اعمال زمان‌بر و آیین‌مند شده‌اند؛ وسواس عملی معمولاً در تلاش برای اجتناب یا خنثی‌سازی افکار وسواسی است که با اضطراب همراه است (۲). این وسواس‌های فکری یا عملی سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال قابل ملاحظه‌ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی، یا روابط فرد ایجاد می‌کنند. اختلال وسواسی-جبری اختلال رایج و مزمنی است که سالانه حدود دو میلیون بزرگسال آمریکایی از آن رنج می‌برند (موسسه ملی سلامت روان، ۲۰۰۸؛ به نقل از ۳). در سال ۱۹۹۰ هزینه کلی که برای اختلال وسواسی-جبری تخمین زده شده حدود ۸/۴ میلیارد دلار بوده که حدود ۵/۷ درصد هزینه‌ای است که کل بیماری‌های روانی (۱۴۷ میلیارد دلار) به بار می‌آورند (۴). اختلال وسواسی-جبری بر بسیاری از جنبه‌های کیفیت زندگی شامل تحصیلات، شغل، استقلال مالی تأثیر

دارد (۵). با توجه به اهمیتی که این اختلال از لحاظ شروع و هزینه‌های تحمیل‌کننده بر جامعه دارد، بررسی آسیب‌شناسی این اختلال و کشف عوامل شناختی دخیل در این اختلال که در جهت درمان‌های روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرند، امری ضروری است. در پژوهشی جمالی، معاریان و کاظم‌زاده عطوفی شیوع علایم و نشانه‌های وسواسی-جبری را در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر تهران بررسی کردند و نتایج آن‌ها نشان داد که شیوع وسواس در بین دختران ۱/۴ برابر پسران است (۱۲/۳٪ در دختران و ۸/۷٪ در پسران) (۶). برینسکا معتقد است نسبت شیوع وسواس با سن آغاز بیماری در زنان و مردان دو مقوله متفاوت است، به این صورت که مردان زودتر از زنان به این اختلال مبتلا می‌شوند ولی تعداد زنانی که در دوره نوجوانی مبتلا به وسواس می‌شوند، بیش تر از مردان است (۷). در مطالعه‌ای دیگر شیوع وسواس در زنان نسبت به مردان بیش تر بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که اختلال وسواسی-جبری در جمعیت ایرانی در زنان بیش تر از مردان است (۸). نتایج پژوهشی ریگز و فوآ نشان داد که اندکی بیش از نصف افراد مبتلا به وسواس، زن هستند (۹). یافته‌های متنوعی در زمینه تفاوت شیوع اختلال وسواس در زنان و مردان به دست آمده است. روزنهان و سلیگمن بر این اعتقاد هستند که این اختلال در هر دو جنس رواج دارد، اما تا اندازه‌ای در مردان شایع‌تر است (۳). مطالعات همه‌گیرشناسی نیز جهت بررسی نسبت‌های جنسیتی در میان آزمودنی‌های دارای اختلال وسواس، فراوانی بیش تر این اختلال را، در زنان نشان داد (۱۰). هم چنین نتایج بسیاری از پژوهش‌ها، یافته‌های نسبتاً متناقضی را در زمینه تفاوت‌های جنسیتی بروز بالینی اختلال وسواسی-جبری، نشان داده است (۱۰). برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند سن آغاز ابتلا به اختلال وسواسی-جبری در مردان پایین‌تر از زنان است. همانند بسیاری از اختلالات، نقش عوامل زیست‌شناختی در تعامل با سایر عوامل مورد

مطالعه قرار گرفته است. مثلاً، بررسی تفاوت‌های جنسیتی در ظرفیت ژنتیکی نشان داده است جنبه‌های ژنتیکی می‌تواند تأثیر زیادی بر آشکار شدن این اختلال و ابتلا در سن پایین‌تر در مردان داشته باشد (۱۱). هم‌چنین شروع ناگهانی علایم این اختلال، بروز در سن پایین‌تر و روند دوره‌ای آن با وقایع زندگی پراسترس مرتبط است. میانگین سن آغاز اختلال و سواس در مردان حدود ۱۵-۶ سال و در زنان ۲۹-۲۰ سال ذکر شده است (گودمن، راسماسن، لکمن، ۱۹۹۵؛ به نقل از ۱۲). در بررسی محتوای و سواس‌های فکری و عملی، مشاهده شد مردان گرایش بیش‌تری به و سواس‌های فکری و رفتارهای واری دارند؛ درحالی‌که ترس از آلودگی و سواس شستشو در زنان متداول‌تر است. تنها برخی مطالعات، عدم هر گونه تفاوت جنسیتی و میزان بالایی از و سواس‌های فکری آلودگی و پرخاشگری مردان را تأیید می‌کند (۱۰). هم‌چنین نتایج نشان داد که ۲۰/۷ درصد دانشجویان نشانه و سواس واری، ۱۶ درصد نشانه‌های و سواس شستشو، ۱۷/۷ درصد دارای نشانه‌های و سواس کندی و ۴۲ درصد دارای نشانه‌های و سواس تردید بودند (۱۳). مطالعات همه‌گیرشناسی در اروپا، آسیا و آفریقا شیوع نسبتاً بالای این اختلال را در فرهنگ‌های مختلف و متفاوت نشان داده است و با وجود تفاوت در محتوای علایم و سواسی، شکل آنها تشابهات انکارناپذیری دارد. متغیرهای فرهنگی می‌توانند بر تظاهرات اختلال و سواسی-جبری تأثیر بگذارند. نتایج قاسم‌زاده و همکاران نشان داد که شک و بلاتکلیفی رایج‌ترین و سواس فکری و شستن رایج‌ترین و سواس عملی است. ترس از آلودگی و افکار و سواسی درباره کثیف بودن خود و و سواس شستن بیش‌تر در زنان متداول بود، درحالی‌که افکار کفرآمیز و و سواس‌های نظم و ترتیب در مردان فراوانی بیش‌تری داشت (۱۶).

بسیاری از افراد مبتلا به و سواس، به فاصله چند سال پس از شروع بیماری، برای درمان مراجعه می‌کنند. معمولاً بین شروع علایم و زمان مراجعه برای درمان، ۷

سال طول می‌کشد (۹). مطالعات مؤید آن است که سلامت جسمانی و روانی مادر در ایجاد فضای مطلوب در خانواده به عنوان نخستین پایگاه آموزش و پرورش، از بنیادی‌ترین عوامل شکل‌گیری شخصیت کودک است (۱۴) و سبک‌های استدلالی عاطفی و رفتاری کودک تحت تأثیر خانواده، به‌ویژه مادر قرار می‌گیرد (۱۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند بین خلق‌وخوی مبتنی بر بازداری رفتاری در دوران کودکی و اختلال و سواسی-جبری رابطه معنی‌داری وجود دارد (موریس، میسترز و اسپیندر، ۲۰۰۳ به نقل از ۱۶). پژوهش کولس، شوفیلد و پیترفیسا نشان داد، در بسیاری از دانشجویان، علایم جاری و سواسی-جبری با سطوح کلی بازداری رفتاری گزارش شده دوران کودکی هم بسته است؛ و گزارش سطوح بازداری دوران کودکی به طور معنی‌داری سطوح علایم اختلال و سواسی-جبری را پیش‌بینی می‌کند (۱۷). از جمله عوامل مهم دیگری که می‌توان گفت سهمی در تبیین این اختلال دارند، عوامل فرهنگی است. از حدود دهه ۱۹۶۰ میلادی با شکل‌گیری روان‌شناسی بین‌فرهنگی، اهمیت فرهنگ و اثرات آن بر روی ساختارهای روان‌شناختی افراد و اختلالات روانی به تأیید رسیده است (۱۸). با توجه به این‌که علایم و سواسی-جبری وابسته به فرهنگ هستند و شیوع نسبتاً بالایی دارند؛ بنابراین، شناخت و اطلاع از فراوانی و تنوع علایم آن در جامعه ما می‌تواند به تشخیص و شناخت دقیق‌تر این اختلال کمک کند و اهداف درمانی را مشخص‌تر نماید. براین اساس، هدف مطالعه حاضر، تعیین ویژگی‌های جمعیت شناختی و علایم بیماران و سواسی-جبری است. در این پژوهش، علاوه بر متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش‌های قبلی، رابطه بین سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و داشتن سخت‌گیری با فراوانی علایم و سواسی-جبری مورد بررسی قرار گرفت. علاوه بر این، شیوع انواع علایم و سواس در نمونه مورد بررسی مشخص گردید. هدف از این پژوهش، تعیین ویژگی‌های جمعیت شناختی و علایم بیماران و سواسی-

جبری بود.

۹۸٪ به دست آمده (۱۹) و اعتبار سازه این آزمون در نمونه‌های بالینی و غیربالینی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۰). ساناویو (۱۹۹۸) بین نمرات کل آزمون مادزلی و مقیاس وسواس پادو همبستگی ۰/۷۰ به دست آورد (به نقل از ۲۰). در ایران قاسم‌زاده (۱۳۸۰) روایی محتوایی این آزمون را بررسی و تأیید کرده است (به نقل از ۱۹). این پرسشنامه نسبت به اثرات درمانی حساس است و باعث شده که این آزمون در ارزیابی درمان‌های معطوف به نشانه‌های وسواسی-جبری سودمندی ویژه‌ای داشته باشد (۲۱).

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. بدین ترتیب که داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (کای دو) در سطح ۵ درصد و ۱ درصد معناداری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. هم‌چنین از نظر اخلاقی از همه افراد شرکت‌کننده در این طرح رضایت‌نامه گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی ابتلا به وسواس در زنان (۳۱/۸۷±۴/۷) و در مردان (۲۵/۴±۳/۱) بود. بیش‌ترین فراوانی در شروع ابتلا به وسواس در مقطع سنی ۲۱ تا ۳۰ سال بروز می‌کند (۵۹.۶۷٪) و آزمون کای اسکوئر در این مقطع سنی معنی‌دار شد ($P < 0.05$) (جدول ۱).

در این پژوهش زنان نسبت به مردان (زنان ۸۸/۷۱٪ و مردان ۱۱/۲۹٪) و افراد متأهل نسبت به افراد مجرد (افراد متأهل ۷۹/۰۳٪ و افراد مجرد ۲۰/۹۶٪) در ابتلا به اختلال وسواس از فراوانی بیش‌تری برخوردار هستند و از این نظر بین دو جنس تفاوت آماری معناداری یافت شد ($P < 0.01$) (جدول ۱ و ۲). در دو جنس رابطه درجه تحصیلات و شیوع وسواس متفاوت است و در دو مقطع سیکل (و پایین‌تر) و کاردانی-کارشناسی تفاوت‌ها

مواد و روش‌ها

با هدف بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، فراوانی و شیوع علایم وسواسی-جبری در بیماران مبتلا به وسواس، ۶۲ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری (براساس جدول مورگان- ۷ مرد و ۵۵ زن) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس طی یک دوره یک ساله (از دی ماه ۱۳۹۱ تا آذر ۱۳۹۲) که به کلینیک روان‌شناسی بیمارستان بهمن دانشگاه علوم پزشکی قزوین مراجعه کردند و حائز ملاک‌های ورود به پژوهش بودند (دریافت تشخیص اختلال وسواس از نظر یک روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی، داشتن نمره وسواس براساس آزمون مادزلی بالاتر از نقطه برش (نمره ۹)، نداشتن اختلالات همایند و رضایت آگاهانه و داوطلبانه برای مشارکت در طرح پژوهش)، انتخاب شدند.

برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه بالینی (براساس DSM-V، که علایم آشکار و پنهان وسواس، انواع وسواس، شدت علایم و اختلالات همراه را می‌سنجد)، پرسشنامه دموگرافیک (پرسشنامه پژوهشگر ساخته که اطلاعات کیفی را می‌سنجد) و پرسشنامه وسواس مادزلی استفاده شد. پرسشنامه وسواسی-جبری مادزلی، برای ارزیابی پدیده‌های وسواسی طراحی شده است و حاوی ۳۰ سوال است که به صورت بلی یا خیر پاسخ داده می‌شوند. طراحی این پرسشنامه به گونه‌ای است که یک فرد وسواسی، به‌طور دقیق به نیمی از سوال‌ها پاسخ مثبت و به نیم دیگر پاسخ منفی بدهد (۱۹) هاجسون و راجمن توانسته‌اند با استفاده از تحلیل عاملی به پنج خرده‌مقیاس: وارسی، شستشو، کندی-تکرار، تردید-وظیفه‌شناسی و نشخوار فکری برسند. تعداد سوال‌های مربوط به مقیاس‌ها به ترتیب برابر با ۹، ۱۱، ۷، ۷ و ۲ سوال است. پاسخ‌های همخوان با کلید، یک نمره و پاسخ‌های ناهمخوان با کلید، نمره صفر می‌گیرند (۲۰). پایایی بازآزمون این پرسشنامه

معنی دار شد ($P < 0/01$) (جدول ۳).

نوع و کیفیت رابطه والدین نیز در افراد وسواس نشان می‌دهد که افراد وسواسی بیش تر والدین سخت‌گیر و یک‌سویه‌نگر داشته‌اند ($83/87\%$) که آزمون کای اسکوتر نشان می‌دهد که داشتن والدین سخت‌گیر در افراد مبتلا به وسواس برای زنان و کل معنی‌دار شد ($P < 0/01$) (جدول ۴).

آزمون کای اسکوتر نشان می‌دهد که در کل نمونه مورد بررسی، رایج‌ترین نشانه‌های وسواس به ترتیب شامل نشخوار فکری ($98/38\%$)، تردید-وظیفه‌شناسی ($93/54\%$)، بازبینی ($91/93\%$)، تکرار-کندی ($87/09\%$) و شستن ($79/03\%$) است؛ درصد فراوانی تردید-وظیفه‌شناسی، بازبینی، کندی-تکرار و شستن در گروه زنان به طرز معنی‌داری بیش تر از گروه مردان است

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد افراد مبتلا به وسواس بر

P	حسب جنسیت و سن (n=62)	
	مردان فراوانی (درصد)	زنان فراوانی (درصد)
0/05	۶ (۸۵/۷۱)	۳۱ (۵۶/۳۶)
0/17	۱ (۱۴/۲۸)	۱۵ (۲۷/۲۷)
0/31	۰ (۰)	۶ (۱۰/۹۰)
0/61	۰ (۰)	۳ (۵/۴۵)
0/01	۷ (۱۱/۲۹)	۵۵ (۸۸/۷۰)
	کل	کل

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد افراد مبتلا به وسواس بر

P	حسب جنسیت و وضعیت تأهل (n=62)		
	مجرد فراوانی (درصد)	متاهل فراوانی (درصد)	تاهل جنسیت
0/01	۷ (۱۳/۴۶)	۴۸ (۹۲/۳۰)	زنان
0/01	۶ (۸۵/۷۱)	۱ (۱۴/۲۸)	مردان
0/01	۱۳ (۲۰/۹۶)	۴۹ (۷۹/۰۳)	کل

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد افراد مبتلا به وسواس بر

P	حسب جنسیت و میزان تحصیلات (n=62)		
	مردان فراوانی (درصد)	زنان فراوانی (درصد)	جنسیت میزان تحصیلات
0/01	۰ (۰)	۲۴ (۴۳/۶۳)	سیکل و پایین‌تر
0/13	۲ (۲۸/۵۷)	۲۱ (۳۳/۸۷)	دیپلم و پیش دانشگاهی
0/01	۵ (۷۱/۴۲)	۹ (۱۶/۳۶)	کاردانی-کارشناسی
0/42	۰ (۰)	۱ (۱/۶۱)	کارشناسی‌ارشد و بالاتر

تردید-وظیفه‌شناسی و بازبینی ($P < 0/05$) و کندی-تکرار و شستن ($P < 0/01$). هم چنین نتایج حاکی از آن است که شایع‌ترین علائم وسواس در زنان نشخوار فکری، بازبینی و تردید-وظیفه‌شناسی و در مردان نشخوار فکری و تردید-وظیفه‌شناسی است (جدول ۵).

بحث

هدف از این پژوهش، تعیین ویژگی‌های جمعیت شناختی و علائم بیماران وسواسی-جبری است که با توجه به یافته‌ها بیماران مبتلا به اختلال وسواس خصوصیات علامت‌شناسی و جمعیت‌شناختی متمایزی دارند که دلیل آن می‌تواند تنوع فرهنگی باشد. سن شروع یا سن ابتلا به اختلال وسواس به عنوان یک متغیر بررسی شده و نتایج نشان می‌دهد که بیش تر فراوانی در شروع ابتلا به وسواس در مقطع سنی ۲۱ تا ۳۰ سال بروز می‌کند (59.67%)، به نظر می‌رسد این مقطع، به‌عنوان حساس‌ترین مقطع سنی برای ابتلا به وسواس شناخته و معرفی می‌شود. مردان در فرایند زمان، زودتر به وسواس مبتلا می‌شوند. در زنان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری سن شروع اختلال بالاتر از مردان است و پیش‌آگهی وسواس در زنان بهتر از مردان است. این یافته‌ها با نتایج (۱۲) و (۱) همخوانی دارد.

فراوانی بیش تر زنان در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که زنان نسبت به مردان برای مداخله و درمان بیش تر مراقبت و پیگیری دارند و می‌توان این احتمال را هم مدنظر داشت که زنان بیشتر از مردان به وسواس مبتلا می‌شوند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش (۳) ناهمخوان و با نتایج پژوهش‌های (۶)، (۷)، (۸)، (۹) و (۱۰) همخوانی دارد. موارد ناهمخوان می‌تواند ناشی از عواملی چون ویژگی‌های فرهنگی و یا تفاوت در نوع نمونه‌گیری باشد. در تحلیل همه‌گیرشناسی علائم اختلال وسواس این‌گونه توصیف شده است: با وجود این احتمال که در جامعه، زنان بیش تر علائم وسواسی-جبری را دارا هستند، اما این

جدول (۴): توزیع فراوانی و درصد افراد مبتلا به وسواس بر حسب جنسیت و داشتن والدین سخت‌گیر (n=62)

جنسیت	تربیت والدین	
	سخت‌گیر فراوانی (درصد)	غیرسخت‌گیر فراوانی (درصد)
زنان	۴۸ (۹۲.۳۰)	۷ (۱۳.۴۶)
مردان	۴ (۵۷.۱۴)	۳ (۴۲.۸۵)
کل	۵۲ (۸۳.۸۷)	۱۰ (۱۶.۱۲)

جدول (۵): شاخص‌های توصیفی نمرات وسواس و مؤلفه‌های آن و توزیع فراوانی علایم OCD به تفکیک جنسیت (n=62)

مقیاس	شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف استاندارد	کلی		
				مردان فراوانی(درصد)	زنان فراوانی(درصد)	کل فراوانی(درصد)
وسواس	بازبینی	۶.۴۱	۰.۲۵	۴ (۵۷.۱۴)	۵۳ (۹۶.۳۶)	۵۷ (۹۱.۹۳)
	شستشو	۵.۸۳	۰.۲۷	۱ (۱۴.۲۸)	۴۸ (۸۷.۲۷)	۴۹ (۷۹.۰۳)
	کندی-تکرار	۲.۸۰	۰.۱۴	۳ (۴۲.۸۵)	۵۱ (۹۲.۷۲)	۵۴ (۸۷.۰۹)
	تردید-وظیفه‌شناسی	۵.۲۴	۰.۱۸	۵ (۷۱.۴۲)	۵۳ (۹۶.۳۶)	۵۸ (۹۳.۵۴)
	نشخوار فکری	۱.۵۰	۰.۰۹	۶ (۸۵.۷۱)	۵۵ (۱۰۰)	۶۱ (۹۸.۳۸)
	نمره کل	۱۸.۸۸	۰.۵۴			

از انگیزه بیش تری برخوردارند و بیشتر نیز مراجعه می‌کنند.

در دو جنس رابطه درجه تحصیلات و شیوع وسواس متفاوت است که برای زنان، فراوانی بیش تر با درجه تحصیلی پایین‌تر و برای مردان، فراوانی بیش تر با درجه تحصیلی بالاتر را شامل می‌شود.

نوع و کیفیت رابطه والدین نیز در افراد وسواسی تعیین کننده است، به گونه‌ای که بیش تر افراد وسواسی از خانواده‌هایی رشد کرده‌اند که والدین سخت‌گیر و یک‌سویه‌نگر داشته‌اند؛ به‌خصوص که مادر به جای رابطه عاطفی و گرم، رابطه خشک، قطعی و سخت‌گیرانه‌ای را اعمال می‌کند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های (۱۵) و موریس، میسترز و اسپیندر (۲۰۰۳، به نقل از ۱۶) همخوانی دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند بین خلق‌وخوی مبتنی بر بازداری رفتاری در دوران کودکی و اختلال وسواسی-جبری رابطه معنی‌داری وجود دارد زیرا سبک‌های استدلال عاطفی و رفتاری کودک تحت تأثیر خانواده، به‌ویژه مادر قرار می‌گیرد (۲۲).

رابطه طول دوره بیماری (از ابتلا تاکنون) و مدت زمان درمان (از اولین مراجعه) در هر دو جنس معکوس است. به‌عبارت دیگر، در هر دو جنس هرچه مدت زمان ابتلا بیش تر باشد فراوانی بیش تری را دربرمی‌گیرد و هر

امکان وجود دارد که آسیب‌پذیری مردان بیش تر باشد؛ زیرا در نمونه‌های مراکز بالینی، تعداد مردان و زنان مبتلا به اختلال وسواس مشابه است، درحالی‌که در جمعیت پایه، تعداد زنان دارای این اختلال کمی افزون‌تر است. یک استدلال ممکن، این است که احتمالاً مردان مبتلا به اختلال وسواس، بیشتر از زنان تشخیص می‌دهند که نیاز به کمک دارند و به دنبال درمان هستند، و یا این اختلال در مردان شدیدتر است و تأثیر مخرب بیش تری بر عملکرد آن‌ها داشته است. درحقیقت، تعیین‌کننده اصلی جستجوی درمان برای اختلالات روان‌نژندی، شدت علایم و نقش مستقل بدکارکردی اجتماعی است (۱۱).

افراد متأهل برای درمان از انگیزه بیش تری برخوردارند و فراوانی بیش تری را شامل می‌شوند. در تحلیل همه‌گیرشناسی علایم اختلال وسواس بیان شده است که وسواس در زندگی زناشویی، مشکلاتی را ایجاد می‌کند یا موجب بروز بیش تر و جدی‌تر مشکلات زناشویی می‌شود و به همین علت بیمار نه برای درمان وسواس بلکه برای رفع مشکل زناشویی مراجعه می‌کند و به همین نسبت از انگیزه بیش تری برخوردار است. این موضوع نیز مطرح می‌شود که فرد وسواسی نیازمند حمایت و کسب اعتماد است. از این‌رو، افراد متأهل که در چنین بافت عاطفی و حمایتی قرار می‌گیرند، برای درمان

بیماران مبتلا به اختلال وسواس خصوصیات علامت‌شناسی و جمعیت‌شناختی متمایزی را نشان می‌دهند که یکی از توجهات آن تنوع فرهنگی شناخته می‌شود و این یافته، مفهوم مهمی برای تشخیص و درمان است.

باتوجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه‌گیری نمود که الگوی کلی نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری در مشارکت کنندگان با الگوی مشاهده شده در فرهنگ غربی و شرقی موافق و سازگار است به طوری که ویژگی‌های اصلی اختلال وسواسی-جبری نسبتاً مستقل از متغیرهای فرهنگی بوده و تنها استثنا در این زمینه، محتوای علائم وسواس است که عوامل فرهنگی نقش معناداری را در آن بازی می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود عوامل فرهنگی که منجر به شایع‌تر شدن برخی علائم بیماری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری شده است بیش تر مورد بررسی قرار گیرد. از آنجا که در نظر نگرفتن خرده فرهنگ‌ها از محدودیت‌های این پژوهش بوده است، پیشنهاد می‌شود تا تحقیقات بعدی به متغیرهای خرده فرهنگی توجه نمایند.

تشکر و قدردانی

از شورای آموزشی دانشکده و تحصیلات تکمیلی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) برای تصویب موضوع پژوهشی و هم چنین از بیماران مشارکت کننده و همکاری کلینیک روان‌شناسی مرکز آموزشی-درمانی روانپزشکی ۲۲ بهمن دانشگاه علوم پزشکی قزوین که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند قدردانی می‌شود.

چه مدت زمان درمان (از اولین مراجعه) افزایش می‌یابد، فراوانی کم تری را دربرمی‌گیرد. تفاوت طول دوره بیماری و مدت زمان درمان، نشان می‌دهد که وسواس نوعی بیماری است که در زنان و مردان ایرانی فاصله زمان ابتلا به وسواس تا زمانی که درصدد درمان برآیند طولانی است؛ یعنی فرد مبتلا می‌شود اما مراجعه نمی‌کند. نتایج نشان می‌دهد که بسیاری از افراد مبتلا به وسواس، به فاصله چند سال پس از شروع بیماری، برای درمان مراجعه می‌کنند. معمولاً بین شروع علائم و زمان مراجعه برای درمان، ۷ سال طول می‌کشد این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های (۹) همخوانی دارد.

مشارکت کنندگان مورد بررسی در نشخوار فکری، تردید-وظیفه‌شناسی و بازبینی بیش ترین فراوانی را نشان دادند، و درصد فراوانی تردید-وظیفه‌شناسی، بازبینی، کندی-تکرار و شستن در گروه زنان به طرز معنی‌داری بیش تر از گروه مردان است. این یافته‌ها اگرچه با نتایج پژوهش‌های (۱۳) همخوانی دارد، اما با نتایج پژوهش‌های (۱۰) و (۲۱) ناهمخوان است. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از این است که وسواس‌های نشخوار فکری، بازبینی و تردید-وظیفه‌شناسی در زنان از شیوع بیش تری برخوردار است و وسواس‌های نشخوار فکری و تردید-وظیفه‌شناسی در مردان از شیوع بیش تری برخوردار است. مطالعات همه‌گیرشناسی در اروپا، آسیا و آفریقا شیوع نسبتاً بالای این اختلال را در فرهنگ‌های مختلف و متفاوت نشان داده است و با وجود تفاوت در محتوای علائم وسواسی، شکل آنها تشابهات انکارناپذیری دارد. بنابراین، یافته‌های مطالعات گوناگون، از جمله پژوهش حاضر مؤید آن است که متغیرهای فرهنگی می‌توانند بر تظاهرات اختلال وسواسی-جبری تأثیر بگذارند.

References

1. Sadock BJ, Sadock VA Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry 9th ed. 2007.
2. Olley A, Malhi G, Sachder P. Memory and executive functioning in obsessive-compulsive disorder. A selective review. J Affect Disord. 2007;104(1-3): 15-23.
3. Mirjalili RS. Special and interactions relationships, cognitive avoidance, intolerable uncertainty,

- insufficiency cognitive emotion regulation, metacognitive beliefs and perfectionism with worry in patients with generalized anxiety disorder and obsessive – compulsive anxiety disorder. thesis, Tehran University. 2013 .[Persian].
4. DupPont RL, Rice DP, Shiraki S, Rowland CR. Economic costs of obsessive-compulsive disorder. *Med laterface*. 1995. 8(4): 102-9.
 5. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *AM J Psychiatry*. 1996. 153(6): 783-8.
 6. Jamali AM, Kazemzadeh Atofi M. The prevalence of symptoms of obsessive - compulsive and demographic factors associated with guidance school students Tehran city in Year. *Rehabilitation*. 2006. 8(1): 61-6 . [Persian].
 7. Bry'naska A. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Literature review. Part 1. *Psychiatr Pol*. 1997. 31(4): 417-28.
 8. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretamad HR, Bagheri Yazdi SA, Rahgozar M, Alaghebandrad J, Amini H, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005. 1: 1-8.
 9. Riggs DS, Foa EB. Obsessive compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford. 2th ed, 1993: 189-239.
 10. Jaisoorya TS, Reddy YC, Srinath S, Thennarasu K. Sex differences in Indian patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr psychiatry*. 2009; 50(1): 70-5.
 11. Torresan RC, Ramos-cerqueira AT, de Mathis MA, Diniz JB, Ferrao YA, Miquel EC, Torres AR. differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Compr psychiatry*. 2009. 50(1): 63-9.
 12. Evans DW, Lewis MD, Lobst E. The role of the orbito frontal cortex in normally developing compulsive-like behavior and obsessive-compulsive disorder. *Brain Cogn*. 2004. 55(1): 220-34.
 13. Faraji P, Faraji FR, Dideroshani S, Nasrollah. Evaluation of prevalence depression, anxiety and obsession-compulsion disorder among students. The first National Congress Students The social factors affecting health. 2011.[Persian].
 14. Sarami ZA S, Neshat Doust HT, Molavi H. Maternal Obsessive-Compulsive Disorder disorder and Anxiety Children. *Journal of Iranian Psychologists*. 2009;5(20): 333-42 .[Persian].
 15. Abela JR, Skitch SA, Adams P, Hankin BL, Seligman MEP. The timing of parent and child depression: A hopelessness theory perspective. *J Clin Child Adolesc Pshychol*. 2006; 35(2): 253-63.
 16. Hassani JB, Qvshchian S. Comparative activity of brain-behavior systems of patients with obsessive-compulsive disorder and normal subjects. *Advances in Cognitive Sciences*, 2008. 9(4): 16-25 .[Persian].
 17. Coles ME, Schofield CA, Pietrefesa AS. Behavioral inhibition and and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2006; 20(8): 1118-32.
 18. Eshun S, Gurung RAR. *Culture and Mental Health: Sociocultural Influences, Theory, and Practice*. India: SPi Publisher Services. 2009.
 19. Shams GK N, Esmaeili Torkanpoori Y, Amini H, Ebrahimkhani N, Naseribefrooni A, Payehdar Ardakani H. The prevalence of symptoms of obsessive – compulsive disorder in adolescents and comorbidity rate that with the other psychiatric symptoms. *Advances in Cognitive Sciences*, 2008. 9(4): 50-9. [Persian].
 20. Hadgson RJ. Obsessional compulsive complaints . *Behavior Research and Therapy*. 1977. 15(5): 389-95.
 21. Steekte GP. The latest assessment and treatment strategies. Translation: Ghasemzadeh, H. Tehran. 2011.[Persian]
 22. Baylyng PJ, MacCobe. Randy, Anthony MM. *Cognitive-behavioral Group therapy*. Translation: Khdayaryfrd, MA., Abedini, Yasmin. Tehran: Institute of Tehran University Press. 2011. [Persian].

Examined Demographic characteristics and Signs of Obsessive-Compulsive Disorder

Salehi S., MSc

Student Master in General Psychology, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran.

Mousavi A.M., Ph.D

2 Assistant professor of General Psychology Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran.

Sarichloo M.E., MSc

PhD candidate in clinical psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences ,Tehran, Iran.

Ghafelebashi H., MD

Assistant professor of psychiatry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

Received:04/02/2014, Revised:17/04/2014, Accepted:07/05/2014

Corresponding Author:

Qazvin, Imam Khomeini
International University, Sedigheh
Salehi.
E-mail: Salehi.s1990@yahoo.com.

Abstract

Background & Objectives: Culture factors play an important role in the confirmation of obsession symptoms. Knowledge of information about the frequency and diversity of those symptoms is helpful for provision of a more accurate diagnosis and appropriate therapy goals. The aim of this study, Determine the demographic characteristics and symptoms of obsessive-compulsive patients.

Materials & Methods: In a cross-sectional design (one year, from 10/1391 to 9/1392), 62 patients diagnosed with OCD from psychological clinic of Qazvin, were selected by the method of available sampling. Data were collected using clinical interview, demographic and MOCI questionnaire. Data have been analyzed by version 21 SPSS software, descriptive and inferential statistical methods (chi-square) the level 5 and 1 percent of Significant.

Finding: The most frequent onset of OCD occurs in sections 21 to 30 years of age (%59.67). For women diagnosed with OCD, age at onset of this disorder is higher than for men. The fact that women suffer from this disorder more frequently shows that women need a more serious follow-up for their treatment than men (women= %88.71 and men=%11.29). Married people suffer from this disorder more frequently and are more motivated for treatment (%79.03). The type and quality of relationships with parents is also influential in the people suffering from OCD, it shows that they had strict parents with unilateral perspective (%83.87).

Also the results show that the most common symptoms of OCD in patients respectively, Included obsessive (98/38), suspicion (93/54), revision (91/93), repetition (87/09), washing (79/03).

Conclusion: Patients with OCD have different symptomatic and demographic characteristics. Reason for that can be their cultural diversity, and this finding could be an important concept for consideration for diagnosis and treatment.

Keywords: *obsession-compulsive disorder, Symptomology.*