

A Comparative Study of Obsessive Beliefs in Lumbar Discopathy Patients and Healthy People

*Seyed Ali Marashi¹, Zahra Behzadi², Kiumars Beshlideh³

Author Address

1. Ph.D. in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran;

2. MSc Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran;

3. Ph.D. in Industrial Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

*Corresponding Author Address: Shahid Chamran University of Ahvaz, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Department of Educational Psychology, Ahvaz, Iran;

*E-mail: sayedalimarashi@scu.ac.ir

Received: 2016 May 20; Accepted: 2017 February 21

Abstract

Background and objective: Lumbar Discopathy is a common and costly disease and the leading cause of physical disability and psychological distress. The aim of this study was to compare the prevalence of obsessive beliefs in Lumbar Discopathy patients with healthy peoples.

Methods: This is a causal-comparative study. Convenience sampling was used to recruit 100 participants, namely, 50 patients with Lumbar Discopathy and 50 healthy. The research instruments were demographic questionnaires and Obsessive beliefs Questionnaire (OBQ-44). Independent sample t-test was used to analyze the data.

Results: The results showed that 86% of Rheumatoid arthritis (RA) patients had obsessive beliefs as follows: 98% had obsessive beliefs in the field of "Perfection and certainty"; 90% in the subscale of "responsibility and risk assessment and threat"; 52% in the field of "the importance and thought control"; 40% in the field of "common factor" and 8% in the subscale of "perfectionism". Comparison between the two groups showed significant differences in "obsessive beliefs (total)" ($p<0.001$), "perfection and certainty" ($p<0.001$), "sense of responsibility and threat assessment" ($p<0.001$) and "common cause" ($p<0.001$). Nonetheless, on difference was found in the subscales "the importance of thought control" and "Full perform the" difference was not significant.

Conclusion: It can be concluded that patients suffering from Lumbar Discopathy are more prone to obsessive beliefs. Therefore, psychological treatment is suggested for such patients.

Keywords: Obsessive beliefs, Lumbar Discopathy, Healthy people.

باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر و مقایسه آن با افراد سالم

*سیدعلی مرعشی^۱، زهرا بهزادی^۲، کیومرث بشلیده^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران؛
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران؛
۳. دکتری تخصصی روانشناسی صنعتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
*آدرس نویسنده مسئول: دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی تربیتی، اهواز، ایران؛
رایانامه: sayedalimarashi@scu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۳۱ اردیبهشت ۱۳۹۵؛ تاریخ پذیرش: ۳ اسفند ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: دیسکوپاتی کمر بیماری شایع و پرهزینه بوده و علت مهم ناتوانی افراد است. علاوه بر ناتوانی جسمی، پریشانی‌های روانی نیز در این بیماران مشاهده می‌شود؛ بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع باورهای وسواسی در بیماران دیسکوپاتی کمر و مقایسه آن با افراد سالم است.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع علی‌مقایسه‌ای بود. تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ بیمار دیسکوپاتی کمر و ۵۰ نفر افراد سالم) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه‌ها پرسشنامه مشخصات فردی و باورهای وسواسی OBQ-44 را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون آماری t مستقل تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۸۶ درصد از بیماران واجد باورهای وسواسی بودند و درباره مؤلفه‌های باورهای وسواسی، ۹۸ درصد در زمینه «کمال‌طلبی و قطعیت»، ۹۰ درصد در زمینه «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید»، ۵۲ درصد در زمینه «عامل عام»، ۴۰ درصد در زمینه «اهمیت و کنترل افکار» و ۸ درصد در زمینه «انجام کامل امور» واجد باورهای وسواسی بودند. مقایسه دو گروه نشان داد در زمینه «باورهای وسواسی (کل)» ($p < 0/001$)، «کمال‌طلبی و قطعیت» ($p < 0/001$)، «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید» ($p < 0/001$) و «عامل عام» ($p < 0/001$) تفاوت معنادار بود؛ ولی در زمینه «اهمیت و کنترل افکار» و «انجام کامل امور» تفاوت معنادار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: باورهای وسواسی با فشار روانی که ایجاد می‌کنند می‌توانند با اختلال در انقباض پایه عضلانی سبب نامتعادل شدن انقباض عضلات اطراف ستون فقرات و آمادگی برای دیسکوپاتی کمر شوند.

کلیدواژه‌ها: باورهای وسواسی، دیسکوپاتی کمر، افراد سالم.

دردهای عضلانی-استخوانی، فشارخون و سردرد گروهی از بیماری‌های جسمانی را تشکیل می‌دهند. این دردها معلول وجود مشکلات روانی هستند یا حداقل تحت تأثیر عوامل و فشارزاهای روانی تشدید می‌شوند. امروزه این دیدگاه مسلط وجود دارد که تقریباً همه بیماری‌های جسمانی به‌طور بالقوه با فشارهای روانی مرتبط هستند (۱). بیماری‌های عضلانی-اسکلتی از بیماری‌های بسیار شایع و پرخرج در همه گروه‌های سنی و در جوامع مختلف به‌شمار می‌آیند که باعث ناتوانی، ازکارافتادگی، بازنشستگی زودرس و ازدست‌دادن شغل می‌شوند (۲). ازجمله بیماری‌هایی که می‌توان آن‌ها را در این طبقه جای داد، بیماری دیسکوپاتی کمر^۱ است. دیسکوپاتی هرگونه بیماری است که در دیسک اتفاق می‌افتد (۳) و دیسکوپاتی کمر مشکلات دیسک‌های بین یا دو طرف مهره‌های کمری یعنی L1 تا L5 است. اختلال در ساختمان و عملکرد دیسک (دیسکوپاتی) یکی از علل شایع دردهای ستون فقرات بوده و می‌تواند به شکل و درجه‌های گوناگونی بروز کند. علل مختلفی در این اختلال دخالت دارند مانند سن، قد، وزن، جنس، شغل، فعالیت روزانه و عادات غلط رفتاری که یکی از آن‌ها شغل و نوع کار افراد مبتلاست (۴). امروزه کمردرد در بیشتر کشورهای صنعتی به‌صورت اپیدمی درآمده است (۵). کمردرد دومین علت مراجعه بیماران به پزشک بوده (۶) و تقریباً ۱ درصد جمعیت را در طول زمان ناتوان می‌سازد (۷). در ایران کمردرد بر همه افراد جامعه تأثیر می‌گذارد و در قشرهای مختلف شیوع متفاوتی دارد (۸،۹). کمردرد علاوه بر ایجاد ناراحتی‌های فردی سبب کاهش ظرفیت کاری، ازکارافتادگی، ازدست‌دادن روزهای مفید کار، اتلاف وقت، افزایش هزینه‌های بهداشتی و درمانی و زیان‌های اقتصادی می‌شود (۱۰). درارتباط با دیسکوپاتی و دردهای مزمن کمر مسائل چون افسردگی، هیستری و تمارض در این بیماران گزارش شده است و شرایطی مانند اضطراب، نگرانی، تنش، افسردگی، تمرکز بردرد، ملال و اشتغال‌نداشتن به فعالیت‌های روزمره، درد را افزایش می‌دهند (۱۱).

ازسویی دیگر تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که همپوشی درخور توجهی بین اختلال وسواس فکری-عملی و دیگر اختلال‌های روانی وجود دارد (۱۲). تاکنون پژوهش‌ها رابطه بین اختلال وسواسی-جبری با اختلال‌های افسردگی اساسی، اضطراب منتشر، دوقطبی، تیک، بیش‌فعالی تکانشگری، خوردن، اوتیسم، اسکیزوفرنی، اسکیزوتایپی (۱۳) و استرس (۱۴) را نشان داده‌اند. ویژگی اصلی اختلال وسواسی-جبری وجود وسواس‌های فکری یا عملی مکرر و شدید است. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ممکن است فقط وسواس فکری یا وسواس عملی یا هر دو آن‌ها را باهم داشته باشد. همچنین اختلال شخصیت وسواسی-اجباری نیز در وجود باورهای وسواسی و رفتارهای تکراری با اختلال وسواس فکری-عملی مشابهت دارد؛ هر چند ماهیت این دو اختلال تفاوت دارد. مشخصه محوری شخصیت وسواسی-اجباری، باورهای کمال‌گرایانه و پایبندی افراطی به نظم و بهترین استانداردها با تمام جزئیات است. درحالی‌که در اختلال وسواس فکری-عملی فرد تلاش می‌کند با رفتارهای تکراری از پیشامد

ناگواری جلوگیری کند؛ اما در اختلال شخصیت وسواسی-اجباری فرد همین کار را با هدف بهبود عملکرد خود انجام می‌دهد. در اختلال وسواس فکری-عملی فرد از وضعیت خود ناراحت است؛ اما در اختلال شخصیت وسواسی-اجباری فرد از اینکه دیگران خود را با دیدگاه‌های کمال‌گرایانه او تطبیق نمی‌دهند، ناراحت است (۱۵). بعضی از پژوهش‌ها شیوع اختلال‌های شخصیت در اختلال وسواسی-جبری را گزارش کرده و احتمال وقوع توأم اختلال وسواسی-جبری با بعضی اختلال‌های شخصیتی مانند اختلال شخصیت وسواسی و اجتنابی را بیشتر از احتمال وقوع هر یک به‌تنهایی تخمین زده‌اند (۱۷). همچنین در برخی پژوهش‌ها همزمانی اختلال شخصیت وسواسی با اختلال شخصیت اجتنابی، تخریب کارکردهای شناختی باورهای فراشناختی ناکارآمد نشان داده شده است (۱۸).

باورهای وسواسی شامل اشکالاتی درحوزه شناختی فرد هستند که می‌توان آن‌ها را در ۵ حوزه تقسیم‌بندی کرد: مسئولیت‌پذیری (باور به‌ضرورت جلوگیری از آسیب به خود و دیگران)؛ اهمیت افکار (ظهور افکار ناخواسته و مزاحم در خودآگاه ذهن بیانگر مفهوم منفی خاصی درباره فرد است)؛ کنترل افکار (ارزش‌گذاری بیش‌ازحد روی ضرورت کنترل حتمی افکار و باورهای ناخواسته با فرض واقعی بودن و احتمال عملی شدن آن‌ها)؛ ارزیابی بیش‌ازحد خطر و تهدید، ناتوانی در تحمل وضعیت گنگ و مبهم و کمال طلبی (۱۶). این تقسیم‌بندی در جمعیت ایرانی با استفاده از تحلیل عوامل به ۵ حوزه «کمال‌طلبی و قطعیت»، «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید»، «اهمیت و کنترل افکار»، «انجام کامل امور» و «عامل عام» تغییر یافت (۱۶).

عمل وسواسی می‌تواند آیین ذهنی جهت کاهش اضطراب باشد و تفاوت در رفتار یا فکری بودن نیست؛ بلکه در اضطراب آفرین یا کاهنده اضطراب بودن است (۱۵). درخلال بروز اختلال وسواس فکری-عملی وجود افسردگی بنیادی شخصیت و سنجش افسردگی باید در نظر گرفته شود. سطح اختلال‌های روانی به‌خصوص اضطراب و افسردگی در اختلال وسواس فکری-عملی می‌تواند در حدی باشد که به همزمانی با اختلال افسردگی مهاد و سایر اختلال‌های اضطرابی بینجامد (۱۹).

اختلال‌های روان‌شناختی زیادی ازجمله اضطراب، افسردگی، استرس و باورهای فراشناختی ناکارآمد در بروز و تشدید بیماری دیسکوپاتی نقش اساسی دارند. در پژوهش‌های مختلف ارتباط و همپوشانی این عوامل روان‌شناختی با اختلال شخصیت وسواسی و باورهای وسواسی نشان داده شده است (۲۰-۲۴)، بنابراین به‌نظر می‌رسد باورهای وسواسی در این راستا می‌توانند نقش مهمی در بروز و تشدید بیماری دیسکوپاتی داشته باشند. همچنین باورهای وسواسی عوامل فشارزا و استرس‌زاهای روانی مهم و پایداری هستند؛ بنابراین انتظار می‌رود بتوانند نقش مهمی در بیماری‌های روان‌تنی مانند دیسکوپاتی داشته باشند. پژوهش‌های موجود درباره اختلال‌های روان‌تنی به‌ویژه بیماری‌های اسکلتی-عضلانی کافی نیست و هنوز پرسش‌های فراوانی در جهت انجام پژوهش وجود دارد. باتوجه به شیوع بیشتر مسائل روانی در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر و همچنین کمبود رضایت از دریافت مداخله‌های پزشکی مناسب برای کاهش علائم، نتایج حاصل

^۱. Discopathy Lumbar

- پرسشنامه باورهای وسواسی OBQ-44: ابزاری است ۴۴ سؤالی که به وسیله گروه کاری دریافت‌های شناختی وسواس اجبار (OCCWG) در سال ۱۹۹۷ برای بررسی باورهای ناکارآمد در زمینه وسواس اجبار ساخته شد. شمس و همکاران آن را به فارسی ترجمه و تحلیل عاملی کردند. در نتیجه شامل ۵ خرده‌مقیاس «کمال‌طلبی و قطعیت»، «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید»، «اهمیت و کنترل افکار»، «انجام کامل امور» و «عامل عام» است (۱۶). از پاسخ‌دهنده درخواست می‌شود، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر کدام از گزینه‌ها روی مقیاس صفر تا هفت انتخاب کند. رتبه‌بندی مقیاس از این قرار است: «۳-» خیلی زیاد مخالف، «صفر» نظری ندارم و «۳+» خیلی زیاد موافق. نمره بیشتر در هر یک از این خرده‌مقیاس‌ها نشان‌دهنده سطح بیشتر باورهای وسواسی در آن زمینه است. از مجموع نمره‌های خرده‌مقیاس‌ها نمره کلی باورهای وسواسی به دست می‌آید؛ همچنین نقطه برش نمره ۵ است. شمس و همکاران پایایی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی آزمون‌بازآزمون را در دو مقطع زمانی ۱۵ و ۳۰ روز ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها دامنه‌ای از ۰/۲۷ تا ۰/۵۲ را نشان داد. همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها و مجموعه سؤالات بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۷ بود. همچنین اعتبار همگرا درباره این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه وسواس جبری مادزلی MOCI، ۰/۴۹ به دست آمد (۱۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ مشاهده شد.

۳ یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مطالعه شده به تفکیک دو گروه افراد سالم و دیسکوپاتی کمر نشان داده شده است.

از این پژوهش می‌تواند در مراکز و کلینیک‌های روان‌درمانی و برای بیماران مبتلا به دردهای مزمن به‌ویژه بیماری‌های روماتیسمی و از جمله دیسکوپاتی کمر استفاده شود؛ بنابراین هدف از انجام این پژوهش بررسی وضعیت باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر و مقایسه آن با افراد سالم بود.

۲ روش بررسی

طرح پژوهش حاضر مقطعی از نوع علی‌مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش را همه بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر و افراد سالم شهر اهواز در سال ۱۳۹۴ تشکیل دادند. از میان جامعه آماری فوق به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۰۰ نفر، «۵۰ نفر از افراد سالم بودند که از جمعیت عمومی در دسترس و همراهان بیماران که از نظر سن و سطح تحصیلات با گروه بیمار همسان شدند و ۵۰ نفر بیمار مبتلا به دیسکوپاتی کمر مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و مطب‌های متخصصان روماتولوژی در شهر اهواز»، به عنوان نمونه انتخاب شدند. ویژگی‌های بیماران پژوهش شده عبارت بود از: ۱. سن بیشتر از ۱۸ سال؛ ۲. قطعی بودن تشخیص دیسکوپاتی کمر با تأیید پزشک متخصص؛ ۳. حداقل گذشت یک سال از تشخیص بیماری؛ ۴. نبود مشکلات روانی شناخته شده از جمله افسردگی یا تحت درمان با داروهای روان‌گردان قبل از ابتلا به دیسکوپاتی کمر؛ ۵. مبتلا نبودن به بیماری‌های مزمن و پرخطر دیگر نظیر سرطان، مولتیپل اسکروزیس، بیماری‌های تنفسی از جمله بیماری انسداد مزمن ریوی، آسم، نارسایی کلیه، نارسایی احتقانی قلب، دیابت و قطع نخاع. جهت تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و آزمون آماری t مستقل استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها ابزار زیر به کار گرفته شد:

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به تفکیک دو گروه سالم و دیسکوپاتی کمر

ویژگی	گروه سالم		گروه دیسکوپاتی کمر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن	۱۳	۲۶	۱۳	۲۶
	۱۳	۲۶	۱۳	۲۶
	۱۸	۳۶	۱۶	۳۲
	۶	۱۲	۸	۱۶
جنسیت	۴۱	۸۲	۳۲	۶۴
	۹	۱۸	۱۸	۳۶
وضعیت تأهل	۹	۱۸	۹	۱۸
	۴۱	۸۲	۴۱	۸۲
تحصیلات	۱۷	۳۴	۲۴	۴۸
	۱۵	۳۰	۱۲	۲۴
	۱۷	۳۴	۱۳	۲۶
	۱	۲	۱	۲

زن، از نظر وضعیت تأهل، متأهل و از نظر تحصیلات، زیردیپلم، دیپلم و لیسانس بوده، و تنها ۲ درصد از هر گروه فوق‌لیسانس بودند.

باتوجه به نتایج جدول ۱ در هر دو گروه درصد بیشتری از افراد در دامنه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند، همچنین درصد بیشتری از نظر جنسیت

جدول ۲ توزیع وضعیت باورهای وسواسی و مؤلفه‌های آن به تفکیک دو گروه افراد سالم و دیسکوپاتی کمر را نشان می‌دهد.

جدول ۲. توزیع وضعیت باورهای وسواسی و مؤلفه‌های آن به تفکیک دو گروه آزمودنی

متغیر	گروه سالم		گروه دیسکوپاتی کمر	
	فاقد باورهای وسواسی	واجد باورهای وسواسی	فاقد باورهای وسواسی	واجد باورهای وسواسی
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
باورهای وسواسی (کل)	۲۲ (۴۴)	۲۸ (۶۶)	۷ (۱۴)	۴۳ (۸۶)
کمال‌طلبی و قطعیت	۱۲ (۲۴)	۳۸ (۷۶)	۱ (۲)	۴۹ (۹۸)
احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید	۱۵ (۳۰)	۳۵ (۷۰)	۵ (۱۰)	۴۵ (۹۰)
اهمیت و کنترل افکار	۳۳ (۶۶)	۱۷ (۳۴)	۳۰ (۶۰)	۲۰ (۴۰)
انجام کامل امور	۴۸ (۹۶)	۲ (۴)	۴۶ (۹۲)	۴ (۸)
عامل عام	۳۹ (۷۸)	۱۱ (۲۲)	۲۴ (۴۸)	۲۶ (۵۲)

براساس نتایج جدول ۲، ۸۶ درصد از بیماران باورهای وسواسی داشتند. درباره مؤلفه‌های باورهای وسواسی ۹۸ درصد در زمینه «کمال‌طلبی و قطعیت»، ۹۰ درصد در زمینه «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید»، ۵۲ درصد در زمینه «عامل عام»، ۴۰ درصد در زمینه «اهمیت و کنترل افکار» و ۸ درصد در زمینه «انجام کامل امور» واجد باورهای وسواسی بودند. همچنین در نمره کلی باورهای وسواسی و همه مؤلفه‌های آن درصد بیماران دیسکوپاتی کمر که باورهای وسواسی داشتند بیشتر از گروه سالم است. جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد باورهای وسواسی و مؤلفه‌های آن را به تفکیک دو گروه افراد سالم و دیسکوپاتی کمر، نشان می‌دهد.

جدول ۳. آمار توصیفی باورهای وسواسی و مؤلفه‌های آن به همراه نتایج آزمون t- مستقل برای مقایسه دو گروه آزمودنی

		مطالعه				
متغیر	گروه سالم (n=۵۰)	گروه دیسکوپاتی کمر (n=۵۰)		نسبت t	مقدار p	
		انحراف میانگین	انحراف استاندارد			
باورهای وسواسی (کل)	۹/۷۹	۳۵/۸۶	۳۴/۸۴	۲۵/۲۴	۰/۰۰۱ < ۴/۰۴**	
کمال‌طلبی و قطعیت	۱۱/۲۲	۸/۳۸	۱۶/۶۲	۷/۵۴	۰/۰۰۱ < ۳/۳۸**	
احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید	۶/۹۶	۷/۳۷	۱۰/۹۲	۴/۰۵	۰/۰۰۱ < ۳/۳۳**	
مؤلفه‌های باورهای وسواسی	۳/۲۴	۶/۶۵	۳/۵۶	۶/۰۴	۰/۸۰۲ > ۰/۲۵	
	۳/۲۶-	۵/۱۸	۱/۸۶-	۷/۵۴	۰/۲۲۰ > ۱/۲۴-	
	۷/۲۷-	۱۷/۲۹	۶/۷۰	۱۴/۷۹	۰/۰۰۱ < ۴/۳۴**	
	عامل عام					

**p<۰/۰۱، *p<۰/۰۵

(p<۰/۰۰۱) تفاوت معنادار وجود دارد؛ ولی در زمینه «اهمیت و کنترل افکار» و «انجام کامل امور» تفاوت معناداری مشاهده نشد.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر و مقایسه آن با افراد سالم بود. نتایج نشان داد که در باورهای وسواسی و همه مؤلفه‌های آن، درصد بیماران دیسکوپاتی کمر که واجد باورهای وسواسی بودند، بیشتر از گروه سالم است. همچنین میان گروه‌های بررسی شده در زمینه «باورهای وسواسی (کل)»، «کمال‌طلبی و قطعیت»، «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید» و «عامل عام» تفاوت معنادار وجود دارد و میانگین نمره‌های این مؤلفه‌ها

براساس نتایج جدول ۳، مقایسه میانگین کلی باورهای وسواسی و همچنین مؤلفه‌های آن در میان دو گروه نشان می‌دهد که در همه مؤلفه‌ها میانگین گروه دیسکوپاتی کمر به لحاظ عددی بیشتر از گروه افراد سالم است؛ به‌ویژه در مؤلفه‌های «کمال‌طلبی و قطعیت»، «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید»، «عامل عام» و «نمره کلی باورهای وسواسی» این اختلاف چشمگیرتر به نظر می‌رسد. همان‌گونه که در جدول ملاحظه می‌شود به لحاظ آماری در میانگین نمره بین گروه‌های بررسی شده در زمینه «باورهای وسواسی (کل)» (p<۰/۰۰۱)، «کمال‌طلبی و قطعیت» (p<۰/۰۰۱)، «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید» (p<۰/۰۰۱) و «عامل عام»

در بیماران دیسکوپاتی کمر بیشتر از افراد عادی بود. هنوز پژوهشی انجام نگرفته است که به صورت مستقیم باورهای وسواسی را در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر بررسی کند. به هر حال می توان گفت نتایج پژوهش حاضر به طور غیرمستقیم با پژوهش هایی که ارتباط و همپوشانی عوامل روان شناختی مرتبط با شخصیت وسواسی و باورهای وسواسی (اضطراب، افسردگی، استرس و باورهای فراشناختی ناکارآمد) را در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر و اختلال های روان تنی نشان داده اند (۲۰-۲۴) همسوست. گروسمن، تیفتنالرگیلر، رایز و همکاران (۲۰) سطح افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به درد مزمن را بیشتر از افراد عادی گزارش کردند. کندال و همکاران (۲۱) با تشخیص اختلال های اضطرابی در بیماران مبتلا به دردهای عضلانی استخوانی، اثربخشی روش های درمان شناختی رفتاری را در کاهش نشانه های اضطراب این بیماران نشان دادند. عاصمی زواره و همکاران (۲۲) اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کاهش علائم جسمانی سازی، وسواس اجبار و حساسیت در روابط متقابل بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان تنی را نشان دادند. در پژوهش سجادیان، نشاط دوست و همکاران (۲۳) بین درد و باورهای فراشناختی ناکارآمد (باورهای ترس اجتناب و فاجعه آفرینی درد و اضطراب) ارتباط مثبت و معنادار به دست آمد. همچنین پژوهش ریاحی (۲۴) رابطه مستقیم و معناداری بین میزان استرس و میزان شیوع اختلال های روان تنی را گزارش کردند.

در کمال طلبی اعتقاد بر آن است که هر مشکلی، فقط یک راه حل قطعی دارد. انجام هر عملی به صورت کامل (بدون اشتباه) نه تنها ممکن، بلکه ضروری است و حتی اشتباه های جزئی، پیامدهای مهم و جدی را به دنبال خواهد داشت. ناتوانی در تحمل نبود قطعیت، یعنی باور به ضرورت قطعیت. افرادی که نمی توانند نبود قطعیت را تحمل کنند، ظرفیت کمتری برای مقابله با موقعیت پیش بینی نشدنی دارند و نمی توانند به طور مناسبی در موقعیت های مبهم کار کنند (۲۵)؛ بنابراین این افراد آن قدر کمال طلب و در قبال انجام کامل امور حساس می شوند که نه تنها سلامت روانی آن ها بلکه سلامت جسمی و استخوانی شان نیز به خطر می افتد. ادامه این روال احتمالاً به مرور زمان می تواند مشکلات عضلانی استخوانی بیشتری را برای این بیماران به همراه داشته باشد.

در احساس مسئولیت بیش از حد، اعتقاد به این باور است که فرد دارای قدرتی قطعی در وقوع یا جلوگیری از وقایع منفی حتمی است و فرد تصور می کند که حتماً باید از عواقب آتی جلوگیری کند. تخمین بیش از اندازه احتمال بروز و شدت تهدید نیز در واقع مربوط به ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید ادراک شده است. فرد مبتلا به وسواس، بروز فکر مزاحم ناخواسته به ذهن خود را که به رویدادی ناخوشایند مربوط دانسته، نشانه ای بر این تلقی می کند که او مسئول جلوگیری از بروز آن رویداد است (۲۵)؛ بنابراین از آنجاکه این افراد خود را در احتمال وقوع حوادث منفی در آینده مقصر دانسته و به هر قیمتی حتی با به خطر انداختن سلامت جسمی خود، می خواهند از وقوع حوادث احتمالی جلوگیری کنند؛ دور از انتظار نیست که در معرض استرس بیشتری باشند. این استرس های بیشینه می تواند با اختلال در انقباض پایه عضلانی سبب نامتعادل شدن انقباض عضلات اطراف

ستون فقرات و آمادگی برای دیسکوپاتی شوند.

عامل عام، بیانگر جنبه های مشترکی از حالت های اضطرابی بوده که ملغمه ای از تمامی عامل ها را در خود جای می دهد و به نظر می رسد مانند عامل های اهمیت و کنترل افکار، احساس مسئولیت بیش از حد، کمال طلبی، که مختص OCD هستند، رابطه منفی و معکوسی داشته و مختص به OCD ارزیابی نمی شوند (۱۶). عامل عام جنبه های مشترکی از حالت های اضطرابی بوده که ملغمه ای از همه عامل ها را در خود جای می دهد. همچنین در پژوهش های متعدد ذکر شده ارتباط اضطراب، افسردگی و سایر اختلال های روان شناختی با بیماری های روان تنی به خصوص دردهای مزمن مفصلی و دیسک کمر گزارش شده است؛ بنابراین اینکه سطح عامل عام در بیماران دیسکوپاتی کمر بالاتر از افراد سالم باشد دور از انتظار نیست. از طرف دیگر عامل عام که با فشار روانی توأم است می تواند سبب نامتعادل شدن انقباض عضلات اطراف ستون فقرات و آمادگی برای دیسکوپاتی شود. از این رو باورهای وسواسی می توانند در ابتلای افراد به بیماری های مفصلی و دیسکوپاتی کمر مؤثر باشند.

همچنین نتایج پژوهش حاکی از آن بود که میان گروه های بررسی شده در زمینه «اهمیت و کنترل افکار» و «انجام کامل امور» تفاوت معنادار وجود ندارد، هر چند که سطح این مؤلفه ها در بیماران دیسکوپاتی کمر بیشتر از افراد عادی بود. این یافته به طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش فضلی، الوندی و داوودی مبنی بر اینکه خرده مقیاس های باورهای غیرمنطقی (انتظار تأیید دیگران، انتظار از خود، بی مسئولیتی، اجتناب از مشکل، وابستگی و کمال گرایی) به عنوان عوامل روان شناختی مرتبط با شخصیت وسواسی و باورهای وسواسی، در افراد عادی و بیماران مبتلا به اختلال های روان تنی تفاوت معنادار وجود ندارد (۲۶) همسوست.

ناتوانی و تصور شکست در کنترل افکار، باعث می شود که افراد به این باور برسند که «افکارم را نمی توانم کنترل کنم، چون آن ها حقیقت دارند و واقعاً در ذهنم به وقوع می پیوندند، پس یک فکر ساده بی عمل نیستند. چون ساده و بی عمل نیستند، پس باید بتوانم آن ها را کنترل و مهار کنم و بر آن ها تسلط داشته باشم. ناتوانی در کنترل افکار لزوماً همیشه منجر به عمل به افکار نمی شود» (۲۵). پس می توان گفت این افکار همواره در همان سطح مانده و تبدیل به عمل نمی شوند که منجر به صدمات عضلانی استخوانی شود؛ بنابراین لزوماً بیماران دیسکوپاتی کمر دارای افکار وسواسی نیستند که تبدیل به عمل شوند و در بیماری آنان مؤثر باشد. از این رو بی تفاوتی به دست آمده در زمینه اهمیت و کنترل افکار در میان گروه ها غیرمنطقی نیست.

افرادی که وسواس در انجام کامل امور دارند، گرفتار شک بیش از حد، غیرمنطقی و غیرضروری درباره انجام دقیق، کامل و بدون نقص امور، در تمامی عرصه های زندگی روزانه خود هستند و به طور متناوب به واریسی صحت رفتارهای خود و آسیب غیرعمد احتمالی به دیگران می پردازند. تمامی اعمال واریسی شده در ذهن تکرار و بررسی و ارزیابی مجدد شده و زمینه برای شک های قوی تر مهیا می شود. رفتارهای شک و واریسی در جامعه عادی هم به وقوع می پیوندد (۲۷). می توان گفت، یکی از دلایل بی تفاوتی در انجام کامل امور در میان گروه ها این است

که رفتارهای شک و واریسی سبب کاهش اضطراب و نه افزایش آن می‌شوند و در جامعه عادی هم به وقوع می‌پیوندد و همواره منجر به صدمات استخوانی نمی‌شود.

از طرفی ممکن است در صورت بیش‌تر بودن حجم نمونه یا استفاده از پرسشنامه‌های دقیق‌تری در آینده، بتوان تفات معناداری در این مؤلفه‌ها، میان گروه‌های مطالعه‌شده پیدا کرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نبود پژوهشی که به آن استناد شود و همچنین نداشتن امکان شناسایی و جلب همکاری همه بیماران و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد که ممکن است روی نتایج اثراتی گذاشته باشد.

۵ نتیجه‌گیری

افکار وسواسی با فشار روانی که ایجاد می‌کنند می‌توانند با اختلال در انقباض پایه عضلانی سبب نامتعادل شدن انقباض عضلات اطراف ستون فقرات و آمادگی برای دیسکوپاتی شوند. لذا پیشنهاد می‌شود، با ارائه آموزش‌های پیشگیرانه به جامعه از طریق رسانه‌ها و محیط‌های آموزشی، در جهت کاهش آثار مخرب باورهای وسواسی اقدام شود. همچنین به بیمارستان‌ها و به‌خصوص مطب‌های ارتوپدی و جراحی مغز و اعصاب پیشنهاد می‌شود، ضمن در نظر گرفتن میزان باورهای وسواسی بیماران دیسکوپاتی کمر و تأثیری که این باورها می‌تواند در بروز و تشدید بیماری داشته باشد، در کنار درمان دارویی از روان‌درمانی نیز استفاده کنند. در نهایت پیشنهاد می‌شود روش آزمایشی برای بررسی اثرگذاری روان‌درمانی جهت کاهش باورهای وسواسی بر درمان دیسکوپاتی کمر به کار گرفته شود.

References

1. Knapp H. Current theoretical concepts. In: Wolman BB. Psychosomatic Disorders. Springer Science & Business Media; 2012. pp:1113–21. [\[Link\]](#)
2. Rezaei Z, Eshraghi A, Noori A. survey of variety of rheumatic disease in patients who referred to the rheumatology clinic of Ghaem hospital in Mashhad. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2007;16(2):48–57. [Persian] [\[Link\]](#)
3. Dorland. Dorland's Illustrated Medical Dictionary E-Book. Elsevier Health Sciences; 2011. [\[Link\]](#)
4. Mason KT, Harper JP, Shannon SG. Herniated nucleus pulposus: rates and outcomes among U.S. Army aviators. Aviat Space Environ Med. 1996;67(4):338–40. [\[Link\]](#)
5. Khan M, Akhter S, Soomro RR, Ali SS. The effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with general exercises versus general exercises alone in the management of chronic low back pain. Pak J Pharm Sci. 2014;27(4 Suppl):1113–6. [\[Link\]](#)
6. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR. Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. Age Ageing. 2006;35(3):229–34. [\[Link\]](#)
7. Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. Spine. 1999;24(23):2484–91. [\[Link\]](#)
8. Mohseni-Bandpei MA, Ahmad-Shirvani M, Golbabaie N, Behtash H, Shahinfar Z, Fernández-de-las-Peñas C. Prevalence and risk factors associated with low back pain in Iranian surgeons. J Manipulative Physiol Ther. 2011;34(6):362–70. [\[Link\]](#)
9. Kiani Dehkordi KH, Ebrahim KH, Frostick SP. The effect of hold relax treatment method on changes of hip range of motion in patients with chronic back pain. 2008;6(12):11–22. [Persian] [\[Link\]](#)
10. Ryan CG, Grant PMM, Dall PM, Gray H, Newton M, Granat MH. Individuals with chronic low back pain have a lower level, and an altered pattern, of physical activity compared with matched controls: an observational study. Aust J Physiother. 2009;55(1):53–8. [\[Link\]](#)
11. DiMatteo MR, Martin LR. Health Psychology. Allyn and Bacon; 2002. [\[Link\]](#)
12. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1994;55 Suppl:5-10; discussion 11-14. [\[Link\]](#)
13. Mohammadzadeh A, Yaghubi H, Jafari I. Comorbidity of depression and obsessive-compulsive disorder subtypes in non-clinical samples. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010;12(2): 506–13. [Persian] [\[Link\]](#)
14. Kholasezadeh G. Frequency of obsessive-compulsive disorder and its relationship with the stress level in third year high school student Shahr Babak [Thesis for Ph.D. in Clinical Psychology]. [Yazd, Iran]: Islamic Azad University, Yazd Branch; 2014. [Persian] [\[Link\]](#)
15. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry. Reza'ie F. (Persian translator). Tehran: Arjmand Publications; 2013. [\[Link\]](#)
16. Shams G, Karamghadiri N, Esmaeli Torkanbori Y, Ebrahimkhani N. Validation and reliability assessment of the persian version of obsessive beliefs questionnaire-44. Journal of Advances in Cognitive Science. 2004;6(12):23–36. [Persian] [\[Link\]](#)
17. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. Am J Psychiatry. 2002;159(2):276–83. [\[Link\]](#)
18. Narimani M, Malekshahifard M, Aboulghasemi A. Comparison between meta-cognitive beliefs of patients with paranoid, antisocial and obsessive personality disorders. Journal Psychoscience. 2010;9(1):99–117. [Persian] [\[Link\]](#)
19. Steketee G. Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. BakhshiPour Roodsari A, Aliloo MM. (Persian translator). Tabriz: Ravan Puoya Publication; 1997. [\[Link\]](#)
20. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. Psychother Psychosom. 2007;76(4):226–33. [\[Link\]](#)
21. Kendall PC, Panichelli-Mindel SM, Sugarman A, Callahan SA. Exposure to child anxiety: theory, research, and practice. clinical psychology: science and practice. 1997;4(1):29–39. [\[Link\]](#)
22. Asemi N, Asgari K, Chitsaz A, Mehrabi HA, Jahanbazi A. Cognitive_ Behavioral stress management and its impact on somatization, obsessive- compulsive disorder, interpersonal relationship sensitivity and vertigo signs in females with somatoform vertigo. Journal of Zahedan University of Medical Science and Health Services. 2013 ;21(88):63–75. [Persian] [\[Link\]](#)
23. Sajjadian I, Dost HTN, Molavi H, Bagherian-Sararoudi R. Cognitive and emotional factors effective on chronic low back pain in women: Explanation the role of fear-avoidance believes, pain catastrophizing and anxiety. Journal of Research in Behavioral Sciences. 2012;9(5):305–16. [Persian] [\[Link\]](#)

24. Riahi M. E. Supervisors' knowledge of hospital infections control in one of the medical sciences universities related hospitals. *Journal of Military Medicine*. 2009;11(3):175–82. [Persian] [\[Link\]](#)
25. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behav Res Ther*. 2001;39(8):987–1006. [\[Link\]](#)
26. Fazli Y, Alvandi M, Davodi H. Irrational believes in normal individuals and patients with psychosomatic disorders. 4th International Congress on Psychosomativ. Isfahan; 2012. [Persian] [\[Link\]](#)
27. Shams G. Obsessive-Compulsive Disorder-Treatment. Tehran: Ghatreh Publication; 2009. [Persian] [\[Link\]](#)