

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

\*Seyed Ali Marashi<sup>1</sup>, Zahra Behzadi<sup>2</sup>, Kiumars Beshlideh<sup>3</sup>

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 Ahwaz, 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, no 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 وسوسی در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر و مقایسه آن با افراد سالم

\*سیدعلی مرعشی<sup>۱</sup>، زهرا بهزادی<sup>۲</sup>، کیومرث بشلیده<sup>۳</sup>

### توضیحات نویسندها

۱. دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران؛ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران؛
۲. دکتری تخصصی روانشناسی صنعتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران؛ آدرس پوسته مسئول: دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی تربیتی، اهواز، ایران؛

\*رباتام: sayeddalimarashi@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 شیوه باورهای وسوسی در بیماران دیسکوپاتی کمر و مقایسه آن با افراد سالم است. **روش بررسی:** پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بود. تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ بیمار دیسکوپاتی کمر و ۵۰ نفر افراد سالم) با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. نمونه‌ها پرسشنامه مشخصات فردی و باورهای وسوسی 44-QBQ را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون آماری t مستقل تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درصد از بیماران واجد باورهای وسوسی بودند و درباره مؤلفه‌های باورهای وسوسی، ۹۸ درصد در زمینه «کمال طلبی 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 وسوسی بودند. مقایسه دو گروه نشان داد در زمینه «باورهای وسوسی (کل)» ( $p < 0.001$ ،  $t = 10.01$ )، «کمال طلبی و قطعیت» ( $p < 0.001$ ) و «عامل عام» ( $p < 0.001$ ) تفاوت معنادار بود؛ ولی در زمینه «اهمیت و کنترل افکار» و «انجام کامل امور» تفاوت معنادار مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** باورهای وسوسی با فشار روانی که ایجاد می‌کنند می‌توانند با اختلال در انقباض پایه عضلانی سبب نامتعادل شدن انقباض عضلات اطراف ستون فقرات و آmadگی برای دیسکوپاتی کمر شوند.

**کلیدواژه‌ها:** باورهای وسوسی، دیسکوپاتی کمر، افراد سالم.

ناگواری جلوگیری کند؛ اما در اختلال شخصیت و سوسای اجباری فرد همین کار را با هدف بهبود عملکرد خود انجام می‌دهد. در اختلال سوسای فکری عملی فرد از وضعیت خود ناراحت است؛ اما در اختلال شخصیت و سوسای اجباری فرد از اینکه دیگران خود را با دیدگاه‌های کمال‌گرایانه او تطبیق نمی‌دهند، ناراحت است (۱۵). بعضی از پژوهش‌ها شیوع اختلال‌های شخصیت در اختلال سوسای جبری را گزارش کرده و احتمال وقوع توازن اختلال سوسای جبری با بعضی اختلال‌های شخصیتی مانند اختلال شخصیت سوسای و اجتنابی را بیشتر از احتمال وقوع هر یک بهتنهایی تخمین زده‌اند (۱۶). همچنین در برخی پژوهش‌ها همزمانی اختلال شخصیت سوسای با اختلال شخصیت اجتنابی، تخریب کارکردهای شناختی باورهای فراشناختی ناکارآمد نشان داده شده است (۱۷).

باورهای سوسای شامل اشکالاتی در حوزه شناختی فرد هستند که می‌توان آن‌ها را در ۵ حوزه تقسیم‌بندی کرد: مسئولیت‌پذیری (باور به ضرورت 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 (ازش‌گذاری بیش از حد روی ضرورت کنترل حتمی افکار و باورهای ناخواسته بافرض واقعی بودن و احتمال عملی شدن آن‌ها)؛ ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید، ناتوانی در تحمل وضعیت گنگ و مبهم و کمال طلبی (۱۸). این تقسیم‌بندی در جمعیت ایرانی باستفاده از تحلیل عوامل به ۵ حوزه «کمال طلبی و قطعیت»، «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید»، «اهمیت و کنترل افکار»، «انجام کامل امور» و «عامل عام» تغییر یافت (۱۹).

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

اختلال‌های روان‌شناختی زیادی از جمله اضطراب، افسردگی، استرس و باورهای فراشناختی ناکارآمد در بروز و تشیدی بیماری دیسکوپاتی نقش اساسی دارند. در پژوهش‌های مختلف ارتباط همپوشانی این عوامل روان‌شناختی با اختلال شخصیت سوسای و باورهای سوسای نشان داده شده است (۲۰-۲۴)، بنابراین به نظر می‌رسد باورهای سوسای در این راستا می‌توانند نقش مهمی در بروز و تشیدی بیماری دیسکوپاتی داشته باشند. همچنین باورهای فشارزا و استرس‌ Zahای 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 درجهت انجام پژوهش وجود دارد. با توجه به شیوع بیشتر مسائل روانی در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر و همچنین کمبود رضایت از دریافت مداخله‌های پژوهشکی مناسب برای کاهش علائم، نتایج حاصل

دردهای عضلانی استخوانی، فشارخون و سردرد گروهی از بیماری‌های جسمانی را تشکیل می‌دهند. این دردها معمول وجود مشکلات روانی هستند یا حداقل تحت تأثیر عوامل و فشارزاهای روانی تشیدی می‌شوند. امروزه این دیدگاه مسلط وجود دارد که تقریباً همه بیماری‌های جسمانی به طور بالقوه با فشارهای روانی مرتبط هستند (۱). بیماری‌های عضلانی اسکلتی از بیماری‌های بسیار شایع و پرخرج در همه گروه‌های سنی و در جوامع مختلف به شمار می‌آیند که باعث ناتوانی، ازکارافتادگی، بازنیستگی زودرس و ازدست دادن شغل می‌شوند (۲). از جمله بیماری‌هایی که می‌توان آن‌ها را در این طبقه جای داد، بیماری دیسکوپاتی کمر<sup>۱</sup> 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 ستون‌فقرات 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 به صورت اپیدمی درآمده است (۵). کمردرد دومین علت مراجعة 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، ازدست دادن روزهای مفید کار، اتلاف وقت، افزایش هزینه‌های بهداشتی و درمانی و زیان‌های اقتصادی می‌شود (۱۰). در ارتباط با دیسکوپاتی و دردهای مزمن کمر مسائلی چون افسردگی، هیستری و تمارض در این بیماران گزارش شده است و شرایطی مانند اضطراب، نگرانی، تنفس، افسردگی، تمرکز بر درد، ملال و اشتغال‌نداشتن به فعالیت‌های روزمره، درد را افزایش می‌دهند (۱۱).

از سویی دیگر تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که همپوشانی در خورتوجهی بین اختلال سوسای فکری عملی و دیگر اختلال‌های روانی وجود دارد (۱۲). تاکنون پژوهش‌ها رابطه بین اختلال سوسای جبری با اختلال‌های افسردگی اساسی، اضطراب منتشر، دوقطی، تیک، بیش فعالی تکانشکری، خوردن، اوتیسم، اسکیزوفرنی، اسکیزوتابی (۱۳) و استرس (۱۴) را نشان داده‌اند. ویژگی اصلی اختلال سوسای جبری وجود سوسای‌های فکری یا عملی مکرر و شدید است. بیمار مبتلا به اختلال سوسای جبری ممکن است فقط سوسای فکری یا سوسای عملی یا هردوی آن‌ها را با هم داشته باشد. همچنین اختلال شخصیت سوسای اجباری نیز در وجود باورهای سوسایی و رفتارهای تکراری با اختلال سوسای فکری عملی مشابه دارد؛ هر چند ماهیت این دو اختلال تفاوت دارد. مشخصه محوری شخصیت سوسای اجباری، باورهای کمال‌گرایانه و پاییندی افرادی به نظم و بهترین استانداردها با تمام جزئیات است. در حالی‌که در اختلال سوسای فکری عملی فرد تلاش می‌کند با رفتارهای تکراری از پیشامد

<sup>1</sup>. Discopathy Lumbar

- پرسشنامه باورهای وسوسی 44-OHQ: ابزاری است ۴۴ سؤالی که بهوسیله گروه کاری دریافت‌های شناختی وسوس اجبار (OCCWG) در سال ۱۹۹۷ برای بررسی باورهای ناکارآمد درزینه وسوس اجبار ساخته شد. شمس و همکاران آن را به فارسی ترجمه و تحلیل عاملی کردند. درنتیجه 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، «صفراً» نظری ندارم و «+۳» خیلی زیاد موافق. نمره بیشتر در هر یک از این خرده‌مقیاس‌ها نشان‌دهنده سطح بیشتر باورهای وسوسی در آن زمینه است. از مجموع نمره‌های خرده‌مقیاس‌ها نمره کلی باورهای وسوسی به دست می‌آید؛ همچنین نقطه برش نمره ۵ است. شمس و همکاران پایایی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی آزمون بازآزمون را در دو مقطع زمانی ۱۵ و ۳۰ روز ۰/۸۷ و ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها دامنه‌ای از ۰/۲۷ تا ۰/۵۲ را نشان داد. همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها و مجموعه سوالات بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۷ بود. همچنین اعتبار همگرا درباره این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه وسوس جبری مادزی 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 بهتفکیک 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 وسوسی در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر و مقایسه آن با افراد سالم بود.

### ۲ روش بررسی

طرح پژوهش حاضر مقطعی از نوع علی مقایسه‌ای 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 دردسترس تعداد ۱۰۰ نفر، ۵۰ نفر از افراد سالم بودند که از جمعیت عمومی دردسترس و همراهان بیماران که از نظر سن و سطح تحصیلات با گروه بیمار همسان شدند و ۵۰ نفر بیمار مبتلا به دیسکوپاتی کمر مراجعت کننده 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 روان‌گردنان قبل از ابتلا به دیسکوپاتی کمر؛ ۵. مبتلابودن به بیماری‌های مزمن و پرخطر دیگر نظیر سرطان، مولتیپل اسکرزویس، 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 بهتفکیک دو گروه سالم و دیسکوپاتی کمر

ویژگی	گروه سالم گروه دیسکوپاتی کمر			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن	۲۶	۱۳	۲۶	۱۳ سال ۳۰-۲۰
	۲۶	۱۳	۲۶	۱۳ سال ۴۰-۳۰
جنسيت	۳۲	۱۶	۳۶	۱۸ سال ۵۰-۴۰
	۱۶	۸	۱۲	۶ سال ۶۰-۵۰
وضعیت تأهل	۶۴	۳۲	۸۲	۴۱ زن
	۳۶	۱۸	۱۸	۹ مرد
تحصیلات	۱۸	۹	۱۸	۹ مجرد
	۸۲	۴۱	۸۲	۴۱ متاهل
لیسانس	۴۸	۲۴	۳۴	۱۷ زیردیپلم
	۲۴	۱۲	۳۰	۱۵ دیپلم
فوق لیسانس	۲۶	۱۳	۳۴	۱۷ لیسانس
	۲	۱	۲	۱ فوق لیسانس

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 وسوسی و مؤلفه‌های آن بهتفکیک دو گروه افراد سالم و دیسکوپاتی کمر را نشان می‌دهد.

جدول ۲. توزیع وضعیت باورهای وسوسی و مؤلفه‌های آن بهتفکیک دو گروه آزمودنی

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

براساس نتایج جدول ۲، ۸۶ درصد از بیماران باورهای وسوسی داشتند. درباره مؤلفه‌های باورهای وسوسی ۹۸ درصد در زمینه «کمال طلبی و قطعیت»، ۶۰ 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» آن را بهتفکیک دو گروه افراد سالم و دیسکوپاتی کمر، نشان می‌دهد.

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

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

p<۰/۰۵\*, p<۰/۰۱\*\*

براساس نتایج جدول ۳، مقایسه میانگین کلی باورهای وسوسی 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 «کمال طلبی و قطعیت»، «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید» و «انجام کامل امور» 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 وسوسی در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر و مقایسه آن با افراد سالم بود. نتایج نشان داد که در باورهای وسوسی و همه مؤلفه‌های آن، درصد بیماران دیسکوپاتی کمر که واجد باورهای وسوسی بودند، بیشتر از گروه سالم است. همچنین میان گروههای بررسی شده در زمینه «باورهای وسوسی (کل)»، «کمال طلبی و قطعیت»، «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید» و «عامل عام» تفاوت معنادار وجود دارد و میانگین نمره‌های این مؤلفه‌ها

ستون فقرات و آمادگی برای دیسکوپاتی شوند. عامل عام، بیانگر جنبه‌های مشترکی از حالت‌های اضطرابی بود که ملغمه‌ای از تمایم عامل‌ها را در خود جای می‌دهد و به نظر می‌رسد مانند عامل‌های 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 نمی‌شوند (۱۶). عامل عام جنبه‌های مشترکی از حالت‌های اضطرابی بوده که ملغمه‌ای از همه عامل‌ها را در خود جای می‌دهد. همچنین در پژوهش‌های متعدد ذکر شده ارتباط اضطراب، افسردگی و سایر اختلال‌های روان‌شناختی با بیماری‌های روان‌تنی 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. ازطرف دیگر عامل عام که با فشار روانی توانم است می‌تواند سبب نامتعادل شدن انقباض عضلات اطراف ستون فقرات و آمادگی برای دیسکوپاتی شود. ازاین‌رو باورهای وسوسایی می‌توانند در ابتلای افراد به بیماری‌های مفصلی و دیسکوپاتی کمر مؤثر باشند.

همچنین نتایج پژوهش حاکی از آن بود که میان گروه‌های برسی شده در زمینه «اهمیت و کنترل افکار» و «انجام کامل امور» تفاوت معنادار وجود ندارد، هرچند که سطح این مؤلفه‌ها در بیماران دیسکوپاتی کمر بیشتر از افراد عادی بود. این یافته به طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش فضلي، الوندي و داودي مبنی بر اینکه خردۀ مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی (انتظار تأیید دیگران، انتظار از خود، بی‌مسئوليّتی، اجتناب از مشکل، وابستگی و کمال‌گرایی) به عنوان عامل روان‌شناختی مرتبط با شخصیت وسوسایی و باورهای وسوسایی، در افراد عادی و بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌تنی تفاوت معنادار وجود ندارد (۲۶) همسوست.

ناتوانی و تصور شکست در کنترل افکار، باعث می‌شود که افراد به این باور برستند که «افکارم را نمی‌توانم کنترل کنم، چون آن‌ها حقیقت دارند و واقعاً در ذهنم به وقوع می‌پیوندند، پس یک فکر ساده بی‌عمل نیستند. چون ساده و بی‌عمل نیستند، پس باید بتوانم آن‌ها را کنترل و مهار کنم و بر آن‌ها تسلط داشته باشم. ناتوانی در کنترل افکار لزوماً همیشه منجره‌ی عمل به افکار نمی‌شود» (۲۵). پس می‌توان گفت این افکار همواره در همان سطح مانده و تبدیل به عمل نمی‌شوند که منجره‌ی صدمات عضلانی استخوانی شود؛ بنابراین لزوماً بیماران دیسکوپاتی کمر دارای افکار وسوسایی نیستند که تبدیل به عمل شوند و در بیماری آنان‌ها مؤثر باشد. ازاین‌رو بی‌تفاوتی به دست‌آمده در زمینه اهمیت و کنترل افکار در میان گروه‌ها غیرمنطقی نیست.

افرادی که وسوسات در انجام کامل امور دارند، گرفتار شک بیش از حد، غیرمنطقی و غیرضروری درباره انجام دقیق، کامل و بدون نقص امور، در تمامی عرصه‌های زندگی روزانه خود هستند و به طور متناوب به وارسی صحت رفتارهای خود و آسیب غیرعمد احتمالی به دیگران می‌پردازنند. تمامی اعمال وارسی شده در ذهن تکرار و برسی و ارزیابی مجدد شده و زمینه برای شک‌های قوی‌تر مهیا می‌شود. رفتارهای شک و وارسی در جامعه عادی هم به وقوع می‌پیوندد (۲۷). می‌توان گفت، یکی از دلایل بی‌تفاوتی در انجام کامل امور در میان گروه‌ها این است

در بیماران دیسکوپاتی کمر بیشتر از افراد عادی بود. هنوز پژوهشی انجام نگرفته است که به صورت مستقیم باورهای وسوسایی را در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر بررسی کند. بهر حال می‌توان گفت نتایج پژوهش حاضر به طور غیرمستقیم با پژوهش‌هایی که ارتباط و همپوشانی عوامل روان‌شناختی مرتبط با شخصیت وسوسایی و باورهای وسوسایی (اضطراب، افسردگی، استرس و باورهای فراشناختی ناکارآمد) را در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر و اختلال‌های روان‌تنی نشان داده‌اند (۲۰-۲۴) همسوست. گروسمن، تیفتالرگیلم، 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 اختلال‌های اضطرابی در بیماران شناختی رفتاری را در کاهش نشانه‌های اضطراب این بیماران نشان دادند. عاصمی زواره و همکاران (۲۲) اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کاهش علامت جسمانی‌سازی، وسوسات اجبار و حساسیت در روابط متقابل بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی را نشان دادند. در پژوهش سجادیان، نشاطدوست و همکاران (۲۳) بین درد و باورهای فراشناختی ناکارآمد (باورهای ترس‌اجتناب و فاجعه‌آفرینی درد و اضطراب) ارتباط مثبت و معنادار به دست آمد. همچنین پژوهش ریاحی (۲۴) رابطه مستقیم و معناداری بین میزان استرس و میزان شیوع اختلال‌های روان‌تنی را گزارش کردند.

در کمال‌طلبی اعتقاد بر آن است که هر مشکلی، فقط یک راه حل قطعی دارد. انجام هر عملی به صورت کامل (بدون اشتباہ) نه تنها ممکن، بلکه ضروری است و حتی اشتباه‌های جزئی، پیامدهای مهم و جدی را به دنبال خواهد داشت. ناتوانی در تحمل نبود قطعیت، یعنی باور به ضروریت قطعیت. افرادی که نمی‌توانند نبود قطعیت را تحمل کنند، ظرفیت کمتری برای مقابله با موقعیت پیش‌بینی‌نشدنی دارند و نمی‌توانند به طور مناسبی در موقعیت‌های مبهم کار کنند (۲۵)؛ بنابراین این افراد آن‌قدر کمال‌طلب و در مقابل انجام کامل امور حساس می‌شوند که نه تنها سلامت روانی آن‌ها بلکه سلامت جسمی و استخوانی شان نیز به خطر می‌افتد. ادامه این روال احتمالاً به مرور زمان می‌تواند مشکلات عضلانی استخوانی بیشتری را برای این بیماران به همراه بخواهد. 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 می‌کند 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 وسوسات، بروز فکر مزاحم ناخواسته به ذهن خود را که به رویدادی ناخوشایند مربوط‌دانسته، نشانه‌ای بر این تلقی می‌کند که او مسئول جلوگیری از بروز آن رویداد است (۲۵)؛ بنابراین از آنجاکه این افراد خود را در احتمال وقوع حوادث منفی در آینده مقص درانسته و به هر قیمتی حتی با بخطرانداختن سلامت جسمی خود، می‌خواهند از وقوع حوادث احتمالی جلوگیری کنند؛ دور از انتظار نیست که در معرض استرس بیشتری باشند. این استرس‌های بیشینه می‌تواند با اختلال در انقباض پایه عضلانی سبب نامتعادل شدن انقباض عضلات اطراف

که رفتارهای شک و وارسی 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 درصورت بیشتری بودن حجم نمونه یا استفاده از پرسشنامه‌های دقیق‌تری در آینده، بتوان تفats معناداری در این مؤلفه‌ها، میان‌گروههای 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 دردسترس اشاره کرد که ممکن است روی نتایج اثراتی گذاشته باشد.

## ۵ نتیجه‌گیری

افکار و سواسی 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، درجهت کاهش آثار مخرب باورهای و سواسی اقدام شود. همچنین به بیمارستان‌ها و بهخصوص مطب‌های ارتودوکسی و جراحی مغزاً عصاب پیشنهاد می‌شود، ضمن درنظرگرفتن میزان باورهای و سواسی بیماران دیسکوپاتی کمر و تأثیری که این باورها می‌توانند در بروز و تشديد بیماری داشته باشد، در کنار درمان دارویی از روان‌درمانی نیز استفاده کنند. درنهایت پیشنهاد می‌شود روش آزمایشی برای بررسی اثرگذاری روان‌درمانی جهت کاهش باورهای و سواسی 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 Guilani 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, Golbabaei 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, Malekshahifar 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, Jahabazi 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. Sajjadi 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. 4<sup>th</sup> International Congress on Psychosomatik. Isfahan; 2012. [Persian] [\[Link\]](#)
27. Shams G. Obsessive-Compulsive Disorder-Treatment. Tehran: Ghatreh Publication; 2009. [Persian] [\[Link\]](#)