MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Aug. **Research Article**

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

*Seyed Ali Marashi [1], Zahra Behzadi[2], Kiumars Beshlideh[3]

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, Ahwaz, 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, 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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.38.6]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط مردادماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

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

*سیدعلی مرعشی[۱]، زهرا بهزادی[۲]، کیومرث بشلیده[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز ، اهواز، ایران؛

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز ، اهواز، ایران؛

۳. دکتری تخصصی روان‌شناسی صنعتی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز ، اهواز، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم‌تربیتی، 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. علاوه‌بر 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 مقایسهٔ آن با افراد سالم است.

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

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۸۶درصد از بیماران واجد باورهای وسواسی بودند و دربارهٔ مؤلفه‌های باورهای وسواسی، ۹۸درصد درزمینهٔ «کمال‌طلبی و قطعیت»، ۹۰درصد درزمینهٔ «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید»، ۵۲درصد درزمینهٔ «عامل عام»، ۴۰درصد درزمینهٔ «اهمیت و کنترل افکار» و ۸درصد درزمینهٔ «انجام کامل امور» واجد باورهای وسواسی بودند. مقایسهٔ دو گروه نشان داد درزمینهٔ «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» ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار بود؛ ولی درزمینهٔ «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 پایهٔ عضلانی سبب نامتعادل‌شدن انقباض عضلات اطراف ستون‌فقرات و آمادگی برای دیسکوپاتی کمر شوند.

کلیدواژه‌ها: باورهای وسواسی، دیسکوپاتی کمر، افراد سالم.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.38.6]

۱ مقدمه

دردهای عضلانی‌استخوانی، فشارخون و سردرد گروهی از بیماری‌های جسمانی را تشکیل می‌دهند. این دردها معلول وجود مشکلات روانی هستند یا حداقل تحت‌تأثیر عوامل و فشارزاهای روانی تشدید می‌شوند. امروزه این دیدگاه مسلط وجود دارد که تقریباً همهٔ بیماری‌های جسمانی به‌طور بالقوه با فشارهای روانی مرتبط هستند (۱). بیماری‌های عضلانی‌اسکلتی از بیماری‌های بسیار شایع و پرخرج در همهٔ 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[1] 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 ازعلل 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 به‌صورت اپیدمی درآمده است (۵). کمردرد دومین علت مراجعهٔ بیماران به پزشک بوده (۶) و تقریباً ۱ درصد جمعیت را درطول زمان ناتوان می‌سازد (۷). در ایران کمردرد بر همهٔ افراد جامعه تأثیر می‌گذارد و در قشرهای مختلف شیوع متفاوتی دارد (۸،۹). کمردرد علاوه‌بر 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 مسائلی 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).

ازسویی‌دیگر تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که همپوشی درخورتوجهی بین اختلال وسواس فکری‌عملی و دیگر اختلال‌های روانی وجود دارد (۱۲). تاکنون پژوهش‌ها رابطهٔ بین اختلال وسواسی‌جبری با اختلال‌های افسردگی اساسی، اضطراب منتشر، دوقطبی، تیک، بیش‌فعالی تکانشگری، خوردن، اوتیسم، اسکیزوفرنی، اسکیزوتایپی (۱۳) و استرس (۱۴) رانشان داده‌اند. ویژگی اصلی اختلال وسواسی‌جبری وجود وسواس‌های فکری یا عملی مکرر و شدید است. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی‌جبری ممکن است فقط وسواس فکری یا وسواس عملی یا هردوی آن‌ها را باهم داشته باشد. همچنین اختلال شخصیت وسواسی‌اجباری نیز در وجود باورهای وسواسی و رفتارهای تکراری با اختلال وسواس فکری‌عملی مشابهت دارد؛ هر چند ماهیت این دو اختلال تفاوت دارد. مشخصهٔ محوری شخصیت وسواسی‌اجباری، باورهای کمال‌گرایانه و پایبندی افراطی به نظم و بهترین استانداردها با تمام جزئیات است. درحالی‌که در اختلال وسواس فکری‌عملی فرد تلاش می‌کند با رفتارهای تکراری از پیشامد ناگواری جلوگیری کند؛ اما در اختلال شخصیت وسواسی‌اجباری فرد همین کار را با هدف بهبود عملکرد خود انجام می‌دهد. در اختلال وسواس فکری‌عملی فرد از وضعیت خود ناراحت است؛ اما در اختلال شخصیت وسواسی‌اجباری فرد از اینکه دیگران خود را با دیدگاه‌های کمال‌گرایانهٔ او تطبیق نمی‌دهند، ناراحت است (۱۵). بعضی از پژوهش‌ها شیوع اختلال‌های شخصیت در اختلال وسواسی‌جبری را گزارش کرده و احتمال وقوع توأم اختلال وسواسی‌جبری 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 درحوزهٔ 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 دربارهٔ فرد است)؛ کنترل افکار (ارزش‌گذاری بیش‌ازحد روی ضرورت کنترل حتمی افکار و باورهای ناخواسته با فرض واقعی‌بودن و احتمال عملی‌شدن آن‌ها)؛ ارزیابی بیش‌ازحد خطر و تهدید، ناتوانی در تحمل وضعیت گنگ‌ومبهم و کمال طلبی (۱۶). این تقسیم‌بندی در جمعیت ایرانی بااستفاده از تحلیل عوامل به ۵ حوزهٔ «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 فکری‌بودن نیست؛ بلکه در اضطراب آفرین یا کاهندهٔ اضطراب بودن است (۱۵). درخلال بروز اختلال وسواس فکری‌عملی وجود افسردگی بنیادی شخصیت و سنجش افسردگی باید درنظر گرفته شود. سطح اختلال‌های روانی به‌خصوص اضطراب و افسردگی در اختلال وسواس فکری‌عملی می‌تواند درحدی 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 (۲۰ـ۲۴)، 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 دربارهٔ اختلال‌های روان‌تنی به‌ویژه بیماری‌های اسکلتی‌عضلانی کافی نیست و هنوز پرسش‌های فراوانی درجهت 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

[1]. Discopathy Lumbar

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.38.6]

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

۲ روش بررسی

طرح پژوهش حاضر مقطعی از نوع علی‌مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری پژوهش را همهٔ بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر و افراد سالم شهر اهواز در سال ۱۳۹۴ تشکیل دادند. از میان جامعهٔ آماری فوق به روش نمونه‌گیری دردسترس تعداد ۱۰۰ نفر، «۵۰ نفر از افراد سالم بودند که از جمعیت عمومی دردسترس و همراهان بیماران که ازنظر 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»، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ویژگی‌های بیماران پژوهش‌شده عبارت بود از: ۱. سن بیشتر از ۱۸ سال؛ ۲. قطعی‌بودن تشخیص دیسکوپاتی کمر با تأیید پزشک متخصص؛ ۳. حداقل گذشت یک سال از تشخیص بیماری؛ ۴. نبود مشکلات روانی شناخته‌شده ازجمله افسردگی یا تحت درمان با داروهای روان‌گردان قبل‌از ابتلا به دیسکوپاتی کمر؛ ۵. مبتلانبودن به بیماری‌های مزمن و پرخطر دیگر نظیر سرطان، مولتیپل‌اسکروزیس، بیماری‌های تنفسی ازجمله 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:

- پرسشنامهٔ باورهای وسواسی OBQ-44: ابزاری است ۴۴سؤالی که به‌وسیلهٔ گروه کاری دریافت‌های شناختی وسواس‌اجبار (OCCWG) در سال ۱۹۹۷ برای بررسی باورهای ناکارآمد درزمینهٔ وسواس‌اجبار 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-» خیلی‌زیاد مخالف، «صفر» نظری ندارم و «۳+» خیلی‌زیاد موافق. نمرهٔ بیشتر در هر یک از این خرده‌مقیاس‌ها نشان‌دهندهٔ سطح بیشتر باورهای وسواسی در آن زمینه است. از مجموع نمره‌های خرده‌مقیاس‌ها نمرهٔ کلی باورهای وسواسی به دست می‌آید؛ همچنین نقطهٔ 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 مجموعهٔ سؤالات بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۷ بود. همچنین اعتبار همگرا دربارهٔ این پرسشنامه بااستفاده از پرسشنامهٔ وسواس‌جبری 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 نمونهٔ مطالعه‌شده به‌تفکیک دو گروه افراد سالم و دیسکوپاتی کمر نشان داده شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به‌تفکیک دو گروه سالم و دیسکوپاتی کمر

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

باتوجه به نتایج جدول ۱ در هر دو گروه درصد بیشتری از افراد در دامنهٔ سنی ۴۰تا۵۰ سال قرار داشتند، همچنین درصد بیشتری ازنظر جنسیت زن، ازنظر وضعیت تأهل، متأهل و ازنظر تحصیلات، زیردیپلم، دیپلم و لیسانس بوده، و تنها ۲ درصد از هر گروه فوق‌لیسانس بودند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.38.6]

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

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

متغیر		گروه سالم		گروه دیسکوپاتی کمر	
		فاقد باورهای وسواسی تعداد (درصد)	واجد باورهای وسواسی تعداد (درصد)	فاقد باورهای وسواسی تعداد (درصد)	واجد باورهای وسواسی تعداد (درصد)
باورهای وسواسی (کل)		۲۲ (۴۴)	۲۸ (۶۶)	۷(۱۴)	۴۳ (۸۶)
مؤلفه‌های باورهای وسواسی	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، ۸۶درصد از بیماران باورهای وسواسی داشتند. دربارهٔ مؤلفه‌های باورهای وسواسی ۹۸درصد درزمینهٔ «کمال‌طلبی و قطعیت»، ۹۰درصد درزمینهٔ «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید»، ۵۲درصد درزمینهٔ «عامل عام»، ۴۰درصد درزمینهٔ «اهمیت و کنترل افکار» و ۸درصد درزمینهٔ «انجام کامل امور» واجد باورهای وسواسی بودند. همچنین در نمرهٔ کلی باورهای وسواسی و همهٔ 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 به‌تفکیک دو گروه افراد سالم و دیسکوپاتی کمر، نشان می‌دهد.

جدول ۳. آمار توصیفی باورهای وسواسی ومؤلفه‌های آن به‌همراه نتایج آزمون t ـ مستقل برای مقایسهٔ دو گروه آزمودنی

متغیر		مطالعه				نسبت t	مقدار *p*
		گروه سالم (n=۵۰)		گروه دیسکوپاتی کمر (n=۵۰)			
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
باورهای وسواسی (کل)		۹/۷۹	۳۵/۸۶	۳۴/۸۴	۲۵/۲۴	ـ۴/۰۴**	<۰/۰۰۱
مؤلفه‌های باورهای وسواسی	کمال‌طلبی و قطعیت	۱۱/۲۲	۸/۳۸	۱۶/۶۲	۷/۵۴	ـ۳/۳۸**	<۰/۰۰۱
	احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید	۶/۹۶	۷/۳۷	۱۰/۹۲	۴/۰۵	ـ۳/۳۳**	<۰/۰۰۱
	اهمیت و کنترل افکار	۳/۲۴	۶/۶۵	۳/۵۶	۶/۰۴	ـ۰/۲۵	۰/۸۰۲
	انجام کامل امور	ـ۳/۲۶	۵/۱۸	ـ۱/۸۶	۷/۵۴	ـ۱/۲۴	۰/۲۲۰
	عامل عام	ـ۷/۲۷	۱۷/۲۹	۶/۷۰	۱۴/۷۹	ـ۴/۳۴**	<۰/۰۰۱

**p<۰/۰۱، *p<۰/۰۵

براساس نتایج جدول ۳، مقایسهٔ میانگین کلی باورهای وسواسی و همچنین مؤلفه‌های آن در میان دو گروه نشان می‌دهد که در همهٔ مؤلفه‌ها میانگین گروه دیسکوپاتی کمر به‌لحاظ عددی بیشتر از گروه افراد سالم است؛ به‌ویژه در مؤلفه‌های «کمال‌طلبی و قطعیت»، «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید»، «عامل عام» و «نمرهٔ کل باورهای وسواسی» این اختلاف چشمگیرتر به‌نظر می‌رسد. همان‌گونه که در جدول ملاحظه می‌شود به‌لحاظ آماری در میانگین نمره بین گروه‌های بررسی‌شده درزمینهٔ «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» ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار وجود دارد؛ ولی درزمینهٔ «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 مقایسهٔ آن با افراد سالم بود. نتایج نشان داد که در باورهای وسواسی و همهٔ مؤلفه‌های آن، درصد بیماران دیسکوپاتی کمر که واجد باورهای وسواسی بودند، بیشتر از گروه سالم است. همچنین میان گروه‌های بررسی‌شده درزمینهٔ «باورهای وسواسی (کل)»، «کمال طلبی و قطعیت»، «احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید» و «عامل عام» تفاوت معنادار وجود دارد و میانگین نمره‌های این مؤلفه‌ها

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.38.6]

در بیماران دیسکوپاتی کمر بیشتر از افراد عادی بود. هنوز پژوهشی انجام نگرفته است که به‌صورت مستقیم باورهای وسواسی را در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر بررسی کند. به‌هرحال می‌توان گفت نتایج پژوهش حاضر به‌طور غیرمستقیم با پژوهش‌هایی که ارتباط و همپوشانی عوامل روان‌شناختی مرتبط با شخصیت وسواسی و باورهای وسواسی (اضطراب، افسردگی، استرس و باورهای فراشناختی ناکارآمد) را در بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمر و اختلال‌های روان‌تنی نشان داده‌اند (۲۰ـ۲۴) همسوست. گروسمان، تیفنتالرگیلمر، 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 مبتلا به دردهای عضلانی‌استخوانی، اثربخشی روش‌های درمان شناختی‌رفتاری را در کاهش نشانه‌های اضطراب این بیماران نشان دادند. عاصمی‌زواره و همکاران (۲۲) اثربخشی آموزش شناختی‌رفتاری مدیریت استرس بر کاهش علائم جسمانی‌سازی، وسواس‌اجبار و حساسیت درروابط 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) رابطهٔ مستقیم و معناداری بین میزان استرس و میزان شیوع اختلال‌های روان تنی را گزارش کردند.

در کمال‌طلبی اعتقاد بر آن است که هر مشکلی، فقط یک راه‌حل قطعی دارد. انجام هر عملی به‌صورت کامل (بدون اشتباه) نه‌تنها ممکن، بلکه ضروری است و حتی اشتباه‌های جزئی، پیامدهای مهم و جدی را به‌دنبال 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 به‌طور مناسبی در موقعیت‌های مبهم کار کنند (۲۵)؛ بنابراین این افراد آن‌قدر کمال‌طلب و درقبال انجام کامل امور حساس می‌شوند که نه‌تنها سلامت روانی آن‌ها بلکه سلامت جسمی و استخوانی‌شان نیز به خطر می‌افتد. ادامهٔ این روال احتمالاً به‌مرور زمان می‌تواند مشکلات عضلانی‌استخوانی بیشتری را برای این بیماران به‌همراه داشته باشد.

در احساس مسئولیت بیش‌ازحد، 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 بیش‌از اندازهٔ احتمال بروز و شدت تهدید نیز درواقع مربوط به ارزیابی بیش‌ازحد خطر و تهدید ادراک شده است. فرد مبتلا به وسواس، بروز فکر مزاحمِ 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 ازآنجاکه این افراد خود را در احتمال وقوع حوادث منفی در آینده مقصر دانسته و به هر قیمتی حتی با به‌خطرانداختن 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 پایهٔ عضلانی سبب نامتعادل‌شدن انقباض عضلات اطراف ستون‌فقرات و آمادگی برای دیسکوپاتی شوند.

عامل عام، بیانگر جنبه‌های مشترکی از حالت‌های اضطرابی بوده که ملغمه‌ای ازتمامی عامل‌ها را در خود جای می‌دهد و به‌نظر می‌رسد مانند عامل‌های اهمیت و کنترل افکار، احساس مسئولیت بیش‌ازحد، کمال‌طلبی، که مختص OCD هستند، رابطهٔ منفی و معکوسی داشته و مختص به OCD ارزیابی نمی‌شوند (۱۶).عامل عام جنبه‌های مشترکی از حالت‌های اضطرابی بوده که ملغمه‌ای از همهٔ عامل‌ها را در خود جای می‌دهد.همچنین در پژوهش‌های متعدد ذکرشده ارتباط اضطراب، افسردگی و سایر اختلال‌های روان‌شناختی با بیماری‌های روان‌تنی به‌خصوص 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. ازطرف‌دیگر عامل عام که با فشار روانی توأم است می‌تواند سبب نامتعادل‌شدن انقباض عضلات اطراف ستون‌فقرات و آمادگی برای دیسکوپاتی شود. ازاین‌رو باورهای وسواسی می‌توانند در ابتلای افراد به بیماری‌های مفصلی و دیسکوپاتی کمر مؤثر باشند.

همچنین نتایج پژوهش حاکی از آن بود که میان گروه‌های بررسی‌شده درزمینهٔ «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 به‌طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش فضلی، الوندی و داوودی مبنی‌بر اینکه خرده‌مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی (انتظار تأیید دیگران، انتظار ازخود، بی‌مسئولیتی، اجتناب از مشکل، وابستگی و کمال‌گرایی) به‌عنوان عوامل روان‌شناختی مرتبط با شخصیت وسواسی و باورهای وسواسی، 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 برسند که «افکارم را نمی‌توانم کنترل کنم، چون آن‌ها حقیقت دارند و واقعاً در ذهنم به‌وقوع می‌پیوندند، پس یک فکر سادهٔ 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 منجربه عمل به افکار نمی‌شود» (۲۵). پس می‌توان گفت این افکار همواره در همان سطح مانده و تبدیل به عمل نمی‌شوند که منجربه صدمات عضلانی‌استخوانی شود؛ بنابراین لزوماً بیماران دیسکوپاتی کمر دارای افکار وسواسی نیستند که تبدیل به عمل شوند و در بیماری آنان‌ها مؤثر باشد. ازاین‌رو بی‌تفاوتی به‌دست‌آمده درزمینهٔ اهمیت و کنترل افکار در میان گروه‌ها غیرمنطقی نیست.

افرادی که وسواس در انجام کامل امور دارند، گرفتار شک بیش‌ازحد، غیرمنطقی و غیرضروری دربارهٔ انجام دقیق، کامل و بدون‌نقص امور، در تمامی عرصه‌های زندگی روزانهٔ خود هستند و به‌طور متناوب به وارسی صحت رفتارهای خود و آسیب غیرعمد احتمالی به دیگران می‌پردازند. تمامی اعمال وارسی‌شده در ذهن تکرارو بررسی و ارزیابی مجددشده و زمینه برای شک‌های قوی‌تر مهیا می‌شود. رفتارهای شک و وارسی در جامعهٔ عادی هم به‌وقوع می‌پیوندد (۲۷). می‌توان گفت، یکی از دلایل بی‌تفاوتی در انجام کامل امور در میان گروه‌ها این است

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.38.6]

که رفتارهای شک و وارسی سبب کاهش اضطراب و نه افزایش آن می‌شوند و در جامعهٔ عادی هم به وقوع می‌پیوندد و همواره منجربه صدمات استخوانی نمی‌شود.

از طرفی ممکن است درصورت بیشتربودن 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 همهٔ بیماران و استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس 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 پایهٔ عضلانی سبب نامتعادل‌شدن انقباض عضلات اطراف ستون‌فقرات و آمادگی برای دیسکوپاتی شوند. لذا پیشنهاد می‌شود، با ارائهٔ آموزش‌های پیشگیرانه به جامعه ازطریق رسانه‌ها و محیط‌های آموزشی، درجهت کاهش آثار مخرب باورهای وسواسی اقدام شود. همچنین به بیمارستان‌ها و به‌خصوص مطب‌های ارتوپدی و جراحی مغزواعصاب پیشنهاد می‌شود، ضمن درنظرگرفتن 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. درنهایت پیشنهاد می‌شود روش آزمایشی برای بررسی اثرگذاری روان‌درمانی جهت کاهش باورهای وسواسی بر درمان دیسکوپاتی کمر به کار گرفته شود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.38.6]

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, 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, 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]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.38.6]

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]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.38.6]