بررسی شیوع اختلال وسواسی–جبری در بیماران وابسته به مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۳۹۳

سمانه محمدپور[۱]، هدایت نظری*[۲]، پرستو بهاروند[۳]، زهرا توکلی[۴]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۳- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۴- دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

یافته / دوره هجدهم / شماره ۳ / پاییز ۹۵ / مسلسل ۶۹

چکیده

دریافت مقاله: ۹۵/۶/۲۹ پذیرش مقاله: ۹۵/۸/۱۵

* **مقدمه:** وجود علایم وسواس‌گونه در افراد سوءمصرف‌کننده مواد و نبود مطالعه‌ای منسجم در این زمینه ضرورت انجام مطالعه حاضر را نشان می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع اختلال وسواسی-جبری در بیماران وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام شد.

* **مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی مقطعی بود. در این پژوهش ۲۰۰ نفر از بیماران وابسته به مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان از دی ماه تا اسفند ماه سال ۱۳۹۳ به روش در دسترس انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت‌شناختی و پرسشنامه غربالگری وسواس **Zohar-fineberg** انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی با نرم افزار **SPSS-20** استفاده شد.

* **یافته‌ها:** در این مطالعه تمام شرکت‌کنندگان مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن و مدت مصرف مواد به ترتیب ۱۱/۹۶±۴۱/۷۲ و ۸/۸۷±۱۲/۰۲ بود. از این افراد ۷۱٪ متأهل، ۰/۵۶٪ دارای شغل آزاد و ۰/۴۳٪ تحصیلات دیپلم داشتند. همچنین ۳۱ نفر (۱۵/۵٪) افراد با اختلال وسواسی-جبری و ۱۶۹ نفر (۸۴/۵ ٪) بدون اختلال وسواسی-جبری بودند.

* **بحث و نتیجه‌گیری:** در ایجاد اختلال سوءمصرف مواد، اختلالات و علایم دیگر می‌توانند سهم داشته و مهم باشند، بنابراین تشخیص و توجه به آن‌ها بسیار مهم است. بر همین مبنا، متخصصین بالینی می‌توانند براساس نتایج چنین پژوهش‌هایی به طراحی کارآزمایی‌های بالینی مناسب و یا اصلاح مداخله‌های موجود اقدام نمایند.

* **واژه‌های کلیدی:** سوءمصرف مواد، اختلال وسواسی-جبری، مواد مخدر.

*آدرس مکاتبه : خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.

پست الکترونیک: nazari-h@yahoo.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

مقدمه

سوءمصرف (Substance abuse) و وابستگی به مواد (Substance Dependent) یکی از معضلات بزرگ زیستی، روانی، اجتماعی (Bio-psycho-social) است که در سراسر دنیا، تمام کشورها به نوعی با آن دست به گریبان هستند (۲،۱). این مشکل نه تنها فرد بیمار بلکه کل سیستم خانواده را در بر می‌گیرد و پیامدهای بسیار متعددی به ویژه از نظر روانی هم برای فرد مصرف‌کننده و هم برای سایرین که به نوعی با او ارتباط دارند، به همراه دارد (۲). سوءمصرف مواد به عنوان یک الگوی غیرانطباقی مصرف مواد تعریف شده که در آن فرد به مصرف نامناسب مواد پرداخته و این مسئله منجر به آسیب جدی عاطفی، شناختی و رفتاری در محل کار، مدرسه و خانه می‌شود (۱). هم‌چنین، وابستگی به مواد نیز الگوی غیرانطباقی مصرف مواد تعریف شده که از نظر بالینی باعث آشفتگی و آسیب جدی در فرد مصرف-کننده شده و با دو علامت تحمل دارو (Tolerance) و علامت ترک ماده (Syndrome Withdrawal) تظاهر می‌کند (۳).

اختلال سوءمصرف مواد در کنار سایر اختلالات روانی مانند اختلال دوقطبی، افسردگی و اضطراب شیوع بالایی در سراسر دنیا دارد (۱). به طوری‌که گفته می‌شود که تقریباً نیمی از نوجوانان آمریکایی حداقل یکبار به صورت غیرقانونی مواد مصرف نموده‌اند (۴). در پژوهش‌های مختلف انجام شده در ایران نشان داده شده است که سوءمصرف مواد شیوع نسبتاً بالایی دارد (۵). دهقانی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که ۲۱/۵ درصد دانشجویان مورد پژوهش سابقه سوءمصرف مواد مخدر دارند (۶). سیام نیز در پژوهش خود نشان داد که ۴۶/۷۵ درصد از دانشجویان پسر دانشگاه‌های دولتی، آزاد، پیام نور و جامع علمی-کاربردی شهرستان رشت تجربه استفاده از حداقل یکی از مواد اعتیادآور را ذکر کرده بودند (۵). به طور کلی، کشور ایران به علت عوامل متعدد اجتماعی، فرهنگی و تاریخی و هم‌چنین قرار گرفتن بر سر راه مهم‌ترین مسیر جهانی ترافیک قاچاق مواد مخدر از جمله قربانیان اصلی سوءمصرف مواد در دنیا به شمار می‌آید (۷). به همین دلیل بررسی عوامل زمینه‌ساز این معضل حائز اهمیت می‌باشد.

عوامل خطرساز متعددی از جمله وجود بی‌ثباتی و کشمش‌های دوران کودکی و تداوم آن‌ها تا نوجوانی و حتی جوانی، عوامل ژنتیکی، مشکلات تحصیلی و رفتاری، مصرف سیگار، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، تکانشگری و هم‌ابتلایی با سایر اختلال‌های روانپزشکی متعدد در سوءمصرف نوجوانان و جوانان مؤثر می‌باشد (۸). اختلال وسواسی-جبری از جمله مشکلات جدی روانشناختی می‌باشد که با بسیاری از اختلالات دیگر رابطه دارد و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی فراوانی را بر جامعه تحمیل می‌کند (۹). مطابق با تعریف DSM-5 اختلال وسواسی-جبری مجموعه‌ای از الگوهای ذهنی و رفتاری است که طی آن فرد تقریباً در همه جنبه‌های زندگی به فکر نظم، ترتیب، کمال‌گرایی، کنترل شخصی و کنترل میان فردی است و در این میان، انعطاف پذیری، گشاده نظری و صرفه‌جویی در وقت و انرژی رنگ می‌بازند. این وضعیت قبل از اوایل بزرگسالی شروع شده است و در شرایط مختلف حضور دارد (۱۰). مشکلات همراه با اختلال وسواسی-جبری و علایم ناتوان کننده آن، کارکردهای میان‌فردی، شغلی و زندگی فرد را مختل می‌سازد (۱۱). افکار وسواسی و اجبارها یا وسواس‌های عملی دو مؤلفه اساسی در اختلال وسواسی-جبری هستند که ممکن است به تنهایی یا به صورت توأم نمود پیدا کنند (۱۰) که با فشار بر فرد مبتلا برای انجام مجموعه‌ای از اعمال تکراری غیرعقلانی بر طبق قواعد انعطاف‌ناپذیر درونی نمود پیدا می‌کند (۱۱).

کوزن و همکاران در پژوهشی با عنوان هم‌ابتلایی اختلال وسواسی-جبری و اختلال مصرف مواد بیان می‌کنند که بین این دو اختلال رابطه وجود دارد و با افزایش اختلال وسواسی-جبری احتمال ابتلا به اختلال مصرف مواد هم

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

بیشتر می‌شود. در واقع احتمال ابتلا بـه اخـتلال سوءمصـرف مواد در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ۴ برابر بیشـتر از جمعیت عمـومی اسـت. بـه طـوری کـه، نتـایج مطالعـات زمینه‌یابی و اپیدمولوژی در آمریکا میـزان همراهـی اخـتلال وسواسـی-جبـری بـا وابسـتگی بـه الکـل را ۲۴ درصـد و بـا وابستگی به مواد را ۱۴ درصد گزارش نموده‌اند. در حـالی‌کـه در جمعیت عمومی شیوع وابستگی به الکل ۵ درصد و بـرای وابستگی به مواد ۳ درصد است (۱۲). بلـوم و همکـاران طـی پژوهشی نشان دادند کـه نسـبت شـانس تشـخیص اخـتلال مصرف مواد در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری چه در طول زندگی و چه در یک دوره ۱۲ ماهه بـه طـور معنـاداری بالاتر از افراد بـدون اخـتلال روانپزشـکی اسـت. بـه ویـژه در مردان هم‌ابتلایی وابستگی به مواد و اختلال وسواسی-جبری به طور معنـاداری بـالاتر از هـم‌ابتلایـی بـه سـایر اخـتلالات روانپزشکی می‌باشد. اما در زنان این هم‌ابتلایی معنـادار نبـود (۱۳).

فونتنل و همکاران نیز در پژوهشـی بـا عنـوان اخـتلال وسواسی-جبری، اختلال کنترل تکانه و سوءمصرف مواد بیان نمودند که میـزان شـیوع اخـتلال مصـرف مـواد بـین افـراد دریافت کننده درمان بـرای اخـتلال وسواسـی-جبـری بـین ۲۶/۹-۹/۸ درصد گزارش شده است (۱۴). هم‌چنین منسبو و همکاران در پژوهشی با عنوان اختلال مصرف مواد در نمونـه بالینی مبتلا به اختلال وسواسی-جبری کـه در سـال ۲۰۰۹ انجام داده بودند، شـیوع اخـتلال مصـرف مـواد و اخـتلالات مرتبط با آن را بررسی نمودند. پژوهش آن‌هـا نشـان داد کـه ۷۰ درصد از افراد مبـتلا بـه اخـتلال مصـرف مـواد گـزارش نمودند که اختلال وسواسی-جبـری حـداقل ۱ سـال شـروع اختلال مصرف مواد را جلو می‌اندازد. هم‌چنین، در مطالعـات انجام شده در جمعیت عمومی ایالات متحده آمریکا و بریتانیا درصد موارد اختلال وسواسی-جبری در همراهی بـا اخـتلال مصرف مواد به میزان ۲۶/۵ -۱۷/۶ درصـد بـرای وابسـتگی و سوءمصـرف مـواد، ۳۸/۶-۲۴/۱ درصـد بـرای وابسـتگی و سوءمصرف الکل ۳۶/۸ درصد برای مصرف مواد در کـل مـی-باشد (۱۵).

با توجه به پیشینه‌های موجود در زمینـه میـزان بـالای همراهی اختلال وسواسی-جبری و سوءمصرف مواد و با توجه به اینکه در بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام شده در ایـران مطالعه‌ای یافت نشد که به بررسی شیوع اخـتلال وسواسـی-جبری در بیماران مبتلا به سوءمصرف مـواد پرداختـه باشـد، انجام پژوهش‌هایی به منظور فهم بهتر موضوع ضروری مـی-گردد. با توجه به آنچه که گفتـه شـد هـدف پـژوهش حاضـر بررسی شیوع اختلال وسواسی-جبری در بیماران وابسـته بـه مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیـاد وابسـته بـه دانشگاه علوم پزشکی لرستان می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود. جامعـه آمـاری پژوهش حاضر شامل کلیه بیمـاران وابسـته بـه مـواد مخـدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد وابسته به دانشـگاه علوم پزشکی استان لرستان از دی ماه تـا اسـفند مـاه ۱۳۹۳ می‌باشند. برای محاسـبه‌ی حجـم نمونـه از فرمـول کـوکران استفاده شد که با توجه بـه d=۰/۰۶۱، q=۰/۷۴ و p=۰/۲۶ تعداد بیماران ۲۰۰ نفر تعیین شد. بنابراین، نمونه‌ای به اندازه ۲۰۰ نفر به شیوه‌ی در دسترس از این جامعه آماری انتخـاب شد. معیارهای انتخاب نمونه شامل رضایت و تمایـل آگاهانـه برای شرکت در مطالعه، تمایل به همکاری در تکمیل ابزارها، ثبات جسمی و روانی و دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۵ سـال بـود. هم‌چنین، در صورتی کـه شـرکت‌کننـده در پـژوهش غیـر از وابستگی به مواد بـه علـت یـک بیمـاری جسـمانی یـا روان-شناختی دیگر تحت درمان بود یا در صورت وجود علایم حاد و شدید مصرف یا ترک مواد مشارکت بیمار در مطالعه حاضر دشوار یا تقریباً غیرممکن بود، بیمار از مطالعه حذف می‌شد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه غربالگری Zohar-fineberg و مصاحبه ساختاریافته بالینی براساس فرم SCID بود.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

پرسشنامه جمعیت‌شناختی برای دریافت اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تدوین شد و در این پرسشنامه مشخصاتی مانند سن، جنس، شغل، تحصیلات، وضعیت تأهل شرکت‌کنندگان در پژوهش مورد پرسش قرار گرفت.

پرسشنامه غربالگری Zohar-fineberg شامل ۵ سوال می باشد که به صورت بله و خیر به آن پاسخ داده می‌شود و به منظور ارائه یک ارزیابی سریع از علائم و نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری ساخته شده است. پاسخ مثبت به هر یک از سؤالات این پرسشنامه به معنی نیاز به بررسی بیشتر برای تشخیص اختلال وسواسی-جبری می‌باشد (۱۶). حساسیت این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلفی خوب گزارش شده است. به عنوان مثال در پژوهش فاین‌برگ و همکاران حساسیت این پرسشنامه ۹۴/۴٪ و ویژگی آن ۸۵/۱٪ با توافق کاپای ۰/۶۶ در یک نمونه ۹۲ نفری به دست آمد (۱۷). همچنین، در مطالعه استین و همکاران حساسیت این پرسشنامه ۹۵٪ و اختصاصیت آن ۸۵٪ گزارش شده است (۱۶).

مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) توسط فیرست و همکاران به منظور تشخیص‌گذاری بر اساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته و هنجاریابی شده است (۱۸). SCID دارای دو نسخه بالینی و پژوهشی است که در پژوهش حاضر از نسخه بالینی استفاده شد. این نسخه براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR تنظیم شده است و برای تشخیص گذاری اختلالات محور I از آن استفاده می‌شود (۱۹). این آزمون به فارسی ترجمه شده و پایایی آن پس از نهایی شدن ترجمه در یک بررسی بر روی ۶۵ نفر، مطلوب گزارش شده است. شریفی و همکاران در بررسی پایایی این پرسشنامه بر روی ۱۰۴ نفر و به روش بازآزمایی با فاصله سه تا هفت روز میزان توافق تشخیصی را برای تشخیص اختلال دوقطبی ۸۴/۶٪، اختلال افسردگی اساسی ۸۲/۶٪ و اسکیزوفرنیا ۸۶/۹٪ گزارش نمودند (۲۰). در پژوهش حاضر از فرم ایرانی این نسخه با تدوین و ترجمه محمدخانی و همکاران استفاده شد که این ابزار در پژوهش‌های مختلف از پایایی و روایی بالایی (در دامنه ۰/۷۰ تا ۱/۰۰) برخوردار بوده است (۱۹).

روش اجرای پژوهش این‌گونه بود که با مراجعه به کلینیک‌های ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان به بیماران مبتلا به وابستگی به مواد مخدر مراجعه‌کننده جهت ترک اعتیاد که طبق تشخیص روان‌پزشک کلینیک (مطابق DSM-IV-TR) و دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج، هم‌چنین در صورت رضایت و موافقت بیمار به شرکت در پژوهش اقدام به گردآوری اطلاعات می‌گردید. به طوری که، افراد با اختیار کامل و بعد از توضیح در مورد روند کار اقدام به پر کردن پرسشنامه می‌نمودند و در صورت عدم توانایی در خواندن، پرسشنامه برای ایشان قرائت می‌شد. در صورت وجود یک پاسخ مثبت به سوالات غربالگری توسط بیمار، در مرحله بعد، از مصاحبه ساختار یافته بالینی (SCID) براساس معیارهای DSM-IV برای یافتن علایم اختلال وسواس-اجباری توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی استفاده می‌شد و هم‌چنین در نهایت از نظر روان‌پزشک نیز برای تأیید نهایی استفاده می‌شد.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا از طریق آگاه ساختن بیماران از هدف پژوهش و تأثیر انجام چنین پژوهش‌هایی در شناسایی و بهبود وضعیت این بیماران، اقدام به اخذ رضایت آگاهانه از تمامی بیماران شد. سپس، کلیه اطلاعات شرکت کنندگان در پژوهش توسط پژوهشگر جمع‌آوری گردید و به آن‌ها اطمینان داده شد که این داده‌ها نزد پژوهشگر محرمانه باقی می‌مانند. در پایان از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و آمار استنباطی (کای اسکوئر) برای انجام تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS استفاده شده و سطح معناداری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۰۰ نفر شرکت داشتند که تمام آن‌ها مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن پاسخ‌دهندگان در پژوهش حاضر ۱۱/۹۶±۴۱/۷۲ بود. حداقل و حداکثر سن ۱۹ سال و ۷۲ سال بود. بیشترین فراوانی در گروه‌های مختلف سنی مربوط به گروه سنی ۴۰-۳۰ سال ۷۲ نفر (۳۶ درصد) و کمترین فراوانی ۱۸ نفر (۹ درصد) مربوط به افراد ۶۰ سال و بالاتر بود. از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی ۸۶ نفر (۴۳ درصد) مربوط به سطح تحصیلی دیپلم و کمترین فراوانی ۳ نفر (۱/۵ درصد) مربوط به سطح تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر بود. از نظر وضعیت تأهل بیشترین فراوانی ۱۴۲ نفر (۷۱ درصد) مربوط به افراد متأهل و کمترین فراوانی ۱۲ نفر (۶ درصد) مربوط به افراد مطلقه بود. از نظر وضعیت شغلی بیشترین فراوانی ۱۱۲ نفر (۰/۵۶ درصد) مربوط به افراد با شغل آزاد و کمترین فراوانی ۴۱ نفر (۲۰/۵ درصد) مربوط به افراد کارمند بود. میانگین و انحراف معیار مدت مصرف شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ۸/۸۷±۱۲/۰۲ بود. کمترین مدت زمان مصرف ۱ سال و بیشترین مدت زمان مصرف ۴۵ سال بوده است. همچنین از نظر توزیع فراوانی اختلال وسواس- جبری در افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۳۱ نفر (۱۵/۵ درصد) دارای اختلال وسواس- جبری و ۱۶۹ نفر (۸۴/۵ درصد) بدون اختلال وسواس- جبری بودند. در جدول ۱ به مقایسه توزیع فراوانی اختلال وسواس در افراد شرکت-کننده در مطالعه به تفکیک سن پرداخته شده است.

بر اساس نتایج جدول ۱ توزیع فراوانی اختلال وسواسی-جبری در شرکت‌کنندگان در مطالعه به تفکیک سن آن‌ها مورد مقایسه قرار گرفته است که با توجه به درصد فراوانی بیماری در گروه‌های مختلف شرکت‌کننده در مطالعه و براساس آزمون کای اسکوئر و ($P<۰/۰۵$) این اختلاف به لحاظ آماری معنادار نبود. در جدول ۲ به مقایسه توزیع فراوانی بیماری وسواس در افراد شرکت‌کننده در مطالعه به تفکیک میزان تحصیلات پرداخته شده است.

بر اساس نتایج جدول ۲ توزیع فراوانی اختلال وسواسی-جبری در شرکت‌کنندگان در مطالعه به تفکیک میزان تحصیلات آن‌ها مورد مقایسه قرار گرفته است. که با توجه به درصد فراوانی بیماری در گروه‌های مختلف شرکت‌کننده در مطالعه و براساس آزمون کای اسکوئر و ($P<۰/۰۵$) این اختلاف به لحاظ آماری معنادار می‌باشد. بنابراین، می‌توان گفت این اختلاف به لحاظ آماری معنادار است و گروه‌های تحصیلی متفاوت بر فراوانی بیماری تأثیر دارد.

بر اساس نتایج جدول ۳ توزیع فراوانی اختلال وسواسی-جبری در شرکت‌کنندگان در مطالعه به تفکیک وضعیت تأهل آن‌ها مورد مقایسه قرار گرفته است که با توجه به درصد فراوانی بیماری در گروه‌های مختلف شرکت‌کننده در مطالعه و براساس آزمون کای اسکوئر و $P<۰/۰۵$ این اختلاف به لحاظ آماری معنادار است. بنابراین می‌توان گفت این اختلاف به لحاظ آماری معنادار می‌باشد و وضعیت تأهل متفاوت بر فراوانی بیماری تأثیر دارد.

بر اساس نتایج جدول ۴ توزیع فراوانی اختلال وسواسی-جبری در شرکت‌کنندگان در مطالعه به تفکیک وضعیت شغلی آن‌ها مورد مقایسه قرار گرفته است که با توجه به درصد فراوانی بیماری در گروه‌های مختلف شرکت‌کننده در مطالعه و براساس آزمون کای اسکوئر و $P<۰/۰۵$ این اختلاف به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد. بنابراین می‌توان گفت این اختلاف به لحاظ آماری معنادار نیست و وضعیت شغلی متفاوت بر فراوانی بیماری تأثیر ندارد.

بر اساس نتایج جدول ۵ توزیع فراوانی اختلال وسواسی-جبری در شرکت‌کنندگان در مطالعه به تفکیک مدت زمان مصرف آن‌ها مورد مقایسه قرار گرفته است که با توجه به درصد فراوانی بیماری در گروه‌های مختلف شرکت‌کننده در مطالعه و براساس آزمون کای اسکوئر و سطح معناداری $P<۰/۰۵$ این اختلاف به لحاظ آماری معنادار نبود.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

جدول ۱. مقایسه توزیع فراوانی اختلال وسواسی-جبری در افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک

اختلال وسواسی-جبری	گروه‌های سنی					P-value
	کمتر از ۳۰ سال (درصد) تعداد	بین ۳۱-۴۰ سال (درصد) تعداد	بین ۴۱-۵۰ سال (درصد) تعداد	بین ۵۱-۶۰ سال (درصد) تعداد	بیشتر از ۶۰ سال (درصد) تعداد	
بیماران با اختلال وسواسی-جبری	۳ (٪۱/۵)	۱۴ (٪۰/۷)	۳ (٪۱/۵)	۸ (٪۰/۴)	۳ (٪۱/۵)	۰/۳۰
بیماران بدون اختلال وسواسی-جبری	۲۶ (٪۱۳/۱)	۵۸ (٪۲۹/۱)	۴۰ (٪۲۰/۱)	۳۰ (٪۱۴/۶)	۱۵ (٪۷/۵)	

جدول ۲. مقایسه توزیع فراوانی اختلال وسواسی- جبری در افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک میزان تحصیلات

اختلال وسواسی-جبری	میزان تحصیلات						P-value
	بی سواد (درصد) تعداد	راهنمایی و دبیرستان (درصد) تعداد	دیپلم (درصد) تعداد	فوق دیپلم (درصد) تعداد	لیسانس (درصد) تعداد	فوق لیسانس و بالاتر (درصد) تعداد	
بیماران با اختلال وسواسی-جبری	۲ (٪۱/۰)	۱۴ (٪۷/۰)	۱۳ (٪۶/۵)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۲ (٪۱/۰)	۰/۰۱۲
بماران بدون اختلال وسواسی-جبری	۳ (٪۱/۵)	۵۷ (٪۲۸/۱)	۷۳ (٪۳۶/۷)	۱۵ (٪۷/۵)	۲۰ (٪۱۰/۱)	۱ (٪۰ /۵)	
کل	۵ (٪۲/۵)	۷۱ (٪۳۵/۲)	۸۶ (٪۴۳/۲)	۱۵ (٪۷/۵)	۲۰ (٪۱۰/۱)	۳ (٪۱/۵)	

جدول۳. مقایسه توزیع فراوانی اختلال وسواسی-جبری در افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک وضعیت تأهل

اختلال وسواسی-جبری	وضعیت تأهل			P-value
	مجرد (درصد) تعداد	متأهل (درصد) تعداد	مطلقه (درصد) تعداد	
بیماران با اختلال وسواسی-جبری	۱۴ (٪۷/۰)	۱۷ (٪ ۸/۵)	۰ (٪۰)	۰/۰۰۶
بیماران بدون اختلال وسواسی-جبری	۳۲ (٪۱۶/۱)	۱۲۵ (٪۶۲/۳)	۱۲ (٪۶/۰)	
کل	۴۶ (٪۲۳/۱)	۱۴۲ (٪۷۰/۹)	۱۲ (٪۶/۰)	

جدول ۴. مقایسه توزیع فراوانی اختلال وسواسی- جبری در افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک وضعیت شغل

اختلال وسواسی- جبری	وضعیت شغل			P-value
	بیکار (درصد) تعداد	کارمند (درصد) تعداد	آزاد (درصد) تعداد	
بیماران با اختلال وسواسی-جبری	۱۲ (٪۶/۰)	۴ (٪۲/۰)	۱۵ (٪۷/۵)	۰/۰۸۴
بیماران بدون اختلال وسواسی-جبری	۳۵ (٪۱۷/۶)	۳۷ (٪۱۸/۶)	۹۷ (٪۴۸/۲)	
کل	۴۷ (٪۲۳/۶)	۴۱ (٪۲۰/۶)	۱۱۲ (٪۵۵/۸)	

جدول ۵. مقایسه توزیع فراوانی اختلال وسواسی-جبری در افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک مدت زمان مصرف

اختلال وسواسی-جبری	مدت زمان مصرف				P-value
	کمتر از ۵ سال (درصد) تعداد	۶-۱۰ سال (درصد) تعداد	۱۱-۱۵ سال (درصد) تعداد	۱۶سال و بیشتر (درصد) تعداد	
بیماران با اختلال وسواسی-جبری	۹ (٪۴/۵)	۶ (٪۳/۰)	۷ (٪۳/۵)	۹ (٪۴/۵)	۰/۹۲۷
بیماران بدون اختلال وسواسی-جبری	۴۹ (٪۲۴/۶)	۴۲ (٪۲۰/۶)	۳۶ (٪۱۸/۱)	۴۲ (٪۲۱/۱)	
کل	۵۸ (٪۲۹/۱)	۴۸ (٪۲۳/۶)	۴۳ (٪۲۱/۶)	۵۱ (٪۲۵/۶)	

بحث و نتیجه گیری

براساس هدف پژوهش حاضر مبنی بر بررسی شیوع اختلال وسواسی-جبری در بیماران وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۳۹۳، یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که در بین بیماران وابسته به مواد مخدر، فراوانی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ۳۱ نفر و فراوانی افراد بدون اختلال وسواسی-جبری ۱۶۹ نفر بود که با پژوهش‌هایی که در ادامه ذکر می‌شوند، همخوان می‌باشد. نتایج پژوهش قنبری‌جلفایی و شعبانی با عنوان مقایسه شیوع انواع اختلالات اضطرابی در بیماران دوقطبی وابسته و ناوابسته به مواد مخدر نشان دادند که از بین ۸۹ نفر که به عنوان نمونه بودند، ۲۰ فرد وابسته به مواد مخدر مبتلا به اختلال وسواس جبری-عملی می‌باشند (۲۱). همچنین، غفاری‌نژاد و همکاران در پژوهشی به بررسی مقایسه‌ای اختلالات روانی در بیماران وابسته به تریاک و هروئین پرداخته و نشان دادند که نمره مقیاس اختلال وسواس جبری-عملی در پرسشنامه SCL-90 بین افراد

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

وابسته به هروئین بیشتر از افراد وابسته به تریاک بود و همچنین از جمعیت عمومی بالاتر بود (۲۲). بیگدلی و همکاران نیز در پژوهشی به بررسی اختلالات روانی شایع در سوءمصرف کنندگان مواد پرداخته و نشان دادند که یکی از برجسته‌ترین مقیاس‌های بالینی در سوءمصرف کنندگان مواد مربوط به اختلالات اضطرابی بود (۲۳). همچنین در مطالعات خارج از کشور بلوم و همکاران بیان نمودند که افرادی که در طی ۱۲ ماه تشخیص سوءمصرف مواد را داشتند، اختلال وسواسی-جبری به طور معناداری بیشتر از جمعیت عمومی بود و در تبیین یافته‌های مشابه خود بیان نمودند که اختلال وسواسی-جبری و اختلال سوءمصرف مواد هر دو در اصل اختلال در کنترل تکانه هستند. تکانشگری به عنوان اصرار و میل شدید به انجام یک عمل در پاسخ به یک محرک ذهنی یا بیرونی است. تکانشگری طیف گسترده‌ای از رفتارهایی است که روی آن‌ها کمتر تفکر شده و به صورت رشدنایافته برای دستیابی به یک پاداش یا لذت بروز می‌کنند، از خطر بالاتری برخوردار هستند و پیامدهای ناخواسته قابل توجهی را در پی دارند مانند مصرف مواد یا جستجوی هر راه حلی که منجر به کاهش موقتی احساس اضطراب گردد (۱۳).

یافته‌های حاصل از مقایسه توزیع فراوانی اختلال وسواسی-جبری در افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر به تفکیک سن نشان داد که بین گروه‌های مختلف سنی بیماران وابسته به مواد مخدر از نظر توزیع فراوانی اختلال وسواس تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با مطالعه هاشم‌لو و همکاران که به بررسی شیوع اختلال وسواسی-جبری دانشجویان دانشگاه‌های شهرستان خوی پرداخته بودند و نشان دادند که بین گروه‌های مختلف سنی دانشجویان از نظر شیوع اختلال وسواسی-جبری تفاوت معناداری وجود ندارد، همخوان است (۲۴). در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که در پژوهش‌های متعددی نشان داده شده است که اختلال وسواسی-جبری از دوران نوجوانی شروع می‌شود (۹) و در افراد جوان‌تر بیشتر می‌باشد. بنابراین، در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به این امر اشاره کرد که افراد نمونه پژوهش حاضر همگی بالاتر از ۱۸ سال بودند. به طوری‌که میانگین سنی نمونه پژوهش حاضر ۴۱ سال بود. بنابراین، عدم وجود افراد نوجوان و جوان‌تر از ۱۸ سال که احتمال شیوع بالاتر وسواس را دارند در پژوهش حاضر ممکن است، علت عدم تفاوت معنادار بین گروه‌های سنی افراد وابسته به مواد مخدر در میزان شیوع اختلال وسواسی-جبری باشد.

هم‌چنین، بین گروه‌های مختلف شغلی بیماران وابسته به مواد مخدر و گروه‌های با مدت زمان مصرف مواد از نظر توزیع فراوانی اختلال وسواس تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با مطالعه عمرانی‌فرد و همکاران که به بررسی اختلال وسواسی- جبری در مراجعان به درمانگاه‌های پوست اصفهان نشان دادند که بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از نظر وضعیت شغلی تفاوت معناداری وجود ندارد، همخوان است. معنادار نشدن شیوع اختلال وسواسی-جبری در بیماران وابسته به مواد مخدر از نظر شغلی و مدت زمان مصرف مواد می‌تواند به دلیل تعداد کم نمونه پژوهش حاضر باشد (۲۵).

یافته‌های حاصل از مقایسه توزیع فراوانی اختلال وسواسی-جبری در افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر به تفکیک میزان تحصیلات نشان داد که بین گروه‌های مختلف تحصیلی بیماران وابسته به مواد مخدر از نظر توزیع فراوانی اختلال وسواس تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که فراوانی اختلال وسواسی-جبری در بیماران وابسته به مواد مخدر با سطح تحصیلی مختلف، متفاوت می‌باشد. به طوری که، بیشترین فراوانی مربوط به افراد با میزان تحصیلات دیپلم و سپس افراد با میزان تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بود. کمترین فراوانی نیز مربوط به افراد با میزان تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بود. در پژوهش صالحی و همکاران نیز در بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بیشترین فراوانی مربوط به افراد با میزان تحصیلات دیپلمه بود (۲۶).

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

پژوهش عمرانی‌فرد و همکاران نیز نشان داد که در بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بیشترین فراوانی مربوط به افراد با میزان تحصیلات دبیرستانی بود (۲۵). مسعودزاده نیز در پژوهش خود نشان داد که وسواس در افراد با میزان تحصیلات بالاتر، کمتر می‌باشد (۲۷).

هم‌چنین، یافته‌های حاصل از مقایسه توزیع فراوانی اختلال وسواسی-جبری در افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر به تفکیک وضعیت تأهل نشان داد که بین بیماران وابسته به مواد مخدر با وضعیت تأهل متفاوت از نظر توزیع فراوانی اختلال وسواس تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که، بیشترین فراوانی مربوط به افراد با وضعیت متأهل و کمترین فراوانی نیز مربوط به افراد مطلقه بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که در مطالعات همه‌گیرشناسی وسواس، شیوع این اختلال در افراد مجرد بیشتر از متأهل گزارش شده و عامل مهم مجرد ماندن آنان را بیماری وسواس که در ارتباطات بین فردی آن‌ها اختلال ایجاد می‌کند، ذکر نموده اند (۸). با این وجود، علت شیوع بیشتر اختلال وسواسی-جبری در افراد متأهل در پژوهش حاضر، می‌تواند به دلیل فراوانی بیشتر تعداد افراد با وضعیت تأهل متأهل در پژوهش حاضر باشد که همین عامل احتمال وجود فراوانی بیشتر اختلال وسواسی-جبری را در این افراد افزایش می‌دهد. به همین ترتیب علت شیوع بیشتر اختلال وسواسی-جبری در افراد مطلقه در پژوهش حاضر، می‌تواند به دلیل فراوانی بیشتر تعداد افراد با وضعیت تأهل مطلقه باشد.

این مطالعه واجد محدودیت‌هایی بوده است که در تعمیم نتایج توجه به آن‌ها مهم است. محدودیت‌های پژوهش حاضر، عبارت بودند از عدم کنترل شدت اعتیاد، به کارگیری روش نمونه گیری در دسترس، عدم استفاده از طرح مطالعه کیفی و محدود بودن جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر به بیماران وابسته به مواد مخدر که در تعمیم یافته‌ها به بیماران سایر شهرها و هم‌چنین سایر سوءمصرف‌کنندگان انواع مواد باید احتیاط شود. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد در مطالعات وسیع‌تر و با حجم نمونه بیشتر به بررسی شیوع اختلال وسواسی-جبری در بیماران وابسته به مواد مخدر و انواع مواد دیگر پرداخته شود. هم‌چنین در پژوهش‌های بعدی از روش‌های طولی و طرح‌های پژوهشی آمیخته (کمی-کیفی) استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از مساعدت‌های مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی لرستان و تمامی شرکت-کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

References

1. Toftdahi NG, Nordentoft M, Hjorthoj C. Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016; 51: 129-140.
2. Solati S, Abedin Zadeh MR, Nikfarjam M, Deris F. Relationship between substance abuse and mental disorders of family (2001). J Shahrekord Univ Med Sci. 2004; 6(2):1-8.
3. Farhadi SJ, Ziaei SS. Implicit cognitive processes and attention bias toward addictive behaviors: introduction, development and application of addiction stroop test. J Fundam Ment Health. 2010; 12(45): 358-389.
4. Hayakawa M, Giovanelli A, Englund MM, Reynolds AJ. Not Just Academics: Paths of Longitudinal Effects From Parent Involvement to Substance Abuse in Emerging Adulthood. J Adolesc Health. 2016; 58: 433-439.
5. Siyam SH. Drug abuse prevalence between male students of different universities in Rasht in 2005. Zahedan J Res Med Sci. 2007; 8(4): 279-285.
6. Dehghani K, Zare A, Dehghani H, Sedghi H, Poormovahed Z. Drug Abuse Prevalence and Risk Factors in Students of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences Yazd. JSSU. 2010; 18(3): 164-169.
7. Javadi SA, Mazinani R, Fadaee F, Dolatshahi B. A study of relationship between sensation seeking compenants and substance abuse. Rehabil. 2007; 8(29): 53-57.
8. Kaplan VA, Sadock BH. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical. 10th ed. 2007.
9. Mohammadzadeh A, Yaghubi H, Jafari I. Comorbidity of depression and obsessive compulsive disorder subtypes in non-clinical samples. J Fundam Ment Health. 2010; 12(2): 506-513.
10. Frances A. Foundations psychiatric diagnosis based on DSM-5. Translation by Abdul Reza Mansouri-Rad. Tehran: Arjmand Press. 2013.
11. Ganji M. Psychopathology in accordance DSM-5. Tehran: Salavan Press. 2015.
12. Cuzen LN, Stein DS, Lochner C, Fineberg NA. Comorbidity of obsessive–compulsive disorder and substance use disorder: a new heuristic. Hum Psychopharmacol. 2014; 29(1): 89-93.
13. Blom RM, Koeter M, Brink WVD, Graaf RD, Have MT, Denys D. Co-occurrence of obsessive-compulsive disorder and substance use disorder in the general population. Addiction. 2011; 106(12): 2178-2185.
14. Fontenelle LF, Oostermeijer S, Harrison BJ, Pantelis C, Yucel M. Obsessive-Compulsive Disorder, Impulse Control Disorders and Drug Addiction Common Features and Potential Treatments. Drugs. 2011; 71(7): 827-840.
15. Mancebo MC, Grant JE, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA. Substance Use Disorders in an Obsessive Compulsive Disorder Clinical Sample. J Anxiety Disord. 2009; 23(4): 429-435.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

16. Stein DJ, Koen N, Fineberg N, Fontenelle LF, Matsunaga H, Osser D, et al. A 2012 Evidence-Based Algorithm for the Pharmacotherapy for Obsessive-Compulsive Disorder. Current Psychiatry Reports. 2012; 14(3): 211-219.
17. Fineberg NA, O'Doherty C, Rajagopal S, Reddy K, Banks A, Gale TM. How common is obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic. J Clin Psychiatry. 2003; 64(2):152-155.
18. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin L. Structured Clinical Interviewfor DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). Washington,DC: American Psychiatric Association 1997. 23-57.
19. Mohammad khani P, Jokar M, Jahanitabesh O, Tamanaefar Sh. Clinical Structured Interview for DSM-IV-TR Disorders. Tehran: Welfare and Rehabilitation Sciences; 2011; 326-41. (Persian)
20. Sharifi V, Asadi SM, Mohamadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani H, et al. Reliability and ability to execute the Persian version of diagnostic structured interview for DSM-IV. Cognitive Sci New. 2005; 6(1): 10-22.
21. Ghanbari Jolfaee A, Shabani A. Compare the prevalence of anxiety disorders in bipolar patients Opioid-dependent and –independent. J Kermanshah Univ Med Sci. 2012; 16(8): 665-671.
22. Ghafari Nejad A, Ziadini H, Poya F. Comparative study of psychiatric disorders in patients dependent on heroin and opium. Hormozgan Med J. 2003; 7(1): 27-31.
23. Bigdeli I, Rezaee AM, Rahimian E. Prevalence of psychiatric disorders in substance abusers. J Consult Clin Psychol. 2012; 2(2): 93-109.
24. Hashemloo L, Safaralizadeh F, Bagheriyeh F, Motearefi H. The prevalence obsessive-compulsive disorder in students in Khoy University in 2013. Iran J Psychiat Nues. 2014; 2(2):13-21.
25. Omranifard V, Kheirabadi GHR, Abtahi SMM, Kamali M. Obsessive compulsive disorder among outpatient referrals to dermatologic clinics of Isfahan. Horizon Med Sc. 2007; 13(2): 52-57.
26. Salehi M, Salarifar MH, Hadian M. Mental Health of Mothers with Children Afflicted with Psychiatric Disorders Comparison with Control Group. Iran J Psychiat Clin Psychol. 2004; 10(1 and 2): 78-84.
27. Masoudzadeh A. The comparison therapeutic effect of Naltrexone and Flouxetine on Obsessive-Compulsive Disorder (O.C.D) A clinical trial study. J Gorgan Uni Med Sci. 2008; 9(4): 18-24.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]