

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، خرم‌آباد، 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 وسواس گونه در افراد سوءمصرف کننده 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 مراجعه کننده 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 شرکت کنندگان مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن و مدت مصرف مواد به ترتیب 41.72 ± 11.96 و 12.02 ± 8.87 بود. از این افراد ۷۱٪ متأهل، ۵۶٪ دارای شغل آزاد و 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: خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.

پست الکترونیک: nazari-h@yahoo.com

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 (۲۰۱). 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 مصرف‌کننده 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 طوری که 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 خطرناک متعددی از جمله وجود بی‌ثباتی و کشمکش‌های دوران کودکی و تداوم آن‌ها تا نوجوانی و حتی جوانی، عوامل ژنتیکی، مشکلات تحصیلی و رفتاری، مصرف سیگار، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، تکانشگری و هم‌ابتلائی 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، انعطاف‌پذیری، گشاده‌نظری 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 علائم ناتوان‌کننده 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 هم‌ابتلائی 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

سوءمصرف الکل ۳۶/۸ درصد برای مصرف مواد در کل می-باشد (۱۵).

با توجه به پیشینه‌های موجود در زمینه میزان بالای همراهی اختلال وسواسی-جبری و سوءمصرف مواد و با توجه به اینکه در بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام شده در ایران مطالعه‌ای یافت نشد که به بررسی شیوع اختلال وسواسی-جبری در بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد پرداخته باشد، انجام پژوهش‌هایی به منظور فهم بهتر موضوع ضروری می-گردد. با توجه به آنچه که گفته شد هدف پژوهش حاضر بررسی شیوع اختلال وسواسی-جبری در بیماران وابسته به مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان لرستان از دی ماه تا اسفند ماه ۱۳۹۳ می‌باشند. برای محاسبه‌ی حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد که با توجه به $d=0/061$ ، $q=0/74$ و $p=0/26$ تعداد بیماران ۲۰۰ نفر تعیین شد. بنابراین، نمونه‌ای به اندازه ۲۰۰ نفر به شیوه‌ی در دسترس از این جامعه آماری انتخاب شد. معیارهای انتخاب نمونه شامل رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در مطالعه، تمایل به همکاری در تکمیل ابزارها، ثبات جسمی و روانی و دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۵ سال بود. همچنین، در صورتی که شرکت‌کننده در پژوهش غیر از وابستگی به مواد به علت یک بیماری جسمانی یا 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.

بیشتر می‌شود. در واقع احتمال ابتلا به اختلال سوءمصرف مواد در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ۴ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. به طوری که، نتایج مطالعات زمینه‌یابی و اپیدمیولوژی در آمریکا میزان همراهی اختلال وسواسی-جبری با وابستگی به الکل را ۲۴ درصد و با وابستگی به مواد را ۱۴ درصد گزارش نموده‌اند. در حالی که در جمعیت عمومی شیوع وابستگی به الکل ۵ درصد و برای وابستگی به مواد ۳ درصد است (۱۲). بلوم و همکاران طی پژوهشی نشان دادند که نسبت شانس تشخیص اختلال مصرف مواد در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری چه در طول زندگی و چه در یک دوره ۱۲ ماهه به طور معناداری بالاتر از افراد بدون اختلال روانپزشکی است. به ویژه در مردان هم‌ابتلایی وابستگی به مواد و اختلال وسواسی-جبری به طور معناداری بالاتر از هم‌ابتلایی به سایر اختلالات روانپزشکی می‌باشد. اما در زنان این هم‌ابتلایی معنادار نبود (۱۳).

فونتتل و همکاران نیز در پژوهشی با عنوان اختلال وسواسی-جبری، اختلال کنترل تکانه و سوءمصرف مواد بیان نمودند که میزان شیوع اختلال مصرف مواد بین افراد دریافت‌کننده درمان برای اختلال وسواسی-جبری بین ۹/۸-۲۶/۹ درصد گزارش شده است (۱۴). همچنین منسیو و همکاران در پژوهشی با عنوان اختلال مصرف مواد در نمونه بالینی مبتلا به اختلال وسواسی-جبری که در سال ۲۰۰۹ انجام داده بودند، شیوع اختلال مصرف مواد و اختلالات مرتبط با آن را بررسی نمودند. پژوهش آن‌ها نشان داد که ۷۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد گزارش نمودند که اختلال وسواسی-جبری حداقل ۱ سال شروع اختلال مصرف مواد را جلو می‌اندازد. همچنین، در مطالعات انجام شده در جمعیت عمومی ایالات متحده آمریکا و بریتانیا درصد موارد اختلال وسواسی-جبری در همراهی با اختلال مصرف مواد به میزان ۲۶/۵-۱۷/۶ درصد برای وابستگی و سوءمصرف مواد، ۳۸/۶-۲۴/۱ درصد برای وابستگی و

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 مراجعه-کننده 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 علائم 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 شرکت‌کنندگان در پژوهش توسط پژوهشگر جمع-آوری 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.

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 می‌باشد 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 سوالات 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 ساختار یافته (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 تشخیص‌گذاری 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٪

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۰۰ نفر شرکت داشتند که تمام آن‌ها مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن پاسخ‌دهندگان در پژوهش حاضر $41/72 \pm 11/96$ بود. حداقل و حداکثر سن ۱۹ سال و ۷۲ سال بود. بیشترین فراوانی در گروه‌های مختلف سنی مربوط به گروه سنی ۳۰-۴۰ 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 (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 $12/02 \pm 8/87$ 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 شرکت‌کننده 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 اسکور و ($P < 0/05$) 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 اسکور و ($P < 0/05$) 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 اسکور و ($P < 0/05$) 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 اسکور و ($P < 0/05$) 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 اسکور و ($P < 0/05$) این اختلاف به لحاظ آماری معنادار نبود.

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

| P-value | اختلال وسواسی-جبری | | | | |
|---------|--------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| | کمتر از ۳۰ سال | بین ۳۱-۴۰ سال | بین ۴۱-۵۰ سال | بین ۵۱-۶۰ سال | بیشتر از ۶۰ سال |
| | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد |
| ۰/۳۰ | ۳ (۱/۵) | ۱۴ (۰/۷) | ۳ (۱/۵) | ۸ (۰/۴) | ۳ (۱/۵) |
| | 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

| P-value | اختلال وسواسی-جبری | | | | | |
|---------|--------------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|
| | بی سواد | راهنمایی و دبیرستان | دیپلم | فوق دیپلم | لیسانس | فوق لیسانس و بالاتر |
| | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد |
| ۰/۱۰۱۲ | ۲ (۱/۰) | ۱۴ (۷/۱) | ۱۳ (۶/۵) | ۰ (۰) | ۰ (۰) | ۲ (۱/۰) |
| | ۳ (۱/۵) | ۵۷ (۲۸/۱) | ۷۳ (۳۶/۷) | ۱۵ (۷/۵) | ۲۰ (۱۰/۱) | ۱ (۰/۵) |
| | ۵ (۲/۵) | ۷۱ (۳۵/۲) | ۸۶ (۴۳/۲) | ۱۵ (۷/۵) | ۲۰ (۱۰/۱) | ۳ (۱/۵) |

جدول ۳. مقایسه توزیع فراوانی اختلال وسواسی-جبری در افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک وضعیت تأهل

| P-value | اختلال وسواسی-جبری | | |
|---------|--------------------|--------------|--------------|
| | مجرد | متأهل | مطلقه |
| | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد |
| ۰/۰۰۶ | ۱۴ (۷/۰) | ۱۷ (۸/۵) | ۰ (۰) |
| | ۳۲ (۱۶/۱) | ۱۲۵ (۶۲/۳) | ۱۲ (۶/۰) |
| | 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

| P-value | اختلال وسواسی-جبری | | |
|---------|--------------------|--------------|--------------|
| | بیکار | کارمند | آزاد |
| | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد |
| ۰/۰۸۴ | ۱۲ (۶/۰) | ۴ (۲/۰) | ۱۵ (۷/۵) |
| | ۳۵ (۱۷/۶) | ۳۷ (۱۸/۶) | ۹۷ (۴۸/۲) |
| | 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

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

بحث و نتیجه گیری

بر اساس هدف پژوهش حاضر مبنی بر بررسی شیوع اختلال وسواسی-جبری در بیماران وابسته به مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۳۹۳، یافته های حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها 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 پژوهش هایی که در ادامه ذکر می شوند،

همخوان می باشد. نتایج پژوهش قنبری جلفایی 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 می باشند (۲۱). همچنین، غفاری نژاد و همکاران در پژوهشی به بررسی مقایسه ای 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

بنابراین، در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به این امر اشاره کرد که افراد نمونه پژوهش حاضر همگی بالاتر از ۱۸ سال بودند. به طوری که 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 عمرانی فرد 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).

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 رشدنا یافته 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.

پژوهش عمرانی فرد 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 نمونه‌گیری 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 شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

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.

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 Interview for 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.