

## مقاله‌ی پژوهشی

## فراوانی اختلال وسواسی-جبری در دوره‌های قبل از ازدواج، بارداری و پس از زایمان

## خلاصه

**مقدمه:** اختلال وسواسی-جبری یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات اضطرابی است. با توجه به افزایش سطح اضطراب در چرخه‌ی باروری زنان، این مطالعه با هدف بررسی فراوانی اختلال وسواسی-جبری در دوره‌های قبل از ازدواج، بارداری و پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه‌ی توصیفی-مقایسه‌ای بر روی ۹۰۰ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۱ (۵۰۰ نفر قبل از ازدواج، ۲۰۰ نفر باردار و ۲۰۰ نفر در دوره‌ی پس از زایمان) واجد شرایط پژوهش، بر اساس نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انجام شد. داده‌ها با پرسش‌نامه‌های اختلال وسواسی-جبری مادزلی و ویل-براون و افسردگی ادینبورگ گردآوری و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی، توسط نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** فراوانی اختلال وسواسی-جبری در زنان در دوره‌های قبل از ازدواج ۴ درصد، بارداری ۱۸/۵ درصد و پس از زایمان ۲۴ درصد بود و سه گروه با هم اختلاف معنی‌داری داشتند ( $P=0/000$ ). در سه گروه، میانگین نمره‌ی استاندارد شده (صفر تا ۱۰۰) اختلال وسواسی-جبری در ۴ حیطه شامل شک و تردید، بازیابی، کندیو شست و شو به ترتیب  $1/0, 61/7, 3/3, 4/9$  بود. میانگین نمره‌ی شدت اختلال در گروه قبل از ازدواج  $1/15 \pm 9/1$ ، بارداری  $4/5 \pm 20/6$  و پس از زایمان  $1/20 \pm 9/5$  به دست آمد و تفاوت، معنی‌دار بود ( $P=0/007$ ).

**نتیجه‌گیری:** زنان در دوران بارداری و پس از زایمان در معرض خطر ابتلا به اختلال وسواسی-جبری هستند که این امر توجه مسئولین بهداشتی کشور به سلامت روان مادران در دوران بارداری و پس از زایمان را می‌طلبد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال وسواسی-جبری، افسردگی، بارداری، پس از زایمان

سعید واقعی

کارشناسی ارشد روان‌پرستاری، مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

\*فاطمه رجب دیزاوندی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

معصومه کردی

کارشناسی ارشد مامایی، مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

سعید/ابراهیم زاده

کارشناسی ارشد آمار زیستی، مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

\*مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی

Rajabf2@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۱/۸/۵

تاریخ تایید: ۹۲/۵/۲۹

پی‌نوشت:

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه‌ی دانشجویی است که با تایید و حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری مسئولین مراکز بهداشتی-درمانی مشهد و شرکت‌کنندگان، قدردانی می‌گردد.

## Original Article

### The frequency of obsessive-compulsive disorder in women before marriage, during pregnancy and postpartum periods

#### Abstract

**Introduction:** Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the most disabled anxiety disorders. Due to the increasing of anxiety level which has seen during pregnancy, the aim of this study was to investigate frequency and severity of obsessive-compulsive disorders before marriage, during pregnancy and postpartum periods in women who referred to health centers of Mashhad in 2012,

**Materials and Methods:** This descriptive-comparative study was performed on 900 women (500 before marriage, 200 pregnant and 200 postpartum) who referred to health centers of Mashhad in 2012, based on multi-stage sampling. Data were collected by Moudsley obsessive-compulsive inventory, Yale Brown obsessive-compulsive and Edinburg depression. Data were analyzed by SPSS software using descriptive and analytic statistics.

**Results:** The frequency of obsessive-compulsive disorders in non-pregnant women was 4%, pregnant 18.5% and postpartum 24%. The 3 groups had a significant difference with each other ( $P=0.000$ ). Mean standard scores (0 to 100) of obsessive-compulsive disorders, in four fields included doubt, revision, slow and washing was 70.0, 61.1, 44.3 and 40.9, respectively. Mean scores of obsessive-compulsive severity in non-pregnant women was  $15.9\pm 7.1$ , pregnant  $20.6\pm 4.5$  and postpartum  $20.9\pm 5.1$ , in addition the difference between groups was significant ( $P=0.007$ ).

**Conclusion:** According to the results, women in pregnancy and postpartum periods are associated with increased risk of developing obsessive-compulsive disorder. So it is necessary that national health authorities attended to mental health of mothers in pregnancy and postpartum periods.

**Keywords:** Depression, Obsessive-compulsive disorder, Postpartum, Pregnancy

*Saeed Vaghei*

M.Sc. in nursing, Instructor and membership of scientific board, Mashhad University of Medical Sciences

*\*Fatemeh Rajab Dizavandi*

M.Sc. student in psychonursing, Mashhad University of Medical Sciences

*Masoumeh Kordi*

M.Sc. in midwifery, Instructor and membership of scientific board, Mashhad University of Medical Sciences

*Saeed Ebrahimzadeh*

M.Sc. in biostatistics, Instructor and membership of scientific board, Mashhad University of Medical Sciences

\*Corresponding Author:

Faculty of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran  
Rajabf2@mums.ac.ir

Received: Oct. 26, 2012

Accepted: Aug. 20, 2013

#### Acknowledgement:

This study was derivated from MS. Dissertation; approved and financially supported by vice chancellor of Mashhad University of Medical Sciences. The authors had no conflict of interest with the results.

#### Vancouver referencing:

Vaghei S, Rajab Dizavandi F, Kordi M, Ebrahimzadeh S, The frequency of obsessive-compulsive disorder in women before marriage, during pregnancy and postpartum periods. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2014; 15(4): 284-94.

درصد افراد، رویداد خاصی را در شروع علائم اختلال وسواسی جبری دخیل می‌دانستند که از این میان ۱۱ درصد افراد، شروع علائم را مرتبط با بارداری و پس از زایمان می‌دانستند (۷). در مطالعه‌ی اینگرام<sup>۷</sup> نیز ۶۹ درصد افراد رویداد خاصی را برای شروع علائم خود تعریف کرده بودند که از این میان ۲۵ درصد، شروع علائم را مرتبط با بارداری و زایمان می‌دانستند (۸). علاوه بر این شواهدی مبنی بر بدتر شدن روند بیماری OCD در دوره‌ی بارداری و پس از زایمان وجود دارد. این امر از ۸ تا ۱۶ درصد در دوران بارداری و از ۲۹ تا ۵۰ درصد، در دوره‌ی پس از زایمان گزارش شده است (۹). بر خلاف ماهیت تدریجی OCD به نظر می‌رسد که در دوره‌ی پس از زایمان با شروع سریع علائم وسواسی پس از تولد کودک و با زمان میانگین ۲/۲ تا ۳/۷ هفته همراه است (۱۰).

محققان عموماً اختلالات سیستم سروتونین را در ایجاد افکار و رفتارهای وسواسی دخیل می‌دانند. به ویژه که برخی از شواهد مبنی بر نقش نوسانات سطح استروژن و پروژسترون ممکن است نقل و انتقالات سروتونین، بازجذب و اتصال آن را تغییر دهند (۱۱). روابطی میان شدت OCD و سطح اکسی‌توسین در مایع مغزی نخاعی در میان مبتلایان به OCD دیده شده است. در اواخر بارداری و طی دوره‌ی پس از زایمان، اکسی‌توسین در انقباضات رحم و شیردهی نقش دارد (۱۲). اغلب مطالعات انجام شده به صورت گروه موارد و گزارش‌های گذشته‌نگر بوده است. شیوع اختلال وسواسی جبری در مطالعه‌ی منگلی در غربالگری اختلالات روانی در دوران بارداری در شهر بابک کرمان ۲۹ درصد به دست آمد (۱۳). در مطالعه‌ی کاری<sup>۸</sup> در برزیل در غربالگری اختلالات روانی در دوران بارداری، شیوع اختلال وسواس ۳۵/۶ درصد (۲۵ درصد افکار وسواسی و ۱۰/۶ درصد رفتارهای جبری) تخمین زده شد (۱۴). میزان دقیق شیوع OCD در دوره‌ی بارداری یا پس از زایمان ناشناخته است. اختلال وسواسی جبری، معمولاً در دوره‌ی بارداری و پس از زایمان تشخیص داده نمی‌شود و در نتیجه بدون درمان می‌ماند و در نهایت سبب مشکلاتی برای فرد، خانواده و نوزاد می‌گردد (۱۵).

اختلال وسواسی جبری<sup>۱</sup> (OCD) یکی از اختلالات اضطرابی شدید و ناتوان‌کننده است. شیوع این اختلال در طول عمر در جمعیت کلی حدود ۲ تا ۳ درصد و در بین بیماران سرپایی کلینیک‌ها تا ۱۰ درصد تخمین زده می‌شود. این ارقام اختلال وسواسی جبری را بعد از فوبی‌ها، اختلالات وابسته به مواد و افسردگی در ردیف چهارم شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی قرار می‌دهد. سن شروع بیماری وسواس اغلب تا ۳۵ سالگی بوده و بیشتر مبتلایان را زنان تشکیل می‌دهند. نکته‌ی حایز اهمیت این است که این سن درست در محدوده‌ی سنین ازدواج و باروری زنان قرار می‌گیرند. راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی بیان می‌کند که ویژگی اساسی اختلال، وسواس‌های فکری یا عملی تکرارشونده و شدید است که زمان زیادی را به خود اختصاص می‌دهند یا به اختلال مهم و پریشانی چشمگیری منجر می‌شوند. فکر وسواسی، موجب افزایش اضطراب شخص شده و عمل اجباری، اضطراب شخص را کاهش می‌دهد (۱).

دوران بارداری و پس از زایمان، زمان افزایش آسیب‌پذیری در مقابل اختلالات روانی است (۲). در تحقیقات انجام شده شروع علائم OCD مرتبط با تولد نوزاد ۱۳ تا ۲۷ درصد برای زنان برآورد شده است (۳). شروع اختلال در دوران بارداری در مطالعه‌ی ویلیامز<sup>۲</sup> ۱۳ درصد، در مطالعه‌ی فورای<sup>۳</sup> ۱۵/۴ درصد و در مطالعه‌ی نزیوگلو<sup>۴</sup> تا ۳۹ درصد نیز برآورد شده است (به نقل از ۴). در مطالعه‌ی که ویلیامز و مانیا<sup>۵</sup> انجام دادند، شروع OCD را در دوران پس از زایمان در زنانی که در دوران بارداری علائمی نداشتند، ۵۰ درصد اعلام کردند. همچنین این مطالعات بیانگر این مطلب هستند که در بین رویدادهای تنش‌زای زندگی، بارداری و دوره‌ی پس از زایمان، در شروع اختلال وسواسی جبری دارای رتبه‌ی بالاتری‌اند (۵، ۶). نتایج مطالعه‌ی پولیت<sup>۶</sup> نشان داد که ۶۲

<sup>1</sup>Obsessive-Compulsive Disorder<sup>2</sup>Williams<sup>3</sup>Forray<sup>4</sup>Neziuglu<sup>5</sup>Mania<sup>6</sup>Pollitt<sup>7</sup>Ingram<sup>8</sup>Cury

پس از زایمان را سپری می‌کردند، به روش تصادفی ۲۰۰ نفر انتخاب و در یک روز معین جهت شرکت در پژوهش در همان مرکز بهداشت از ایشان دعوت به عمل آمد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، فرم انتخاب واحد پژوهش، پرسش‌نامه‌ی مشخصات کلی افراد مشتمل بر مشخصات فردی با ۱۷ سؤال، پرسش‌نامه‌ی اطلاعات بارداری و زایمان با ۲۵ سؤال، مقیاس اختلال وسواسی-جبری مادزلی<sup>۱</sup>، مقیاس شدت اختلال وسواسی جبری ییل براون<sup>۲</sup> و پرسش‌نامه‌ی افسردگی ادینبورگ<sup>۳</sup> بود. روایی محتوایی این پرسش‌نامه‌ها توسط ۱۰ تن از استادان صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تایید شد.

*الف- پرسش‌نامه‌ی اختلال وسواسی جبری مادزلی:* این پرسش‌نامه توسط هاجسون و راجمن<sup>۴</sup> به منظور پژوهش در مورد مورد نوع و حیطة مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسش‌نامه شامل ۳۰ پرسش بسته‌ی دوگزینه‌ای (درست/نادرست) است. آزمون افزون بر یک نمره‌ی کلی، چندین نمره‌ی جداگانه برای شست و شو، بازبینی، کندی و شک و تردید دارد. اعتبار و پایایی پرسش‌نامه در جوامع مختلف نشان داده شده است (۱۶). راجمن و هاجسون پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی ۰/۸۹ و دادفر ضریب پایایی را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن را با مقیاس اختلال وسواسی جبری ییل براون ۰/۸۷ گزارش نمودند (۱۷). پایایی آن در این پژوهش با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

*ب- مقیاس اختلال وسواسی جبری ییل براون:* ابزار استاندارد شده برای ارزیابی شدت علایم وسواسی است و پارامترهای شدت علایم را مستقل از محتوای علایم ارزیابی می‌کند و تحت تاثیر نوع یا تعداد وسواس‌ها یا اجبارهای موجود قرار نمی‌گیرد. این مقیاس شامل ۱۰ مورد است که افکار و اعمال وسواسی را ارزیابی می‌کنند. دامنه‌ی نمره‌ی خرده‌مقیاس‌های وسواس فکری و عملی هر کدام از صفر تا ۲۰ و دامنه‌ی نمره‌ی کل مقیاس از صفر تا ۴۰ است. پژوهش‌های جدید، نقطه‌ی

با توجه به وجود اضطراب به عنوان یک پدیده در دوره‌های ازدواج، بارداری و پس از زایمان و اهمیت علایم اختلال وسواسی جبری در سلامت مادر، نوزاد و کانون خانواده، عوارض خطرناک ناشی از مخفی ماندن آن، عدم بررسی این موضوع در جامعه‌ی ایرانی با توجه به فرهنگ، مذهب و شرایط خاص خود این مطالعه با هدف بررسی اختلال وسواسی جبری در دوران بارداری و پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی مقایسه‌ای سه گروه بود. جامعه‌ی پژوهش را تمام زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۱ تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه‌ی کتبی، سواد خواندن و نوشتن، ازدواج اول، سن بین ۱۵ تا ۳۵ سال، ملیت ایرانی، نداشتن بیماری روانی یا مصرف داروهای مرتبط با روان، نداشتن تنش عمدۀ در طی شش ماه اخیر بود. نمونه‌ی آماری در این پژوهش را ۹۰۰ نفر شامل از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی (۵۰۰ نفر قبل از ازدواج، ۲۰۰ نفر باردار و ۲۰۰ نفر پس از زایمان) تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت طبقه‌ای خوشه‌ای و چندمرحله‌ای بود. از هر یک از سه مرکز اصلی بهداشت شماره ۱، ۲ و ۳ شهر مشهد، یک مرکز که کلاس آموزش مشاوره‌ی قبل از ازدواج را برگزار می‌نمود، جهت انتخاب اعضای گروه زنان قبل از ازدواج، انتخاب و نمونه‌گیری به تعداد ۵۰۰ نفر در پایان کلاس آموزشی انجام شد. جهت نمونه‌گیری از گروه‌های مرتبط با زنان باردار و پس از زایمان، به صورت تصادفی (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) از هر منطقه‌ی بهداشتی، ۲ مرکز بهداشتی-درمانی (در مجموع ۶ مرکز بهداشتی درمانی) انتخاب گردید. سپس با مراجعه به مراکز فوق از بین مراجعان به کلاس‌های آموزشی دوران بارداری، در پایان دوره، نمونه‌گیری برای انتخاب اعضای گروه زنان باردار به تعداد ۲۰۰ نفر به عمل آمد. همچنین جهت انتخاب اعضای گروه پس از زایمان، بعد از مشخص شدن و لیست نمودن افراد تحت پوشش هر یک از مراکز، از بین مراجعانی که هفته دو تا شش

<sup>1</sup>Moudsley Obsessive Compulsive Inventory

<sup>2</sup>Yale-Brown Obsessive Compulsive scale

<sup>3</sup>Edinburg Postnatal Depression Scale

<sup>4</sup>Hodgson and Rachman

پرسش‌نامه‌ی افسردگی ادینبورگ در اختیار افراد قرار می‌گرفت تا آن را ظرف ۵ دقیقه تکمیل نمایند، سپس افرادی که نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی مادزلی آن‌ها ۱۵ و بالاتر بود، جهت بررسی شدت علائم و سواس به مقیاس ییل‌براون پاسخ می‌دادند که حدود ۱۰ دقیقه طول می‌کشید. شماره‌ی تماس پژوهشگر در اختیار افراد قرار گرفت تا اگر سؤالی در ارتباط با پژوهش برای فرد پیش آید، پاسخگو باشد. پس از تجزیه و تحلیل نتایج، افرادی که نیاز به درمان روان‌پزشکی یا مشاوره‌ی روان‌شناسی داشتند و نمرات بالایی را کسب کرده بودند پژوهشگر آن‌ها را جهت درمان و پی‌گیری‌های لازم به کلینیک سربایی روان‌پزشکی بیمارستان ابن‌سینا معرفی نمود. ملاحظات اخلاقی مانند کسب رضایت آگاهانه و محرمانه ماندن پاسخها نیز در این پژوهش رعایت گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۴ گردید و از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری مجذور خی و کروسکال-والیس استفاده شد.

میانگین سن در سه گروه قبل از ازدواج، باردار و پس از زایمان به ترتیب  $20.9 \pm 4.3$ ،  $24.8 \pm 4.2$  و  $26.1 \pm 4.5$  سال و با توجه به اختلاف معنی‌دار ( $P=0.00$ )، سه گروه از این نظر همگن نبودند. میانگین نمرات اختلال و سواسی‌جبری، سه گروه قبل از ازدواج، باردار و پس از زایمان به ترتیب  $8.9 \pm 4.1$ ،  $9.9 \pm 5.8$  و  $10.96 \pm 6.1$  بود، نتیجه‌ی آزمون مجذور خی اختلاف معنی‌داری بین گروه قبل از ازدواج با گروه‌های باردار و پس از زایمان نشان داد ( $P=0.00$ ). هم‌چنین فراوانی اختلال و سواسی‌جبری بر اساس نمره مادزلی در سه گروه به ترتیب ۴ درصد، ۱۸/۵ درصد و ۲۴ درصد بود که اختلاف معنی‌دار به دست آمد ( $P=0.000$ ).

میانگین نمره‌ی اختلال و سواسی‌جبری بر اساس نمرات استاندارد شده (صفر تا ۱۰۰) در کل نمونه‌ها به ترتیب در حیطه‌ی سواس‌های شک و تردید (۷۰/۰)، بازیابی (۶۱/۱)، کندی (۴۴/۳) و شست و شو (۴۰/۹) بود. بر اساس آزمون مجذور خی بین حیطه‌ها در سه گروه باردار، پس از زایمان و قبل از ازدواج اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ( $P=0.318$ ).

برش ۱۷ را معیار حداقل شدت اختلال نیازمند به درمان را ایجاد می‌کند تعیین نموده است. نمره‌ی ۸ تا ۱۶ و سواس خفیف، نمره‌ی ۱۷ تا ۲۳ و سواس متوسط، نمره‌ی ۲۴ تا ۳۱ و سواس شدید و نمره‌ی ۳۲ تا ۴۰ نشانگر و سواس بسیار شدید می‌باشد (۱۸). محمدخانی، روایی آن را از طریق روایی محتوا توسط چند روان‌شناس بالینی تعیین نمود (۱۹). دادفر و همکاران، همگرایی آن را با پرسش‌نامه‌ی اختلال و سواسی‌جبری مادزلی گزارش نموده‌اند. پایایی همسانی درونی در سطح قابل قبول تا خوب و در دامنه‌ی ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. محمدخانی، دادفر و همکاران، به روش بازآزمایی به فاصله‌ی ۲ هفته همبستگی ۰/۸۴ را برای آن گزارش کرده‌اند (۱۷، ۱۹). پایایی آن در این پژوهش با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

ج- مقیاس افسردگی ادینبورگ: یکی از ابزارهای معتبر و قابل قبول در سراسر جهان، جهت تشخیص افسردگی است. این پرسش‌نامه اولین بار توسط کاکس<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۷ تنظیم گردیده است و در ارتباط با خلق افسرده، اضطراب، احساس گناه و افکار خودکشی است که جهت سنجش افسردگی استفاده می‌شود (به نقل از ۲۰). این پرسش از ۱۰ عبارت کوتاه تشکیل شده و نمره‌ی کلی بین صفر تا ۳۰ می‌باشد که نمرات بالاتر از ۱۲ نمایانگر افسردگی می‌باشد، کسب نمره‌ی بالاتر نمایانگر وجود علائم افسردگی بیشتر می‌باشد. روایی ویرایش فارسی آزمون افسردگی ادینبورگ در مطالعه‌ی خدادوستان، توسط اعضای هیئت علمی روان‌پزشکی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان تایید شده است (۲۱). هم‌چنین در مطالعه‌ی نصیری جهت سنجش افسردگی پس از زایمان به کار رفته است (۲۲). پایایی آن در این پژوهش با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

پس از تکمیل پرسش‌نامه‌های انتخاب نمونه‌ها و مشخصات جمعیت‌شناختی، مقیاس اختلال و سواسی‌جبری مادزلی توسط فرد تکمیل می‌گشت، تکمیل این پرسش‌نامه حدود ۱۰ دقیقه به طول می‌انجامید. پس از ۱۰ دقیقه استراحت و پذیرایی،

<sup>۱</sup>Cox

P

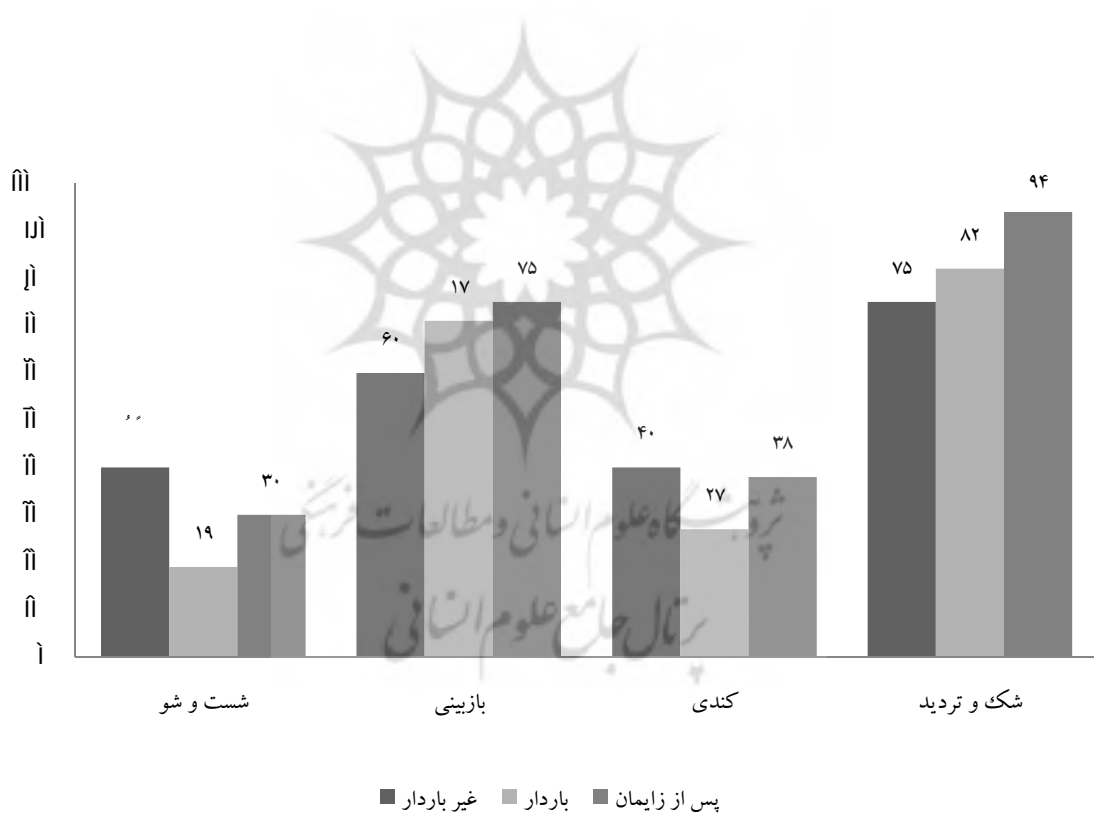
x x

x x

تعداد درصد تعداد درصد

اختلال وسواسی-جبری دارد	۲۰	۴	۳۷	۱۸/۵	۴۸	۲۴
بر اساس نمره مادزلی ندارد	۴۸۰	۹۶	۱۶۳	۸۱/۵	۱۵۲	۷۶

د



وسواس در زنان نسبت به مردان بیشتر بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که شیوع ÖL:M در جمعیت ایرانی در زنان بیشتر از مردان است (به نقل از ۲۵). به نظر هومیدا و همکاران شاید علت تفاوت شیوع در کشورهای جهان سوم با کشورهای توسعه‌یافته را بتوان در تفاوت‌های فرهنگی و نوع مسئولیتی که معمولاً در کشورهای جهان سوم بر عهده‌ی مردان است جستجو کرد (۲۶).

در مطالعه‌ی حاضر شیوع اختلال وسواسی‌جبری در گروه غیر باردار کمترین میزان فراوانی یعنی ۴ درصد را داشت که از این نظر در مقایسه با دو گروه فوق، تفاوت آشکاری دارد. به عبارتی فراوانی اختلال وسواسی‌جبری به دست آمده از بررسی گروه غیر باردار ۱/۵ تا ۲ برابر میزان شیوع در جمعیت عمومی است، با توجه به این که مطالعه‌ی حاضر صرفاً در زنان و در گروه مراجعه‌کننده جهت مشاوره‌ی قبل از ازدواج در کلاس‌های آموزشی مراکز بهداشتی، انجام شد. تعجبی نیست که ازدواج یک رویداد مهم و با اهمیت است که در زندگی فرد رخ می‌دهد و بسیاری از افرادی که مبتلا به اختلال وسواسی‌جبری می‌شوند شروع علائم را مرتبط با یک رویداد مهم زندگی مانند ازدواج تجربه می‌کنند چرا که ازدواج یکی از مهم‌ترین تصمیمات زندگی است و همیشه با اضطراب همراه می‌باشد. اختلال وسواسی‌جبری نیز یکی از اختلالات اضطرابی است، پس می‌توان میزان ۱/۵ تا ۲ برابر شیوع اختلال وسواسی‌جبری را در گروه قبل از ازدواج به اضطراب قبل از ازدواج نسبت داد. طبق مقیاس درجه‌بندی سازگاری مجدد اجتماعی (جدول تنش زندگی) هولمز و راهه<sup>۲</sup> ازدواج در رده‌ی هفتم و نمره‌ی ۵۰ از ۱۰۰ را به خود اختصاص داده است (به نقل از ۱).

اکثر مطالعات اخیر در دوران بارداری و پس از زایمان در زمینه‌ی علائم و اختلالات افسردگی یا روان‌پریشی می‌باشد و تعداد معدودی به بررسی OCD در دوره‌ی بارداری و پس از زایمان پرداخته‌اند. هم‌چنین اغلب این مطالعات به صورت گروه موارد و گزارش‌های گذشته‌نگر انجام شده‌اند. در مطالعه‌ی یوگاس<sup>۳</sup> و همکاران، شیوع اختصاصی OCD در دوران بارداری آن هم در سه ماهه‌ی سوم، مورد بررسی قرار

بین گروه باردار و پس از زایمان از نظر این متغیر ( $P=0/42$ ) وجود نداشت و این مسئله، نشان‌دهنده‌ی اضطراب بالا در دوره بارداری و پس از زایمان است که سبب تقویت افکار وسواسی در مادر می‌گردد. بر اساس مقایسه‌ی فراوانی اختلال وسواسی‌جبری در افراد مورد مطالعه که از پرسش‌نامه‌ی مادزلی نمره‌ی بالاتر از ۱۵ را کسب نموده‌اند در دوره‌های قبل از ازدواج، بارداری و پس از زایمان نتایج نشان داد که بین سه گروه از این نظر، اختلاف آماری معنی‌داری ( $P=0/00$ ) وجود دارد. بیشترین فراوانی در بین سه گروه، مربوط به گروه پس از زایمان با ۲۴ درصد و کمترین فراوانی مربوط به گروه قبل از ازدواج با ۴ درصد می‌باشد، در حالی که این شاخص برای گروه باردار ۱۸/۵ درصد است. در مطالعه‌ی جایسورای<sup>۱</sup> در سوئیس که بر روی سه گروه سنی نوجوان، جوان و بالاتر انجام شد، شیوع OCD، ۳۳ درصد بوده است (۲۳). در مطالعه‌ی محمدی در ایران که بر روی جمعیت ۱۸ سال و بالاتر انجام شد، شیوع OCD، ۱/۸ درصد گزارش شده است که بیشترین شیوع در زنان (۲/۸٪) بوده است (۲۴)، ولی در مطالعه‌ی مانیا و همکاران، میزان شیوع مادام‌العمر اختلال وسواسی‌جبری ۱۲/۳ درصد برآورد شد (۶). در مطالعه‌ی مسعودزاده در ساری، شیوع OCD در دختران دبیرستانی ۳۱/۲ درصد گزارش شده است (۲۵).

۲×؛ مقایسه‌ی فراوانی شدت اختلال وسواسی‌جبری در سه گروه قبل از ازدواج، باردار و پس از زایمان در مراکز بهداشتی

درمانی شهر مشهد

P	× ×		× ×		×	×	؛
	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
۰	۰	۰	۰	۱۵	۳	۰	عدم وسواس
۰	۰	۸/۱	۳	۴۰	۸	۰	وسواس خفیف
۰/۰۰	۷۵	۳۶	۶۴/۹	۲۴	۳۰	۶	وسواس متوسط
	۱۶/۷	۸	۲۴/۳	۹	۱۵	۳	وسواس شدید
	۸/۳	۴	۲/۷	۱	۰	۰	وسواس بسیار شدید
	۱۰۰	۴۸	۱۰۰	۳۷	۱۰۰	۲۰	کل

مرز تشخیصی ÖL:M همیشه آسان نیست لذا به دست آمدن نتایج گوناگون مطالعات، دور از ذهن نیست. در مطالعه‌ی اسماعیل شیوع

<sup>۲</sup>Hulmse and Raheeh

<sup>۳</sup>Uguz

<sup>۱</sup>Jaisoray

ازدواج، باردار و پس از زایمان) بیشترین میزان فراوانی به ترتیب مربوط به حیطه‌ی شک و تردید (۷۵٪، ۸۱/۱٪ و ۹۳/۸٪)، بازبینی (۶۰٪، ۷۰/۳٪ و ۷۵٪)، کندی (۴۰٪، ۲۷٪ و ۳۷/۵٪) و شست و شو (۴۰٪، ۱۸/۹٪ و ۲۹/۲٪) می‌باشد.

در مطالعه‌ی جاییسورای، به ترتیب اختلال وسواسی-جبری عبارت بودند از شست و شو (۲۶٪)، بازبینی (۲۶٪)، کندی (۲۲٪) و وسواس شک و تردید (۱۷٪) که با یافته‌های ما هم‌خوانی نداشت (۲۴). اختلال وسواسی-جبری در مطالعه‌ی مسعودزاده در ساری، به ترتیب مربوط به وسواس بازبینی (۳۱/۴٪)، کندی (۲۹/۱٪)، شست و شو (۲۷/۲٪) و شک و تردید (۲۶/۳٪) بود. در مطالعه‌ی که توسط رضایی بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر نکا انجام شد، بیشترین شیوع اختلال وسواسی-جبری به ترتیب مربوط به شست و شو، کندی، بازبینی و شک و تردید بوده است (۲۵).

بیشترین میزان فراوانی وسواس در مطالعه‌ی حاضر در هر سه گروه مربوط به حیطه‌ی شک و تردید می‌باشد که با هیچ یک از مطالعات فوق، هم‌خوانی ندارد. بیشترین میزان فراوانی در مطالعه‌ی جاییسورای (۲۳) و رضایی (۲۷) مربوط به حیطه‌ی شست و شو می‌باشد در حالی که در مطالعه‌ی مسعودزاده، این مورد مربوط به حیطه‌ی بازبینی می‌باشد (۲۵). هر سه مطالعه، شیوع وسواس را در جمعیت نوجوان بررسی نموده اند اما در مطالعه‌ی حاضر بررسی منحصر بر روی زنان و افرادی که در معرض رویدادهای زندگی مانند ازدواج، بارداری و تولد نوزاد هستند انجام شده است.

متأسفانه مطالعه‌ی مشابهی جهت مقایسه‌ی دقیق به دست نیامد. ضمن این که درصد‌های حاصل از فراوانی حیطه‌های وسواس با یکدیگر هم‌پوشانی زیادی دارند و افراد ممکن است چند حیطه را هم‌زمان تجربه نمایند. به نظر می‌رسد حیطه‌ی شک و تردید با توجه به وضعیت افراد در مطالعه‌ی حاضر که نیاز به تصمیم‌گیری‌های مهم و سریع دارند تحت تاثیر بیشتری قرار دارد. هر یک از حیطه‌های دیگر نیز به تنهایی نسبت به مطالعات ذکر شده از میزان بالاتری برخوردار بودند که باید مورد توجه قرار گیرند.

گرفته است. ابزار گردآوری اطلاعات شامل مصاحبه‌ی تخصصی ساختاریافته بر اساس چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و مقیاس اختلال وسواسی-جبری ییل‌براون برای تعیین شدت و نوع افکار وسواسی و اعمال جبری بود. نتایج این مطالعه نشان داد که شیوع OCD در زنان حامله در سه ماهه‌ی سوم بارداری به میزان ۳/۵ درصد بود (۴). در حالی که در مطالعه‌ی حاضر ابتدا به وسواس در سه ماهه‌ی اول تا سوم به ترتیب ۱۳/۵، ۱۹/۶ و ۲۱/۴ درصد بود که تفاوت معنی‌دار نبود. به نظر می‌رسد اختلاف آمارها و فراوانی بالاتر در مطالعه‌ی حاضر می‌تواند به این دلیل باشد که در مطالعه‌ی ذکر شده، تشخیص اختلال، مطرح بوده و با مصاحبه‌ی روان‌پزشکی تایید شده است اما در مطالعه‌ی حاضر، بررسی علایم، مورد توجه قرار گرفته است. بیمارانی که نمرات بالا بر اساس ابزارهای مورد استفاده داشتند به کلینیک سرپایی روان‌پزشکی بیمارستان ابن‌سینای مشهد، جهت انجام مصاحبه‌ی روان‌پزشکی و اقدامات درمانی معرفی شدند. شیوع اختلال وسواسی-جبری در مطالعه‌ی منگلی در غربالگری اختلالات روانی در دوران بارداری در شهر بابک کرمان ۲۹ درصد به دست آمد (۱۳). در مطالعه‌ی کاری در برزیل، غربالگری اختلالات روانی در دوران بارداری، شیوع اختلال وسواسی-جبری ۳۵/۶ درصد (۲۵) افکار وسواسی و ۱۰/۶٪ رفتارهای جبری) تخمین زده شد (۱۴). بنا بر این میزان دقیق شیوع OCD در دوره‌ی بارداری یا پس از زایمان، ناشناخته است.

بر اساس مقایسه‌ی میانگین نمرات مادزلی در حیطه‌های شست و شو، بازبینی، کندی و شک و تردید، نتایج نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین سه گروه قبل از ازدواج، باردار و پس از زایمان وجود ندارد. در کل نمونه‌ها، بیشترین میانگین به ترتیب مربوط به حیطه‌ی شک و تردید (۷۰/۰٪)، بازبینی (۶۱/۱٪)، کندی (۴۴/۴٪) و شست و شو (۴۰/۹٪) بود. نتایج مطالعه نشان داد که اختلاف آماری معنی‌داری بین سه گروه قبل از ازدواج، باردار و پس از زایمان از نظر فراوانی اختلال وسواسی-جبری در حیطه‌های شست و شو، بازبینی، کندی و شک و تردید وجود نداشت. در هر سه گروه (قبل



فراوانی شدت علائم در گروه غیر باردار در سواس خفیف با ۴۰ درصد بود در حالی که در گروه باردار و پس از زایمان، بیشترین فراوانی شدت اختلال مربوط به سواس متوسط با ۶۴/۹ درصد و ۷۵ درصد بود. بیشترین فراوانی در سواس شدید مربوط به گروه باردار با ۲۴/۳ درصد و بیشترین فراوانی در سواس بسیار شدید مربوط به گروه پس از زایمان با فراوانی ۸/۳ درصد بود. با توجه به این که وجود شدت متوسط به بالا می‌تواند زنگ خطر برای وجود بیماری باشد می‌توان دریافت، از میان زنانی که نمره‌ی مادزلی بالای ۱۵ داشته‌اند، در گروه غیر باردار ۴۵ درصد، در گروه باردار ۹۱/۹ درصد و در گروه پس از زایمان ۱۰۰ درصد موارد نمرات بالاتر از متوسط داشته و نیاز به پی‌گیری و بررسی دارند. این مسئله خود اهمیت دوره‌ی بارداری و غیر بارداری را در شدت علائم می‌رساند.

به دلیل محدودیت زمانی این پژوهش، بررسی مقطعی انجام شد و همچنین چون در این مطالعه هدف بررسی اختلال سواسی‌جبری بوده است از مصاحبه‌ی روان‌پزشکی به دلیل حجم بالای نمونه صرف نظر کرده و موارد مشکوک به کلینیک روان‌پزشکی معرفی و ارجاع شدند.

نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که زنان در طول دوران بارداری و پس از زایمان، در معرض ابتلا به اختلال سواسی‌جبری هستند. همچنین در مورد حیطه‌های مربوط به سواس، حیطه‌ی شک و تردید در بین حیطه‌های دیگر از بالاترین درصد فراوانی در بین سه گروه برخوردار است. شدت اختلال سواس در گروه پس از زایمان و بارداری نسبت به گروه غیر باردار از درصد بالاتری برخوردار بود. بنا بر این اطلاع‌رسانی و ایجاد زمینه‌ی آشنایی با اختلال سواسی‌جبری در دوران بارداری و پس از زایمان، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است چرا که سلامت روانی مادر تاثیر قابل توجهی بر سلامت روان کودک دارد.

درصد حیطه‌ی شست و شو که شاید یک حیطه‌ی عینی‌تر و قابل ارزیابی‌تر توسط افراد می‌باشد با درصدهای مطالعات دیگر، نزدیک‌تر است. باید یادآور شد که این ارزیابی جهت بررسی اختلال سواسی‌جبری بوده و به هیچ وجه، به کارگیری پرسش‌نامه‌های تشخیصی به تنهایی وجود بیماری را در فرد مطرح نمی‌نماید. جهت تشخیص دقیق و نهایی، مصاحبه‌ی روان‌پزشکی قطعاً ضرورت دارد که این یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

نتایج مقایسه‌ی شدت اختلال سواسی‌جبری در دوره‌های قبل ازدواج، بارداری و پس از زایمان نشان داد که بین سه گروه از نظر میانگین نمره‌ی میل‌براون اختلاف معنی‌داری وجود دارد. تفاوت میانگین نیز ناشی از معنی‌دار بودن اختلاف بین گروه قبل از ازدواج، باردار و گروه قبل از ازدواج و پس از زایمان می‌باشد، اطلاعات فوق از بالاتر بودن شدت سواس در دو گروه باردار و پس از زایمان حکایت داشت. این مورد می‌تواند ناشی از شدت مشکلات مادر و ایجاد حساسیت بالای این دو دوره از زندگی زنان باشد. در حالی که اختلاف معنی‌داری بین گروه باردار و پس از زایمان از نظر این متغیر وجود نداشت.

هم‌چنین در بررسی اختلال سواسی‌جبری به صورت مجزا در افرادی که توسط پرسش‌نامه‌ی مادزلی دارای این اختلال تشخیص داده شده بودند، نتایج نشان داد که میانگین شدت اختلال در سه گروه با هم تفاوت معنی‌داری دارد، در مورد سواس عملی نیز در بین سه گروه، میانگین شدت اختلال سواس عملی، اختلاف معنی‌داری داشت. میزان شدت اختلال سواس فکری و سواس عملی در گروه باردار و پس از زایمان بیشتر از گروه قبل از ازدواج بود.

بر اساس نتایج مشخص گردید که اختلاف آماری معنی‌داری بین سه گروه قبل از ازدواج، باردار و پس از زایمان از نظر فراوانی شدت اختلال سواسی‌جبری وجود دارد. بیشترین

## References

1. Merikangas KR. Anxiety disorders, epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (editors). Comprehensive textbook of psychiatry. 9<sup>th</sup>, ed. Voll. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009: 1906-1914.

2. Forray A, Focseneanu M, Pittman B. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* 2010; 71(8): 1061-8.
3. Labad J, Menchon J, Alonso P, Segalas C, Jimenez S. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 428-35.
4. Uguz F, Kaya V, Gezginc K, Kayhan F. Clinical correlates of worsening obsessive compulsive symptoms during pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 197-9.
5. Williams K, Koran L. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstrual. *J Clin Psychiatry* 1999; 58: 330-4.
6. Mania G, Albert U, Boggeto F, Vaschetto P, Ravizza L. Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): The role of pregnancy/delivery. *Psychiatry Res* 1999; 89: 49-58.
7. Pollitt J. Natural history of obsessional states. *Br Med J* 1957; 9: 133-40.
8. Ingram IM. Obsessional illness in mental hospital patients. *J Ment Sci* 1961; 107: 382-402.
9. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KA, Luenzmann KA. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *J Anxiety Disord* 2003; 17: 461-78.
10. Brandes M, Soares CN, Cohen LS. Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: Diagnosis and management. *Arch Womens Ment Health* 2004; 7: 99-110.
11. Labad J, Manuel Menchon J, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Vallejo J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 428-35.
12. Jeronima MA, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index. *BMJ* 1999; 318: 153-57.
13. Mongly M, Ramezany T, Alizadeh S. [Prevalence mental disorders in pregnancy]. *Journal of Andeesh va Rafter* 2004; 4: 45-55. (Persian)
14. Cury A, Menzes R, Zugaib M. common mental disorders during pregnancy: Prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12: 335-43.
15. Labad J, Manuel Menchon J, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Vallejo J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 428-35.
16. Hodgson RJ, Rachman S. Obsession-compulsive complains. *Arch Behav Res Ther* 1977; 15: 389-95.
17. Dadfar M. Comorbidity study of personality disorder among obsessive-compulsive patients. Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 1997: 105-20.
18. Stwketee G, Pigott T. Obsessive-compulsive disorder-the latest assessment and treatment strategies. 3<sup>rd</sup> ed. Kansas: Compact clinical; 2006: 100-106.
19. Mohammadkhan Sh, Farjad M. [The relationship of the metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive symptoms in non-clinical population]. *Journal of clinical psychology* 2010; 1(3): 35-51. (Persian)
20. Uwakwe R, Okonkwo JE. Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women: Validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107(4): 251-9.
21. Khodadoostan M. [Surveying the factors relative to postpartum depression]. MS. Dissertation. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences, College of nursing and midwifery, 1998: 55.
22. Nasiri S, Kordi M, Modares Gharavi M, Ebrahimzadeh S. [A comparative study on the effect of problem solving and relaxation on severity of depression symptoms in postpartum period]. *Journal of fundamentals of mental health* 2012; 14(3): 59-75. (Persian)
23. Jaisooray TS, Reddy YCJ, Srinath SC. Is juvenile OCD a development subtype of disorder? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003; 3: 290-7.
24. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozar M. Prevalence of OCD in IRAN. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 2. Doi:10.1186/1471-244X-4-2

- 25.Masoodzadeh A. [Prevalence of obsessive compulsive disorder in high school students of Sari city in 2007]. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2008; 6: 95-101. (Persian)
- 26.Humaida, M. A., Ismail, I. A., Abd-Alfattah, M., & Eisa,A. Prevalence rates of obsessive-compulsivesymptoms, obsessive-compulsive disorder, andpsychiatric comorbidity among secondary-schoolstudents in rural Rgypt. International Journal of Mental Health 2004 & Addiction, 7, 61-65.
- 27.Rezaee, F. [Prevalence of obsessive compulsive disorder in high school students of Neka in 2002]. Phd thesis. Mazandaran university of Medical science.

