مقاله پژوهشی

مقایسه رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی با مبتلایان به دیگر اختلالات اضطرابی و افراد سالم

دکتر سجاد بشرپور[۱]، دکتر پرویز مولوی[۲]*، دکتر سیامک شیخی[۳]

تاریخ دریافت: 1391/06/29 تاریخ پذیرش: 1391/08/28

چکیده

پیش زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی سه گروه از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری – عملی، مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی و گروه بهنجار انجام گرفت.

مواد و روش کار: در این مطالعه مقطعی – مقایسه‌ای دو گروه ۱۰۰ نفری از مبتلایان به اختلال وسواس فکری – عملی و بیماران مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی که از بین مراجعه کنندگان به درمانگاه روان‌پزشکی بیمارستان فاطمی شهر اردبیل به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند و یک گروه ۱۰۰ نفری از افراد عادی به عنوان گروه مقایسه که به تصادف انتخاب شده بودند شرکت داشتند. کلیه اعضای نمونه بعد از تشخیص روان‌پزشکی به پرسش‌نامه‌های وسواس فکری – عملی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی پاسخ دادند. داده‌های بدست آمده نیز با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیره، آزمون تعقیبی LSD و آزمون t مستقل تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در متغیر رضایتمندی زناشویی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وسواسی و بهنجار وجود ندارد ولی رضایتمندی زناشویی گروه مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی به طور معنی‌داری پایین‌تر از دو گروه دیگر بود. نتایج آشکار کرد که کیفیت زندگی بیماران وسواسی و مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی پایین‌تر از گروه بهنجار بود، همچنین بیماران وسواسی کیفیت زندگی بالاتری نسبت به مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی داشتند.

بحث و نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران وسواسی در مقایسه با دیگر اختلالات اضطرابی رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی بهتری دارند. این نتایج لزوم توجه به رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی در تشخیص و طرح ریزی الگوی درمان برای اختلالات مذکور را خاطر نشان می‌سازد.

کلید واژه‌ها: رضایتمندی زناشویی، کیفیت زندگی، اختلال وسواس فکری – عملی، اختلالات اضطرابی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و سوم، شماره ششم، ص ۶۰۵-۵۹۷، بهمن و اسفند ۱۳۹۱

آدرس مکاتبه: اردبیل، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دانشکده پزشکی، گروه روان پزشکی، تلفن ۰۴۵۱۵۵۱۶۴۰۱

Email: basharpoor_sajjad@yahoo.com

مقدمه

اختلال وسواس فکری – عملی یکی از متداول‌ترین اختلالات اضطرابی است که با میزان شیوع طول عمر تخمینی ۳-۲ درصد تقریباً دو برابر اختلالات اسکیزوفرنیا و دو قطبی شیوع دارد (۱). این اختلال با ظاهر شدن در طول دوره کودکی و بزرگسالی اولیه، یک سیر بروز ابتدایی دارد و در صورت عدم درمان روندی رو به نقصان پیدا می‌کند (۲). گزارش شده است که فاصله بین شروع علائم اختلال و رفتار جستجوی درمان توسط بیمار با تقریباً ۱۰ سال تأخیر همراه می‌شود. این در حالی است که اختلال وسواس فکری- عملی یکی از ناتوان کننده ترین اختلالات روان‌پزشکی بوده و توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از علل عمده ناتوانی در نظر گرفته شده است (۳).

اختلال وسواس فکری - عملی و همچنین سایر اختلالات اضطرابی حوزه‌های مختلی از زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. نتایج تحقیقات محققان به تأثیر منفی اختلال وسواسی بر

[۱] استادیار دانشگاه محقق اردبیلی

[۲] دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اردبیل (نویسنده مسئول)

[۳] استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2025-03-21]

رضایتمندی زناشویی اشاره دارند، برای مثال استائبر، پولارد و مرکل[1] (۱۹۹۳) همبستگی منفی بین اختلال وسواس و رضایت زناشویی را گزارش نمودند(۴). نتایج تحقیقات همچنین بیانگر این است که این اختلالات به طور متفاوتی بر زندگی افراد تأثیر می‌گذارند، خانواده بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری – عملی به جهت اینکه ممکن است در علائم هسته‌ای این اختلال درگیر شوند از خانواده مبتلایان به سایر اختلالات روان‌پزشکی متمایز می‌شوند. کودکان و بزرگسالان مبتلا به این اختلال اغلب والدین، همسران و کودکان خود را در تشریفات وسواسی روزمره درگیر می‌سازند در نتیجه سایر اعضای خانواده جهت انطباق با رفتارهای وسواسی و به حداقل رساندن اضطراب بیمار بر تشریفات وسواسی پافشاری می‌کنند(۷-۵). از طرف دیگر مسئولیت پذیری افراطی افراد وسواسی باعث می‌شود که آن‌ها بیشتر احساسات اضطراب و تنش و ناتوانی را تجربه کنند که این امر با پریشانی آشکار در روابط خانوادگی و اجتماعی آن‌ها مشخص می‌گردد. مجموع این عوامل برای بهزیستی افراد مبتلا به این اختلال زیان آور بوده و در نهایت به طور بالقوه‌ای به کاهش رضایت از زندگی و مشکلاتی در همسرگزینی، روابط اجتماعی و همچنین اشتغال آن‌ها منجر می‌گردد. در تأیید این امر نتایج چندین پژوهش حاکی از این است که ناسازگاری زناشویی، ناکامی، فشارزا های مالی و اقتصادی از جمله پیامدهای متداول اختلال وسواس فکری – عملی می‌باشند(۵، ۸، ۹). ولینک و همکاران(۱۰) نشان دادند که بیماران وسواسی خودشان را در متغیر رضایت زناشویی نسبت به دیگر گروه‌ها در سطح پایین ارزیابی می‌کنند. رفتارهای تشریفاتی این افراد به روابط اجتماعی پایین و نارضایتی زناشویی آن‌ها منجر می‌گردد(۱۱).

از طرف دیگر علاقه به پژوهش درباره وضعیت کیفیت زندگی در اختلالات اضطرابی به سرعت در حال افزایش است(۱۲).

نوربرگ، کالاماری، کوهن و ریمان[2] (۲۰۰۸) کیفیت زندگی ضعیف‌تری را در مبتلایان به اختلال وسواس فکری – عملی به ویژه در حوزه‌هایی نظیر عزت نفس و کار گزارش نمودند، ولی حوزه‌های دیگر کیفیت زندگی از جمله روابط اجتماعی، نقش‌های اجتماعی و شغل در سایر اختلالات اضطرابی از جمله اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب تعمیم یافته و غیره آسیب می‌بینند(۱۳). نتایج تحقیق کارنو، گولدینگ، سورنسو، بورنام و اودری[3] (۱۹۹۸) نشان داد که افراد وسواسی دوست دارند خودشان را از نظر کیفیت زندگی در سطح پایین ارزیابی کنند. همچنین این افراد از نظر اشتغال و وضعیت مالی نسبت به گروه‌های دیگر در سطح پایین قرار دارند(۱۴).

در رابطه با مؤلفه‌های کیفیت زندگی، کوران، تینرمان و داونپورت[4] (۱۹۹۶) گزارش کردند که مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی اغلب بیکار بوده و موقعیت اجتماعی- اقتصادی آشفته‌ای دارند و در ابعاد سلامت جسمانی همانند جمعیت عمومی هستند ولی در ابعاد سلامت روانی که شامل آسیب‌های کارکردی هم می‌باشد نارسایی دارند (۱۵).

نتایج تحقیق آلبرت، ماینا، بوگیتو، چیارلی ماتایکس-کولز[5](۲۰۰۹) نشان داد که در مقایسه با هنجارهای منتشر شده ایتالیایی، افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری – عملی در اکثر جنبه‌های کیفیت زندگی نارسایی نشان می‌دهند(۱۶). ایزن[6] و همکاران(۲۰۰۶) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند(۱۷).

با توجه به پیشینه فوق اگرچه نارسائی‌هایی در رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال وسواس و سایر اختلالات اضطرابی تشخیص داده شده است ولی مرور پژوهش‌های انجام گرفته بیانگر وجود برخی ناهماهنگی‌ها در این نتایج می‌باشد. این در حالی است که توجه به این دو مفهوم در اختلالات اضطرابی هم از لحاظ شناخت علائم و هم از لحاظ بررسی اثرات انواع درمان‌ها و انتخاب مداخله درمانی مناسب می‌تواند حائز اهمیت باشد. همچنین با توجه به اینکه رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی شامل ادراکات شخص از وضعیت زندگی خود در بستر فرهنگ و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند می‌باشد، بنابراین به احتمال زیاد تفاوت‌های فرهنگی هم در این امر می‌توانند اثر گذار باشند لذا بررسی این متغیرها در بیماران اضطرابی ایرانی در شناسایی چگونگی ارتباط این متغیرها با وسواس و سایر اختلالات اضطرابی می‌تواند مفید باشد. با توجه به موارد فوق هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال وسواس فکری – عملی با دیگر مبتلایان به اختلالات اضطرابی و گروه کنترل سالم می‌باشد.

مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر مقطعی – مقایسه‌ای بود. کلیه بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی مراجعه کننده به کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان فاطمی شهر اردبیل در سال ۱۳۸۸ جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری – عملی و ۱۰۰ نیز از بین مبتلایان به سایر

1. Staebler, Pollard & Merkel
2. Norberg, Calamari, Cohen & Reiman
3. Karno, Golding, Sorenson, Burnam & Audrey
4. Koran, Thienemann & Davenport
5. Albert, Maina, Bogetto, Chiarle & Mataix-Cols

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2025-03-21]

اختلالات اضطرابی که شامل اختلالات اضطراب منتشر، پانیک، فوبی ها و اختلال استرس پس از ضربه بودند و توسط روان پزشک معالج واجد اختلال تشخیص داده شده بودند، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. تعداد ۱۰۰ نفر نیز به تصادف از بین افراد سالم انتخاب و به عنوان گروه مقایسه در پژوهش شرکت کردند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از ۱. پرسشنامه محقق ساخته: اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها یعنی سن، جنس، تحصیلات، تعداد فرزندان، ترتیب تولد و وضعیت اشتغال و متغیرهای فردی اجتماعی دیگر با این ابزار مورد سنجش قرار گرفت. ۲. آزمون رضایت زناشویی اینریچ: این آزمون از ۱۱۵ سؤال و ۱۲ مقیاس تشکیل شده است که شامل موضوعات شخصیتی، ارتباطات، حل تعارض، مسایل مالی، اوقات فراغت، روابط جنسی، ترتیب فرزند، ارتباط با خانواده اصلی و دوستان، نقش‌های همسری و جهت گیری مذهبی و معنوی می‌باشد. السون و همکاران اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. با توجه به طولانی بودن سؤالات این مقیاس، فرم‌های متعددی از آن استخراج شده است. اولین بار اولسون فرم ۱۵ سؤالی آن را معرفی نمود و سپس فرم ۴۷ سؤالی آن ساخته شد (۱۸) در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این پرسش‌نامه استفاده شد که از ۴۷ سؤال تشکیل شده است. این آزمون توسط سلیمانیان(۱۳۷۹) در پژوهشی تحت عنوان بررسی تفکرات غیر منطقی بر نارضایتی زناشویی اعتبار یابی شد، شیوه نمره گذاری این پرسش‌نامه به روش لیکرت است که به هر گزینه از ۱ تا ۵ نمره داده می‌شود. سلیمانیان درباره اعتبار این پرسش‌نامه می‌نویسد که سؤالات به رؤیت متخصصین روان شناسی رسانده شد و روایی صوری پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت. در مرحله بعد بر روی یک گروه ۱۱ نفری اجرا گردید و ضریب پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد (۱۹). ۳. فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: پرسشنامه‌های زیادی برای ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است ولی پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به علت خصوصیات منحصر به فرد خود مورد توجه بیشتری واقع هستند. ابزار اندازه گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به دو صورت WHOQOL- 100 و WHOQOL- BRIEF پس از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سؤالات مقیاس ۱۰۰ سؤالی ساخته شد. نتایج حاصل از این دو پرسشنامه هم‌خوانی رضایت بخشی را در مطالعات مختلف نشان داده‌اند. در این مطالعه فرم WHOQOL- BRIEF به علت کم بودن سؤالات و راحتی استفاده انتخاب شده است. این پرسش‌نامه چهار حیطه سلامتی جسمانی، سلامتی روانی، روابط اجتماعی و سلامتی محیط را با ۲۴ سؤال مورد سنجش قرار می‌دهد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می‌باشند) دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد سنجش قرار می‌دهند بنابراین این پرسشنامه دارای ۲۶ آیتم می‌باشد که به هر سؤال از ۱ تا ۵ نمره داده می‌شود. نجات و همکاران (۱۳۸۵) پایایی این مقیاس را در حیطه سلامتی فیزیکی ۰/۷۷، سلامتی روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر ۸۴ /۰ به دست آورد. اعتبار این پرسشنامه در مطالعه فوق قابل قبول گزارش گردید(۲۰). ۴. پرسش‌نامه وسواس فکری- عملی مادسلی: پرسشنامه وسواس فکری و عملی مادسلی توسط هاجسون و راکمان(۱۹۹۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسش‌نامه شامل ۳۰ ماده است که نیمی از آن‌ها با کلید درست و نیمی با کلید غلط می‌باشد. این پرسش‌نامه در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادسلی توانسته است ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ بیمار اضطرابی به خوبی تفکیک نماید. هاجسون و راکمان (۱۹۷۷) در پژوهشی با ۴۰ بیمار نشان دادند که نمره کل این پرسش‌نامه نسبت به تغییرات درمانی حساس است. در کل ثابت شده است که پرسش‌نامه وسواسی مادسلی ابزار مناسبی برای درمانگران و پژوهشگران در رابطه با پیامد درمانی است. همچنین این پرسشنامه وسیله خوبی برای بررسی سبب‌شناسی سیر و پیش‌آگهی انواع مختلف شکایت‌های وسواسی می‌باشد. ضریب پایایی با روش بازآزمایی ۰/۸۹ بوده است(۲۱). از این ابزار در پژوهش حاضر برای تأیید تشخیص اختلال وسواس استفاده شد.

روش جمع آوری اطلاعات به این صورت بود که از بین مراجعین کلینیک روان پزشکی بیمارستان فاطمی شهر اردبیل افرادی که توسط روان‌پزشک معالج مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی یا سایر اختلالات اضطرابی تشخیص داده می‌شدند تعداد ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر برای هر گروه) انتخاب شدند، تشخیص روان‌پزشکی اختلال، داشتن نمره بالاتر از ۱۵ در آزمون وسواس مادسلی برای گروه وسواسی، داشتن تحصیلات راهنمایی و بالاتر، متأهل بودن یا داشتن ازدواج قبلی و سن بالاتر از ۱۸ معیارهای ورود آزمودنی‌ها به تحقیق بودند، داشتن اختلال همبود و مجرد بودن نیز از معیارهای خروج به حساب می‌آمدند. پس از تبیین اهداف پژوهش از اعضای نمونه درخواست گردید تا به پرسش‌نامه محقق ساخته، رضایتمندی زناشویی، کیفیت زندگی و وسواس فکری – عملی مادسلی به صورت انفرادی و در محل درمانگاه پاسخ دهند. داده‌های جمع آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2025-03-21]

تحلیل واریانس چند متغیره، آزمون تعقیبی LSD و آزمون t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

سه گروه ۱۰۰ نفری از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی و افراد سالم در این پژوهش شرکت داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن گروه بیماران وسواسی به ترتیب ۲۹/۲۳ و ۵/۶۸، مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی ۳۳/۷۹ و ۸/۵۹ و گروه بهنجار نیز برابر ۲۸/۶۸ و ۵/۵۷ بود. از لحاظ جنسیت در گروه وسواس ۵۶ نفر مرد و ۴۴ نفر زن حضور داشتند، در گروه سایر اختلالات اضطرابی ۳۶ نفر مرد و ۶۰ نفر زن و ۴ نفر نیز جنسیت خود را گزارش نکرده بودند در نهایت در گروه بهنجار نیز ۵۶ نفر مرد و ۴۴ نفر زن شرکت داشتند. در گروه وسواسی ۷۵ نفر وضعیت اقتصادی خود را متوسط و ۲۵ نفر خوب، در گروه سایر اختلالات اضطرابی ۲۲ نفر وضعیت اقتصادی خود را ضعیف، ۵۰ نفر متوسط و ۱۷ نفر نیز خوب گزارش نمودند و ۱۱ نفر نیز به این سؤال پاسخ نداده بودند. در گروه بهنجار نیز ۱۱ نفر وضعیت اقتصادی خود را ضعیف، ۷۶ نفر متوسط و ۱۳ نفر خوب گزارش کردند.

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف استاندارد نمرات سه گروه آزمودنی‌ها در آزمون‌های رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی (و مؤلفه‌های آن)

متغیرهای پژوهش	وسواسی		اضطرابی		بهنجار	
	M	SD	M	SD	M	SD
رضایتمندی زناشویی	۱۷۸/۱۴	۲۶/۹۰	۱۵۶/۹۴	۲۶/۰۸	۱۹۰/۱۶	۲۳/۶۸
سلامت جسمانی	۲۸/۸۹	۱/۴۴	۲۰/۷۱	۴/۱۱	۲۹/۹۱	۱/۹۴
سلامت روانی	۲۰/۳۹	۳/۱۵	۱۷/۳۵	۳/۳۶	۲۳/۹۷	۲/۰۷
سلامت محیط	۲۹/۱۴	۲/۸۵	۲۳/۹۴	۵/۵۱	۲۹/۵۶	۲/۸۲
روابط اجتماعی	۱۲/۰۳	۱/۶۶	۱۰/۶۷	۱/۹۷	۱۲/۱۸	۱/۱۹
کیفیت زندگی کلی	۹۷/۷۸	۷/۲۰	۷۸/۸۸	۱۱/۲۵	۱۰۳/۹۲	۶/۹۸

جدول شماره ۱ نتایج مربوط به میانگین و انحراف استاندارد نمرات سه گروه مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی، مبتلایان به دیگر اختلالات اضطرابی و گروه سالم را در متغیرهای رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن را (سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت محیط و روابط اجتماعی) نشان می‌دهد.

جدول شماره (۲): نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمرات سه گروه در متغیرهای وابسته

متغیرها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
رضایتمندی زناشویی	۲۵۲۵۸/۷۸	۲	۱۲۶۲۹/۳۹	۱۹/۳۳	۰/۰۰۱
سلامت جسمانی	۲۲۵۷/۰۹	۲	۱۱۲۸/۵۴	۱۲۱/۰۴	۰/۰۰۱
سلامت روانی	۹۵۵/۴۱	۲	۴۷۷/۷۰	۵۴/۲۹	۰/۰۰۱
سلامت محیط	۸۶۷/۲۴	۲	۴۳۳/۶۲	۲۳/۹۱	۰/۰۰۱
روابط اجتماعی	۶۱/۲۳	۲	۳۰/۶۱	۱۰/۶۶	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی کلی	۱۵۲۳۵/۴۷	۲	۷۶۱۷/۷۴	۸۹/۸۶	۰/۰۰۱

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2025-03-21]

جدول شماره ۲ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نمرات سه گروه آزمودنی‌ها در متغیرهای رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی را نشان دهد. همان‌طوری که ملاحظه می‌شود در تمامی متغیرها یعنی رضایتمندی زناشویی (F = ۱۹/۳۳، P< ۰/۰۰۱)، سلامت جسمانی (F = ۱۲۱/۰۴، P< ۰/۰۰۱)، سلامت روانی (F =۵۴/۲۹، P< ۰/۰۰۱)، سلامت محیط (F = ۲۳/۹۱، P<۰/۰۰۱)، روابط اجتماعی (F = ۱۰/۶۶، P< ۰/۰۰۱) و کیفیت زندگی کلی (F= ۸۹/۸۶، P< ۰/۰۰۱) تفاوت معنی‌داری بین سه گروه وجود دارد.

جدول شماره (۳): نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه دو به دوی میانگین گروه‌ها بر اساس شاخص‌های تفاوت میانگین‌ها و سطح معنی‌داری

متغیرها	گروه‌ها	اضطرابی	بهنجار
رضایتمندی زناشویی	۱. وسواسی	۲۱/۱۹ (P< ۰/ ۰۰۱)*	-۱۲/۰۱ (P= ۰/۰۶)
	۲. اضطرابی	-	-۳۳/ ۲۲ (P< ۰/۰۰۱)*
	۳. بهنجار		-
سلامت جسمانی	۱. وسواسی	8/۱۷ (P< ۰/۰۰۱)*	-۱/۰۲ (P = ۰/182)
	۲. اضطرابی	-	-۹/۲۰ (P< ۰/۰01) *
	۳. بهنجار		-
سلامت روانی	۱. وسواسی	3/۰۳ (P< ۰/۰01) *	-۳/۵۸(P< ۰/۰۰۱)*
	۲. اضطرابی	-	-۶/ ۶۱ (P< ۰/۰۰۱)*
	۳. بهنجار		-
سلامت محیط	۱. وسواسی	۵/ ۱۹ * (P< ۰/۰۰۱)	۰/۴۲ (P = ۰/۶۹)
	۲. اضطرابی	-	-۵/۰۳ (P< ۰/۰۰۱)*
	۳. بهنجار		-
روابط اجتماعی	۱. وسواسی	۱/۳۵ (P< ۰/۰۰۱)	-۲/۵۸ (P< ۰/۰۰۱)*
	۲. اضطرابی	-	-۲/۰۱ (P< ۰/۰۰۱)*
	۳. بهنجار		-
کیفیت زندگی کلی	۱. وسواسی	-۰/ ۷۲ (P = ۰/۲۸)	-۲/۰۵ (P< ۰/۰۰۱) *
	۲. اضطرابی	-	-۱/۳۴ (P< ۰/۰۲) *
	۳. بهنجار		-

نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه دو به دوی میانگین گروه‌ها نشان داد که در متغیر رضایتمندی زناشویی بین دو گروه وسواسی و سایر اختلالات اضطرابی تفاوت معنی‌داری وجود دارد به این صورت که رضایتمندی زناشویی گروه وسواسی به طور معنی‌داری بیشتر از رضایتمندی مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی می‌باشد. تفاوت معنی‌داری بین رضایتمندی زناشویی گروه وسواسی و بهنجار مشاهده نشد. ولی رضایتمندی زناشویی گروه مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه بهنجار بود. از نظر مؤلفه‌های سلامت جسمانی گروه وسواسی به طور معنی‌داری بهتر از گروه سایر اختلالات اضطرابی بود، ولی تفاوت معنی‌داری بین سلامتی جسمانی گروه وسواسی و گروه بهنجار مشاهده نشد. ولی سلامت جسمانی گروه دیگر اختلالات اضطرابی به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه بهنجار بود. سلامت روانی گروه وسواس به طور معنی‌داری بهتر از گروه مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی ولی پایین‌تر از گروه بهنجار بود. همچنین سلامت روانی گروه مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی هم به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه بهنجار بود. در مؤلفه سلامت محیط گروه وسواسی به طور معنی‌داری بهتر از گروه اضطرابی بود ولی با گروه بهنجار تفاوت معنی‌داری نداشت و گروه مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی نیز سلامت محیط پایین‌تری نسبت به گروه بهنجار داشتند. در مؤلفه روابط اجتماعی تفاوت معنی‌داری بین گروه وسواس و مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی مشاهده شد به این

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2025-03-21]

صورت که گروه وسواس روابط اجتماعی بهتری نسبت به گروه مقایسه داشت، ولی تفاوت معنی‌داری بین این گروه با گروه بهنجار در روابط اجتماعی مشاهده نشد. همچنین مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی روابط اجتماعی پایین‌تری نسبت به گروه بهنجار داشتند. در نهایت در نمره کلی مقیاس کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وسواس و مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی با گروه بهنجار وجود داشت. همچنین بین دو گروه وسواس و مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده شد به این صورت که گروه وسواسی کیفیت زندگی بهتری نسبت به مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی داشتند.

جدول شماره (۴): مقایسه میانگین نمرات بیماران مرد و زن مبتلا به وسواس در متغیرهای رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی

متغیرها	جنس	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی‌داری
رضایتمندی	مرد	۱/۸۲	۱۶/۶۱	۰/۱۷	۰/۸۶
زناشویی	زن	۱/۸۰	۳۱/۸۵		
کیفیت	مرد	۹۸/۶۶	۵/۱۷	۲/۰۳	۰/۰۵
زندگی	زن	۹۳/۲۱	۱۳/۴۷		

جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وسواسی زن و مرد در متغیر رضایت زناشویی وجود ندارد، ولی از لحاظ کیفیت زندگی این دو گروه تفاوت معنی‌داری با هم داشتند به این صورت که مردان وسواسی کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان وسواسی داشتند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی در سه گروه از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی و گروه کنترل بهنجار انجام گرفت. فرضیه اول پژوهش حاضر این بود که بین سه گروه از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری – عملی، افراد مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی و افراد سالم در متغیر رضایتمندی زناشویی تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین این سه گروه در میزان رضایتمندی زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به این صورت که میزان رضایتمندی زناشویی گروه مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی به طور معنی‌داری پایین‌تر از دو گروه دیگر (گروه وسواسی و بهنجار) می‌باشد، ولی تفاوت معنی‌داری بین رضایتمندی زناشویی گروه وسواسی و بهنجار مشاهده نشد. این نتایج در تضاد به نتایج به دست آمده توسط لیوینگ استون- وان نوپن و همکاران(۱۹۹۰)، کوپر (۱۹۹۶)، املکامپ، دِهان و هوگدوئین، (۱۹۹۰) و ولینک و همکاران(۲۰۰۶) مبنی بر ناسازگاری زناشویی گروه بیماران وسواسی در مقایسه با افراد بهنجار می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که چون مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی ممکن است از بیان نشانه‌های خود شرم داشته باشند به احتمال زیادی آن‌ها را پنهان می‌سازند، همچنین در مقایسه با نشانه‌های سایر اختلالات اضطرابی، بسیاری از خانواده‌ها آگاهی چندانی درباره نشانه‌های این اختلال ندارند (۲۳) این دو عامل می‌توانند باعث شوند که رابطه بیمار با شریک زندگی چندان تحت تأثیر علائم وسواسی قرار نگیرد. همچنین این نتایج با توجه به ساختار فرهنگ مذهبی محل انجام پژوهش نیز قابل تبیین است (۵، ۸، ۹، ۱۰). منطقی به نظر می‌رسد که وسواس‌های فکری و عملی نمونه اخیر بیشتر جنبه مذهبی داشته و سایر اعضای خانواده به خصوص همسانشان در تشریفات وسواسی در گیر می‌شوند، بنابراین نوع وسواس‌ها هم برای خود این بیماران و هم سایر اعضای خانواده به میزان کمتری غیر عادی تلقی شده، در نتیجه در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی کمتر منجر به نارضایتی و آشفتگی زناشویی می‌گردید.

فرضیه دوم پژوهش حاضر این بود که بین سه گروه از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری – عملی، افراد مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی و افراد سالم در متغیر کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین کیفیت زندگی دو گروه وسواس و مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی با گروه بهنجار وجود داشت. همچنین تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وسواسی و مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی مشاهده گردید به این صورت که گروه وسواسی کیفیت زندگی بهتری نسبت به سایر مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی داشتند. این نتایج همسان با نتایج پژوهش‌های الاتونجی، سیسلر و تولین

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2025-03-21]

(۲۰۰۷)، نوربرگ و همکاران (۲۰۰۸)، کارنو و همکاران (۱۹۹۸) مبنی بر پایین بودن کیفیت زندگی مبتلایان به اختلالات اضطرابی در مقایسه با گروه بهنجار می‌باشد(۲۲، ۱۴، ۱۳). بنابراین به نظر می‌رسد کیفیت زندگی از جمله حوزه‌هایی باشد که اختلالات اضطرابی و به ویژه اختلال وسواس تأثیر منفی بر آن دارند.

در رابطه با مؤلفه‌های کیفیت زندگی، نتایج بدست آمده نشان داد که سلامت روانی گروه وسواس به طور معنی‌داری بهتر از گروه مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی ولی پایین‌تر از گروه بهنجار بود. همچنین سلامت روانی گروه مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی هم به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه بهنجار بود. این نتایج با نتایج تحقیقات کوران و همکاران(۱۹۹۶)، ایزن[1] و همکاران(۲۰۰۶)، آلبرت[2] و همکاران (۲۰۰۹) هم‌خوانی دارد (۱۵، ۱۶، ۱۷). از آنجا که افکار وسواسی برای فرد تنفر آمیز و شرم آور ادراک می‌شوند و در کنار این وقت گذرانی در تشریفات و آیین‌های وسواسی و انزوای اجتماعی می‌توانند از جمله علل احتمالی آسیب به سلامتی روانی این افراد باشد ولی شدت این آسیب در مقایسه با سایر علائم سایر اختلالات اضطرابی کمتر است. نتایج همچنین نشان داد که سلامت جسمانی گروه وسواسی به طور معنی‌داری بهتر از گروه اضطرابی بود. ولی تفاوت معنی بین سلامتی جسمانی گروه وسواسی و گروه بهنجار مشاهده نشد. به علاوه سلامت جسمانی گروه اضطرابی به طور معنی‌داری پایین‌تر از پایین‌تر از گروه بهنجار بود. این نتایج با نتایج پژوهش کوران۳ و همکاران (۱۹۹۶) هم‌خوانی دارد (۱۵). با توجه به نیم‌رخ علائم اختلال وسواس فکری – عملی که بیشتر ماهیت روانی دارد می‌توان انتظار داشت که سلامت جسمانی این افراد در مقایسه با مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی که نیم‌رخ علائمشان بیشتر سیستم فیزیکی بدن و محور هیپوتالاموس- هیپوفیز و آدرنال (فعالیت دستگاه خودکار، مشکلات فیزیکی و...) را نیز درگیر می‌سازد بدون آسیب باقی مانده باشد. نتایج حاصل نشان داد که در مؤلفه روابط اجتماعی تفاوت معنی‌داری بین گروه وسواس و مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی وجود داشت به این صورت که گروه وسواس روابط اجتماعی بهتری نسبت به گروه مقایسه داشتند. ولی تفاوت معنی‌داری بین این گروه با گروه بهنجار مشاهده نشد. ولی مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی روابط اجتماعی پایین‌تری نسبت به گروه بهنجار داشتند. این نتایج نیز با نتایج پژوهش نوربرگ و همکاران(۲۰۰۸) هم‌خوانی دارد که گزارش کرده‌اند در حوزه‌هایی نظیر روابط اجتماعی، نقش‌های اجتماعی و غیره، بیماران وسواسی نسبت به سایر اختلالات اضطرابی نارسایی کمتری دارند(۱۳). از آنجا که دوستان و سایر آشنایان بیماران وسواسی معمولاً در تشریفات وسواسی آن‌ها شرکت می‌کنند و سعی می‌کنند حمایت اجتماعی لازم را برای آن‌ها فراهم کنند بنابراین این شرایط باعث می‌شود که بیماران وسواسی روابط اجتماعی همسان با افراد بهنجار داشته باشند ولی در مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی، اضطراب شدید باعث کناره گیری و انزوای اجتماعی و در نهایت آسیب به روابط اجتماعی می‌گردد. در مؤلفه سلامت محیط نیز همسان با مؤلفه روابط اجتماعی گروه وسواسی به طور معنی‌داری بهتر از گروه اضطرابی بود ولی با گروه بهنجار تفاوت معنی‌داری نداشت و گروه مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی نیز سلامت محیط پایین‌تری نسبت به گروه بهنجار داشتند. با توجه به اینکه وجه مشخصه اختلال وسواس افکار وسواسی می باشد که در شخص ایجاد اضطراب می‌کند و منجر به اعمال وسواسی می‌گردد بنابراین شخص بیشتر ریشه مشکل را در خود و افکار خود می‌داند تا عوامل محیطی. بنابراین انتظار بر این است که افراد وسواسی سلامت محیط را همانند افراد سالم ادراک کنند.

در نهایت یافته آخر پژوهش حاضر این بود که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وسواسی زن و مرد در متغیر رضایت زناشویی وجود ندارد. این امر عدم تأثیر جنسیت فرد وسواسی بر رضایتمندی زناشویی او را آشکار می‌سازد. ولی از لحاظ کیفیت زندگی این دو گروه تفاوت معنی‌داری با هم داشتند به این صورت که مردان وسواسی کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان وسواسی داشتند. این امر نیز نشان‌دهنده توانایی بیشتر مردان و آسیب پذیری زنان در مقابله با اضطرابی است که افکار وسواسی ایجاد می‌نماید.

در کل نتایج این پژوهش آشکار کرد بیماران وسواسی در مقایسه با دیگر اختلالات اضطرابی رضایت‌مندی زناشویی و کیفیت زندگی بهتری دارند. این پژوهش چند محدودیت نیز داشت: اولاً برای تشخیص بیماران فقط از تشخیص روان پزشکی استفاده گردید دوماً برای ارزیابی متغیرهای وابسته فقط به ابزارهای خود گزارشی اکتفا شد بر این اساس پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس ملاک‌هایDSM-IV-TR در کنار تشخیص روان پزشکی هم استفاده گردد و برای جمع آوری داده‌های لازم نیز از منابع دیگر اطلاعاتی نظیر از مصاحبه با اعضای خانواده و غیره نیز استفاده گردد. نتایج این پژوهش لزوم توجه به رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی در تشخیص و طرح ریزی الگوی درمان برای اختلالات مذکور را خاطر نشان می‌سازد.

[1] Eisen
[2] Albert
[3] Koran

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2025-03-21]

سپاسگزاری

بدین وسیله از زحمات ریاست محترم درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان فاطمی شهر اردبیل به خاطر همکاری صمیمانه و همچنین تمامی شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

1. Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu I, Hendler T. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. J Clin Psychiatry 1997; 58 (12): 7-10.
2. Maina G, Albert U, Bogetto F, Ravizza L. Obsessive-compulsive syndromes in older adolescents. Acta Psychiatry Scand 2003; 100: 447-50.
3. WHOQOL group. WHOQOL-Brief Introduction, Administration and scoring, Field, Trial version. Geneva: World Health Organization; 1996. P. 115-80.
4. Staebler CR, Pollard CA, Merkel WT. Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: a comparison with two other psychiatric samples. J Sex Marit Ther 1993; 19: 147-53.
5. Livingston-Van Noppen B, Rasmussen S, Eisen J, McCartney L. Family function and treatment in obsessive compulsive disorder. In: Jenike M, Baer L, Minichello W, Editors. Obsessive compulsive disorder: theory and management. 2nd Ed. Chicago: Yearbook Medical Publishers; 1990. P. 325-40.
6. Marks IM. Fears, phobias, and rituals. New York: Oxford University Press; 1995. P. 180.
7. Rachman S, Hodgston RJ. Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs,NJ: Prentice-Hall; 1980. P. 15-30.
8. Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. Am J Orthopsychiatry 1996; 66: 296-304.
9. Emmelkamp PMG, DeHaan E, Hoogduin CAL. Marital adjustment and OCD. Br J Psychiatry 1990; 156: 55-60.
10. Vulink NCC, Denys D, Bus L, Westenberg HGM. Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder? J Affect Disord 2006; 91: 19-25.
11. Schneier FR, Heckleman LR, Garfinkel R, Campeas R, Fallon BA, Gitow A, et al. Functional impairment in Social Phobia. J Clin Psychiatry 1994; 55: 322-31.
12. Barrera TL, Norton PJ. Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. J Anxiety Disord 2009; 23: 231-45.
13. Norberg MM, Calamari JE, Cohen RJ, Reiman BC. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. Depression Anxiety 2007; 25: 248-59.
14. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam M, Audrey M. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry 1998; 45: 1094-9.
15. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1996; 153: 783-8.
16. Albert U, Maina G, Bogetto F, Chiarle A, Mataix-Cols D. Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry 2010; 51(2), 193-200.
17. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, et al. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. Compr Psychiatry 2006; 47: 270-5.
18. Foweres BJ, Olson DH. ENRICH martial inventory: a discriminate validity and cross

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2025-03-21]

validation assessment. J Marit Fam Ther 1989; 15: 65-79.

19. Soleymanian AA, effect of illogical thoughts on marital unsatisfaction. (Dissertation) Tehran: University of Tarbiat Moalem; 1995. P. 80-121. (Persian)
20. Najatsafa S, Montazeri A, Holakuiy Naini K, Mohamad K, Majdzade SR. Standardization of WHO Quality of life questionnaire. J Health Res Inst 2005; 4(4): 1-12. (Persian)
21. Abolghasemi A, Narimani M. Psychological tests. Ardebil: Republication Baghe Rezvan; 2004. P. 134-6. (Persian)
22. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2007; 27: 572-81.
23. Sarason IG, Sarason B. Abnormal psychology: the problem of maladaptive behavior. Delhi: Pearson; 2005.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2025-03-21]