

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره نهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۴

ویژگی‌های همه‌گیر شناسی و بالینی باورهای وسواسی و اختلال وسواسی-اجباری در

دانش‌آموزان ۱۷-۸ ساله شهر کرمانشاه، سال ۱۳۹۴

نسرین حیدری‌زاده^{۱*}، بهروز بهروز^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۴/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۲۵

خلاصه

مقدمه: اختلال وسواسی-اجباری (Obsessive-Compulsive Disorder) کودکان یک اختلال روانی-عصبی مزمن و ناتوان‌کننده است که با اختلال قابل توجهی در عملکرد روانی-اجتماعی همراه است. هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های همه‌گیرشناسی و بالینی باورهای وسواسی و OCD در دانش‌آموزان ۱۷-۸ ساله شهر کرمانشاه بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش از نوع مقطعی می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان ۱۷-۸ ساله شهر کرمانشاه، سال ۱۳۹۴ در مقاطع ابتدایی و متوسطه اول بود. با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ۷۶۲ نفر انتخاب و پرسشنامه‌های متغیرهای جمعیت‌شناختی، باورهای وسواسی (OBQ-CV)، و اختلال وسواسی/اجباری (OCI-CV) تکمیل گردیدند. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی، آزمون مجذور کای و رگرسیون لجستیک تحلیل شد.

یافته‌ها: میزان شیوع OCD همراه با OB در کل نمونه ۱۶/۸۰٪، در دانش‌آموزان دوره متوسطه اول ۱۹٪ و ابتدایی ۱۴/۵۰٪ بود. میزان شیوع در پسران بیشتر از دختران ($p=0/041$)، و در دوره متوسطه اول بیشتر از ابتدایی بود ($p=0/036$). همبستگی بین OB و OCD از نظر آماری معنی‌دار بود ($p<0/05$). بین زیرمقیاس‌های OB، بیش‌برآورد تهدید، شایع‌ترین و اهمیت/کنترل فکر، کم‌ترین شیوع اما بین زیرمقیاس‌های OCD، افکار وسواسی، شایع‌ترین و خنثی‌سازی، کم‌ترین شیوع را داشت. بین همه عوامل جمعیت‌شناختی، به جز نوع تولد رابطه معنی‌داری با شیوع OB و OCD وجود داشت ($p<0/05$).

نتیجه‌گیری: شیوع OB و OCD در دانش‌آموزان شهر کرمانشاه در مقایسه با سایر پژوهش‌های انجام گرفته در داخل و خارج از کشور قابل ملاحظه است (۱۶/۸۰٪). با این وجود، لزوم سیاست‌گذاری‌های سلامت روان در دانش‌آموزان برای کاهش بار آسیب در آینده و ارایه راه‌کارهای برون رفت از این مسئله به قوت خود باقی است.

واژه‌های کلیدی: باورهای وسواسی، اختلال وسواسی-اجباری، دانش‌آموزان، کرمانشاه

۱- مربی، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست‌الکترونیکی: Nasrin_heidarizadeh61@yahoo.com، تلفن: ۰۹۱۸۱۳۰۳۹۸۲

۲- باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

بی‌نوشت: این تحقیق با استفاده از اعتبارات مالی دانشگاه پیام‌نور انجام شده است و حاصل بخشی از یک طرح پژوهشی می‌باشد.

ناکارآمد" در ایجاد و تداوم اختلال تأکید دارند [۱۴]. این مدل‌ها، افکار مزاحم را به عنوان "محرك شناختی" و تفکرات و باورهای اتوماتیک منفی را به عنوان "پاسخ شناختی" فرض می‌کنند [۱۱]. این باورها و تفکرات اتوماتیک منفی، هیجان‌ها و رفتارهای شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهند. باورهای وسواسی باعث ارزیابی منفی "مختص-موقعیت" از افکار مزاحم ناخواسته می‌شود که موقع بروز چنین افکار مزاحمی، ادارک تهدید (اضطراب وسواسی) فراخوانده می‌شود [۱۴-۱۱]. Kobori و Salkovskis [۱۳] اظهار می‌دارند این افکار مزاحم بهنجار، به شرطی به وسواس‌های بالینی مداوم و تشویش برانگیز تبدیل می‌شود که به گونه تهدیدی ارزیابی شود و فرد در مقابل آن احساس مسئولیت نماید. ارزیابی شامل معنادگی به افکار مزاحم به صورت تعبیرهای منفی، انتظارات منفی یا اشکال دیگر قضاوت می‌باشد [۱۲]. علاوه بر ارزیابی‌های منفی، تصور می‌شود که باورهای وسواسی و ناکارآمد بنیادی مسئول ارزیابی منفی و پدیدآیی وسواس‌ها باشند [۱۴]. پژوهش Lack و همکاران [۱۵] نشان داد که کیفیت زندگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به OCD همانند بزرگسالان مبتلا به سایر اختلالات روان‌شناختی پایین می‌باشد و در پرسشنامه کیفیت زندگی نمرات پایینی نسبت به آزمودنی‌های سالم کسب می‌کنند. Masi و همکاران [۱۶] نشان دادند که در نوجوانان بین نوع وسواس و جنسیت فرد رابطه وجود دارد، یعنی بُعد "نظم/تقارن" در پسران اما بُعد "آلودگی/تمیز کردن" در دختران بیشتر می‌باشد.

همچنین، پژوهش Mataix-Cols و همکاران [۱۷] نشان داد پسران بیشتر احتمال دارد وسواس جنسی و دختران بیشتر وسواس احتکار را نشان دهند. علائم احتکار در OCD کودکان شایع است، به ویژه در بین دختران و با سطح بالاتری از ناتوانی همراه است. نمرات بالا در بُعد احتکار با افزایش اختلال در سطح کنیدی فراگیر، مسئولیت، ناتوانی در تصمیم‌گیری، تردیدهای مرضی و انواع مشکلات خلقی همراه می‌باشد. اگرچه داده‌های توصیفی در زمینه سابقه طبیعی هر نوع اختلالی مفید است و چنین داده‌هایی درباره OCD نیز در پژوهش‌های خارج از کشور به چشم می‌خورد، اما باید چنین داده‌هایی را با احتیاط ذکر و تفسیر نمود [۱۰]. این داده‌ها

امروزه مشکلات بهداشت روانی کودکان و نوجوانان از مسائل مهم اجتماعی به شمار می‌آید [۱]. فشارهای روانی، زمانی تنها در بزرگسالان شایع بود، اما اکنون در کودکان ۴ ساله نیز دیده می‌شود [۲]. افزایش فشارهای روانی، به شدت یافتن اختلالات روان‌شناختی از قبیل اختلال وسواسی-اجباری (OCD) و نشانه‌های آن می‌انجامد [۲].

اختلال OCD نشانگان عصب-روان‌شناختی پیچیده‌ای است که در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) طبقه تشخیصی مستقلی را تشکیل می‌دهد [۳]. خصیصه اصلی آن وجود افکار ناخواسته، تکراری، مزاحم و نیز رفتارهای تکراری، آزاردهنده آئینی و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای را برای فرد به بار می‌آورد [۴]. میزان شیوع مادام‌العمر OCD در جمعیت عمومی حدود ۲ تا ۳/۲ درصد است [۵]؛ اما این اختلال با توجه به مراجعین کلینیک‌های تخصصی، بیشتر از آنچه تصور می‌گردد، شایع است [۶]. OCD چند الگوی عمده شامل: آلودگی/تمیز کردن، تردید مرضی/چک کردن، احتکار، افکار مزاحم و نظم/تقارن دارد [۷]. با این وجود در کودکان و نوجوانان به علت شرم و احساس منفی، کمتر آن را مستقیماً نشان می‌دهند [۸]. بنابراین، نشانه‌ها و علائم درمان نشده OCD در این گروه سنی اغلب پنهان مانده و به علت درمان نشدن، شدت می‌یابند [۹، ۵].

شیوع OCD معمولاً تدریجی و میانگین سن شروع آن در حدود ۹ تا ۱۲ سالگی است [۱۰]. پژوهشگران در دهه اخیر علاقه زیادی به بررسی عامل شناخت در OCD نشان داده‌اند و در زمینه تحقیق و درمان آن، به ساختارها، فرآیندها و محتوای شناختی این اختلال توجه خاصی نموده‌اند [۱۱، ۱۲]. یک مدل شناختی متداول از OCD که به وسیله Salkovskis [۱۳] ارائه شده است، ریشه در این مفهوم دارد که افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های مزاحم، رخدادهای بهنجار و جهان شمول‌اند. چنین افکار مزاحمی، نوعاً نگرانی‌های جاری فرد را منعکس می‌کند و می‌توانند به‌طور خودکار یا به وسیله نشانه‌های بیرونی راه اندازی شوند. رویکردهای شناختی-رفتاری جاری اختلال OCD، بر نقش "باورهای وسواسی و

تقریباً ۲۰ درصد کودکانی که اختلالات مزمن و جدی دارند، در طول زندگی خود با مشکلات چشمگیری مواجه می‌شوند. آن‌ها معمولاً تحصیلات خود را به اتمام نمی‌رسانند و غالباً به مشکلات اجتماعی یا اختلالات روان‌شناختی مبتلا می‌شوند که اکثر جنبه‌های زندگی‌شان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد [۴]. در این خصوص، هرچند که پیشگیری ثانویه (مداخلات درمانی) همواره کارآمد و مؤثر نبوده است ولی شواهد نشان می‌دهد، پیشگیری اولیه می‌تواند مشکلات روانی-اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی آتی را به طور چشمگیری کاهش دهد [۳]. لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های همه‌گیر شناسی و بالینی باورهای وسواسی و اختلال وسواسی-اجباری در دانش‌آموزان ۷-۱۸ ساله شهر کرمانشاه، در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی (Cross-sectional) است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان ۸ الی ۱۷ ساله مشغول به تحصیل در سال ۱۳۹۴ شهر کرمانشاه در مقاطع "ابتدایی و متوسطه اول" بود. تعداد نمونه با استفاده از "فرمول تعیین حجم نمونه Cochran's"، و براساس "جدول Morgan و Krejcie" و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ۳۶۱ نفر به دست آمد [۱۸]. در مرحله بعد میزان اثر طرح براساس فرمول $Deff=1+P_{cs}(M-I)$ ، $1/8$ محاسبه شد. با توجه به این امر که در این نوع مطالعه متغیرهای کنترل نشده زیادی وجود دارند و نیز، برای بالا بردن دقت نمونه‌گیری این مقدار ۲ در نظر گرفته شد [۶، ۷]، و براساس فرمول در نهایت تعداد ۷۶۲ نفر برای نمونه‌گیری در نظر گرفته شد که از این تعداد ۳۸۲ نفر دانش‌آموز دوره متوسطه اول و ۳۸۰ نفر دانش‌آموز دوره ابتدایی بودند.

$$\frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right)} = \frac{384.16}{1 + \frac{1}{6481} (384.16 - 1)} = 361$$

۳۴ مدرسه گرفته شد (۱۹ مدرسه ابتدایی و ۱۵ متوسطه اول)؛ سپس، به صورت تصادفی از بین مدارس هر منطقه ۸ مدرسه انتخاب شد (۴ مدرسه ابتدایی و ۴ متوسطه اول)؛ در نهایت، طی یک دوره دو ماهه (از تاریخ ۱۳۹۴/۹/۱۲ تا

غیردقیق و اغلب بازنگرانه، ناقص و دست‌کم بدون شیوه مناسب نمونه‌گیری با نتایج متناقض هستند اما حتی با وجود این ایرادهای مبسوط در پژوهش‌های خارج از کشور، ادبیات تحقیقی مناسبی در این خصوص در ایران که با متدهای علمی و روزآمد از تعاریف، طبقه‌بندی و تشخیص OCD و OB همخوان باشد، وجود ندارد. لذا این پژوهش با اذعان به مطالب مطرح شده فوق، می‌تواند ارزشمند باشد.

دوران کودکی و نوجوانی زمانی حیاتی برای پیشگیری، درمان و ارتقاء سلامت و همچنین، حمایت از خانواده‌های در معرض خطر به منظور جلوگیری از شروع زودرس برخی از اختلالات و شدت یافتن آن‌ها می‌باشد. به منظور کاهش بار بالقوه و مشکلات مادام‌العمر، شناسایی به موقع بسیار حائز اهمیت است [۳، ۱]. بیشتر مطالعات در سال‌های اخیر، پیرامون کاهش و درمان نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی در بزرگسالان انجام گرفته است. متأسفانه نتایج به دست آمده از مدل‌ها و درمان‌های بزرگسالان قابل‌تعمیم به کودکان و نوجوانان نیستند [۶]؛ بنابراین، نظریه‌های سبب‌شناختی و همچنین، همه‌گیر شناسی باید در این گروه سنی به گونه‌ای مستقل بررسی شود. از دیگر سو، درمان کودکان و نوجوانان دارای اختلال روان‌شناختی از چالش‌انگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی است. امروزه کمتر از ۱۰ درصد کودکانی که مشکلات بهداشت روانی دارند، از خدمات مناسب بهره‌مند می‌شوند [۱]. چنانچه مشکلات کودکان، ماه‌ها و سال‌ها بدون شناسایی و درمان ادامه یابد، مشکلات بهداشت روانی‌شان در بلندمدت حادث می‌شود. تکالیف رشدی به اندازه کافی دشوار است، چه برسد به آنکه فشارهای ناشی از آشفتگی‌های هیجانی یا رفتاری که فرآیند سیر رشد را از راه‌های گوناگون مختل می‌سازد، به آن‌ها نیز اضافه شود.

شیوه نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای بدین صورت بود که ابتدا از بین سه منطقه موجود به تصادف مناطق ۱ و ۳ انتخاب شدند و با مراجعه به آموزش و پرورش مناطق مربوطه، لیست تمامی مدارس ابتدایی و متوسطه اول به تعداد

مقیاس شامل کمال‌گرایی/اطمینان‌جویی، اهمیت/کنترل فکر، مسئولیت‌پذیری افراطی، و بیش‌برآورد تهدید می‌باشد. درجه‌بندی هر یک از سؤالات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (با نمره ۱) تا کاملاً موافقم (با نمره ۵) صورت می‌گیرد [۱۹]. حداقل نمره اکتسابی ۴۴ و حداکثر آن ۲۲۰ با نمره برش ۱۳۲ می‌باشد [۲۰]. مطالعات انجام شده حاکی از بالا بودن اعتبار و پایایی آن است [۲۱]. در هنجاریابی ایرانی به وسیله Halvaiepour و همکاران [۲۰]، نیز، روایی و پایایی آن ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ درصد گزارش گردیده است.

۳) پرسشنامه اختلال وسواسی/اجباری-نسخه کودک‌کان (OCI-CV): یک پرسشنامه خودگزارشی می‌باشد که به وسیله Foa و همکاران [۲۲] برای ارزیابی نشانگان OCD با دامنه سنی ۷ تا ۱۷ سال تدوین شده است؛ و دارای ۲۱ سؤال با ۶ زیر مقیاس شامل چک کردن، افکار وسواسی، احتکار، شستشو، مرتب کردن و خنثی‌سازی می‌باشد. هر یک از سؤالات آن در طیف لیکرت ۳ درجه‌ای از هرگز (با نمره صفر) تا همیشه (با نمره ۲) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره اکتسابی (صفر) و حداکثر آن ۴۲ با نمره برش ۲۱ است [۲۳]، [۲۲]. اعتبار مقیاس مطلوب و پایایی آن به روش همسانی درونی و باز آزمایی برای نمره کل ۰/۸۵ و ۰/۷۷ درصد و برای هر یک از زیر مقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ درصد گزارش گردیده است [۲۲]. در هنجاریابی ایرانی به وسیله Karimi و همکاران [۲۳] نیز، روایی و پایایی آن ۰/۸۵ درصد و برای هر یک از زیر مقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۳ درصد گزارش گردیده است.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی، آزمون مجذور کای و رگرسیون لجستیک استفاده شد. تمامی تحلیل‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ صورت گرفت. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای تشخیص "داده‌های پرت" (Outliers) علاوه بر دقت در ثبت دقیق داده‌ها و بررسی چشمی آن‌ها از شاخص‌های آماری Rstudent و Cook's D استفاده شد و برای اجتناب از مسأله "چندخطی بودن" (Multicollinearity) نیز، متغیر تصنعی برای طبقه اول (یعنی کوچک‌ترین کد) تعریف نشد و طبقه‌ای که به متغیر تصنعی تبدیل نشده و مبنای مقایسه و تقابل با

پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین مدارس و جلب رضایت دانش‌آموزان از هر مدرسه به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده چند کلاس انتخاب و تمام دانش‌آموزان آن کلاس ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند.

در مرحله اجرای پژوهش، پژوهشگر ابتدا خود را به دانش‌آموزان هر کلاس معرفی و پس از توضیحات کامل در مورد پژوهش و پرسشنامه‌ها، درخواست شد که هر سؤال را به دقت بخوانند و پاسخی را که مناسب‌تر به نظر می‌رسد، انتخاب کنند. همچنین، تأکید شد که پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند؛ و نتایج پژوهش بدون نام و نشان از آن‌ها منتشر و هر زمان که مایل باشند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ تمایل برای شرکت در پژوهش، عدم ابتلای به بیماری‌های جسمانی (حاد-مزمن)، سن ۸-۱۷ سال، ساکن بودن در شهر کرمانشاه و اخذ رضایت‌نامه جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل: داشتن معیارهای کامل برای

معیارهای کامل برای سایر اختلالات بالینی محور I در DSM-5، از جمله افسردگی، اختلالات اضطرابی مرتبط با دوران کودکی و نوجوانی [۳]، و بیماری‌های نورولوژیک و ناتوان‌کننده بود. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های ذیل صورت گرفت:

۱) پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه به منظور تعیین مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها از جمله؛ جنسیت، سن، تحصیلات آزمودنی، تحصیلات والدین، شغل والدین، وضعیت اقتصادی خانواده، تعداد اعضای خانواده (پرجمعیت/کم‌جمعیت)، نوع تولد (طبیعی/نارس/زودرس)، ترتیب تولد (فرزند اول/غیراول/آخر)، سابقه اختلالات روان‌شناختی در خانواده (اختلالات محور I از DSM-5) به وسیله محقق تهیه و با همکاری والدین دانش‌آموزان تکمیل گردید.

۲) پرسشنامه باورهای وسواسی-نسخه کودک‌کان (OBQ-CV): این پرسشنامه خودگزارشی که باورهای وسواسی را در دامنه سنی ۸ تا ۱۸ سال می‌سنجد، به وسیله Coles و همکاران [۱۹] تدوین شده است و دارای ۴۴ سؤال با ۴ زیر

سالم (۸۳/۲۰٪) و ۱۲۸ نفر (۱۶/۸۰٪) مبتلا به OCD با باورهای وسواسی بالا بودند. به تفکیک ۷۳ نفر (۱۹٪) دانش‌آموزان دوره متوسطه اول و ۵۵ نفر (۱۴/۵۰٪) دوره ابتدایی مبتلا به OCD با باورهای وسواسی بالا بودند. نتایج نشان داد که در بین زیر مقیاس‌های OB، مسئولیت‌پذیری افراطی (۲۶ نفر (۶/۸٪) شایع‌ترین و اهمیت/کنترل فکر (۱۰ نفر (۲/۶٪) کم‌ترین میزان شیوع را در دانش‌آموزان دوره متوسطه اول داشته است؛ اما در دوره ابتدایی، بیش‌برآورد تهدید با ۲۲ نفر (۵/۷٪) شایع‌ترین و مسئولیت‌پذیری افراطی با ۴ نفر (۱٪) کم‌ترین میزان شیوع را داشت. همچنین، در بین زیر مقیاس‌های OCD، افکار وسواسی (۲۴ نفر (۶/۲٪) شایع‌ترین و خنثی‌سازی (۴ نفر (۱٪) کم‌ترین میزان شیوع را در دوره متوسطه اول داشت. در دوره ابتدایی نیز زیر مقیاس افکار وسواسی با ۱۷ نفر (۴/۴٪) شایع‌ترین و شستشو با ۳ نفر (۰/۷٪) کم‌ترین میزان شیوع را به خود اختصاص داد (جدول ۱).

سایر طبقات قرار گرفت، با عنوان طبقه مرجع در جداول مشخص شد. برای تعیین میزان تأثیر هر متغیر پیش‌بین بر متغیر ملاک، نسبت شانس (احتمال تعلق به گروه یک نسبت به احتمال تعلق به گروه صفر) و فاصله اطمینان ۹۵٪ به کار رفت. آماره والد (Wald) نیز برای پی بردن به معنی‌داری اثر هر متغیر بر متغیر ملاک، استفاده شد.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی در دوره متوسطه اول، $16/32 \pm 1/87$ و در دوره ابتدایی، $10 \pm 1/62$ سال است. ۲۰۱ نفر از پاسخگویان به پرسشنامه OCI-CV و OBQ-CV و ۱۴۶ نفر از همین پاسخگویان به OBQ-CV دارای نمرات بالاتر از نقاط برش تعیین شده بودند که مشکوک به OCD تشخیص داده شدند و بنابراین، به وسیله روان‌شناس مصاحبه بالینی شدند که از این تعداد، ۱۲۸ نفر تشخیص قطعی OCD را دریافت کردند اما ۱۸ نفر دیگر مشکلی نداشتند. به عبارت دیگر، از کل نمونه مورد پژوهش، ۶۳۴ نفر

جدول ۱- توزیع فراوانی باورهای وسواسی و اختلال وسواسی/اجباری دانش‌آموزان ۱۸-۷ ساله شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴

متغیر	زیر مقیاس‌ها	دوره متوسطه اول تعداد (درصد)	دوره ابتدایی تعداد (درصد)
باور وسواسی	کمال‌گرایی/اطمینان‌جویی	۲۰ (۵/۲٪)	۱۰ (۲/۶٪)
	اهمیت/کنترل فکر	۱۰ (۲/۶٪)	۱۹ (۵٪)
	مسئولیت‌پذیری افراطی	۲۶ (۶/۸٪)	۴ (۱٪)
	بیش‌برآورد تهدید	۱۷ (۴/۴٪)	۲۲ (۵/۷٪)
اختلال وسواسی اجباری	مجموع	۷۳ (۱۹٪)	۵۵ (۱۴/۵٪)
	چک کردن	۱۱ (۲/۸٪)	۷ (۱/۸٪)
	افکار وسواسی	۲۴ (۶/۲٪)	۱۷ (۴/۴٪)
	احتکار	۹ (۲/۳٪)	۹ (۲/۳٪)
	شستشو	۱۸ (۴/۷٪)	۳ (۰/۷٪)
	مرتب کردن	۷ (۱/۸٪)	۱۱ (۲/۸٪)
	خنثی‌سازی	۴ (۱٪)	۸ (۲/۱٪)
	مجموع	۷۳ (۱۹٪)	۵۵ (۱۴/۵٪)

میزان شیوع OCD در پسران بیشتر از دختران و در دانش‌آموزان دوره متوسطه اول بیشتر از ابتدایی بود. بین اختلال OCD با ترتیب تولد تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت و دانش‌آموزان با ترتیب تولد "فرزند اول" بیشترین

میزان شیوع OCD در پسران بیشتر از دختران و در دانش‌آموزان دوره متوسطه اول بیشتر از ابتدایی بود. بین اختلال OCD با ترتیب تولد تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت و دانش‌آموزان با ترتیب تولد "فرزند اول" بیشترین

جدول ۲- توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی دانش آموزان با و بدون اختلال وسواسی/اجباری ۱۷-۸ ساله شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴

p	χ^2	باور وسواسی بالا و اختلال وسواسی/اجباری			شاخص	ویژگی
		تعداد کل	دارد	ندارد		
۰/۰۴۱	۳/۲۵	۳۷۳	۴۰ (۱۰/۷٪)	۳۳۳ (۸۹/۳٪)	دختر	جنس
		۳۸۹	۴۹ (۱۲/۶٪)	۳۴۰ (۸۷/۴٪)	پسر	
۰/۰۳۶	۲/۶۹	۳۸۲	۷۳ (۱۹٪)	۳۰۹ (۸۱٪)	دوره متوسطه اول	مقاطع تحصیلی
		۳۸۰	۵۵ (۱۴/۵٪)	۳۲۵ (۸۵/۵٪)	دوره ابتدایی	
۰/۰۱۷	۴/۳۸	۲۱۹	۴۱ (۱۸/۸٪)	۱۷۸ (۸۱/۲٪)	اول	ترتیب تولد
		۲۳۶	۳۸ (۱۶/۲٪)	۱۹۸ (۸۳/۸٪)	غیر اول	
۰/۰۴۲	۲/۳۴	۳۰۷	۳۵ (۱۱/۵٪)	۲۷۲ (۸۸/۵٪)	آخر	تعداد اعضای خانواده
		۴۶۸	۶۲ (۱۳/۳٪)	۴۰۶ (۸۶/۷٪)	پُر جمعیت (بیش از ۴ نفر)	
۰/۰۴۲	۲/۳۴	۲۹۴	۲۵ (۸/۶٪)	۲۶۹ (۹۱/۴٪)	کم جمعیت (۴ نفر و کمتر)	تعداد اعضای خانواده
		۲۹۴	۵۸ (۱۹/۸٪)	۲۳۶ (۸۰/۲٪)	بی سواد	
۰/۰۲۹	۱۱/۳۸	۲۰۸	۳۵ (۱۶/۹٪)	۱۷۳ (۸۳/۱٪)	زیر دیپلم	تحصیلات پدر
		۱۱۱	۱۸ (۱۶/۳٪)	۹۳ (۸۳/۷٪)	دیپلم	
۰/۰۲۹	۱۱/۳۸	۸۶	۱۳ (۱۵/۲٪)	۷۳ (۸۴/۸٪)	فوق دیپلم	تحصیلات پدر
		۶۳	۹ (۱۴/۳٪)	۵۴ (۸۵/۷٪)	لیسانس و بالاتر	
۰/۰۰۱	۱۹/۴۲	۳۰۳	۵۳ (۱۷/۵٪)	۲۵۰ (۸۲/۵٪)	بی سواد	تحصیلات مادر
		۲۱۲	۳۵ (۱۶/۶٪)	۱۷۷ (۸۳/۴٪)	زیر دیپلم	
۰/۰۰۱	۱۹/۴۲	۱۲۱	۱۹ (۱۵/۸٪)	۱۰۲ (۸۴/۲٪)	دیپلم	تحصیلات مادر
		۶۷	۱۰ (۱۵٪)	۵۷ (۸۵٪)	فوق دیپلم	
۰/۵۳۴	۱۳/۱۳	۵۹	۷ (۱۱/۹٪)	۵۲ (۸۸/۱٪)	لیسانس و بالاتر	شغل پدر
		۳۳۲	۵۱ (۱۵/۳٪)	۲۸۱ (۸۴/۷٪)	آزاد	
۰/۵۳۴	۱۳/۱۳	۲۵۸	۴۳ (۱۶/۶٪)	۲۱۵ (۸۳/۴٪)	بیکار	شغل پدر
		۱۷۲	۲۵ (۱۴/۶٪)	۱۴۷ (۸۵/۴٪)	کارمند	
۰/۳۱۱	۱۴/۲۴	۶۹۸	۱۳۰ (۱۸/۶٪)	۵۶۸ (۸۱/۴٪)	خانه دار	شغل مادر
		۶۴	۱۱ (۱۷/۱٪)	۵۳ (۸۲/۹٪)	شاغل	
۰/۰۱۷	۲۱/۲۴	۶۸۴	۱۲۵ (۱۸/۳٪)	۵۵۹ (۸۱/۷٪)	ندارد	سابقه اختلال در خانواده
		۷۸	۱۶ (۲۰/۶٪)	۶۲ (۷۹/۴٪)	دارد	
۰/۶۳۲	۳/۳۲	۶۲۹	۹۸ (۱۵/۶٪)	۵۳۱ (۸۴/۴٪)	طبیعی	نوع تولد
		۱۳۳	۲۳ (۱۷/۳٪)	۱۱۰ (۸۲/۷٪)	غیر طبیعی (نارس/زودرس)	
۰/۰۲۲	۵/۶۳	۴۴۶	۶۸ (۱۵/۳٪)	۳۷۸ (۸۴/۷٪)	کمتر از ۶۰۰ هزار تومان	درآمد خانواده
		۲۲۰	۳۰ (۱۳/۶٪)	۱۹۰ (۸۶/۴٪)	۸۰۰-۶۰۰ هزار تومان	
۰/۰۲۲	۵/۶۳	۹۶	۱۰ (۱۰/۵٪)	۸۶ (۸۹/۵٪)	بیشتر از ۸۰۰ هزار تومان	

ضریب همبستگی زیر مقیاس های باورهای وسواسی و اختلال وسواسی/اجباری در جدول (۳) ارائه شده است. قدر مطلق ضرایب همبستگی در دامنه ای از ۰/۳۲ تا ۰/۵۹ را در بر می گیرد و در تمام موارد در سطح (p<۰/۰۵) معنی دار بودند.

جدول ۳- ضریب همبستگی متغیر باورهای وسواسی و اختلال وسواسی / اجباری دانش آموزان ۱۷- ۸ ساله شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴

اختلال وسواسی/ اجباری (OCD)		بارورهای وسواسی (OB)				
خنثی سازی	مرتب کردن	شستشو	احتکار	افکار وسواسی	چک کردن	
۰/۴۱۱ (p=۰/۰۰۵)	۰/۴۷۵ (p=۰/۰۰۲)	۰/۵۳۰ (p=۰/۰۰۶)	۰/۴۶۴ (p=۰/۰۰۱)	۰/۵۹۲ (p=۰/۰۰۳)	۰/۵۱۲ (p=۰/۰۰۶)	مسئولیت پذیری افراطی
۰/۳۲۷ (p=۰/۰۰۶)	۰/۴۹۳ (p=۰/۰۰۵)	۰/۵۰۲ (p=۰/۰۰۲)	۰/۳۸۹ (p=۰/۰۰۱)	۰/۵۱۹ (p=۰/۰۰۰)	۰/۴۲۹ (p=۰/۰۰۲)	بیش برآورد تهدید
۰/۵۴۱ (p=۰/۰۰۸)	۰/۴۴۱ (p=۰/۰۰۳)	۰/۵۶۶ (p=۰/۰۰۲)	۰/۴۳۰ (p=۰/۰۰۴)	۰/۵۲۶ (p=۰/۰۰۰)	۰/۵۶۴ (p=۰/۰۰۰)	اهمیت/کنترل فکر
۰/۴۷۹ (p=۰/۰۰۰)	۰/۵۴۰ (p=۰/۰۰۳)	۰/۵۳۴ (p=۰/۰۰۱)	۰/۳۶۲ (p=۰/۰۰۰)	۰/۵۳۸ (p=۰/۰۰۴)	۰/۴۸۸ (p=۰/۰۰۱)	کمال گرایی/اطمینان جویی

** (p<۰/۰۵)

(p=۰/۰۰۱)، تحصیلات مادر (p=۰/۰۰۲)، تحصیلات پدر (p=۰/۰۰۴)، جنسیت پسر (p=۰/۰۰۹)، ترتیب تولد (p=۰/۰۲۱)، و تعداد اعضای خانواده (p=۰/۰۳۰). ارتباط ضعیف آماری بین درآمد خانواده و ابتلای به OB و OCD نیز مشاهده شد (p=۰/۰۵۰)، (جدول ۴).

به منظور بررسی اثر همه متغیرها به طور همزمان بر اختلال وسواسی/اجباری و باور وسواسی در دانش آموزان، مدل رگرسیون لجستیک بر داده ها برازش شد و نتایج نشان داد که، سودمندترین متغیرهای پیش بینی کننده و مرتبط با OB و OCD به ترتیب عبارت بودند از سابقه اختلال در خانواده

جدول ۴- شاخص های تحلیل متغیرهای نهایی وارد شده به معادله رگرسیون لجستیک

متغیر	بتا	Wald	شانس نسبی (OR)	فاصله اطمینان ۹۵٪ (CI)	
				حداقل	حداکثر
جنس	۱/۰۷۸	۵/۲۳۸	۲/۹۸۲	۱/۷۹۱	۳/۹۸۰
ترتیب تولد	۰/۰۶۳	۳/۲۷۸	۱/۴۱۰	۰/۵۴۶	۳/۸۲۶
تعداد اعضای خانواده	۱/۱۱۳	۶/۰۴۴	۱/۵۱۲	۱/۰۲۱	۴/۹۴۲
تحصیلات پدر	۱/۰۵۲	۲/۶۳۱	۱/۴۲۴	۱/۳۲۵	۲/۵۰۱
تحصیلات مادر	۱/۸۲۵	۲/۱۷۹	۲/۶۸۱	۱/۹۶۰	۴/۷۳۱
سابقه اختلال در خانواده	۰/۰۸	۲/۴۷۶	۱/۰۶۳	۰/۹۹۲	۱/۱۷۴
درآمد خانواده	۰/۰۹	۲/۱۸	۱/۲۰۵	۰/۹۶۲	۱/۲۳۵

** (p<۰/۰۵)

Confidence Interval**/Odd Ratio*

شد. پژوهش حاضر نشان داد که شیوع OCD در دانش آموزان به عنوان جمعیتی غیربالینی قابل ملاحظه است. میزان شیوع OCD با باورهای وسواسی بالا در کل نمونه مورد مطالعه ۱۶/۸۰ درصد می باشد که نشان می دهد به طور کلی میزان

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی های همه گیر شناسی و بالینی باورهای وسواسی و اختلال وسواسی-اجباری در دانش آموزان ۱۷-۸ ساله شهر کرمانشاه، در سال ۱۳۹۴ انجام

به دست آمده در این مطالعه با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله Masi و همکاران [۱۶]، Mataix-Cols و همکاران [۱۷]، Angst و همکاران [۲۶]، و Tan و Tas [۲۷] همسو می‌باشد.

یافته‌های اخیر در زمینه رواج گسترده علائم OCD در جامعه غیربالیینی و متمایز نبودن مفهوم و شکل وسواس‌ها در افراد مبتلا به وسواس و افراد سالم دست‌آورد جدیدی در عرصه مباحث نظری OCD است [۱۳-۱۱]. به نظر می‌رسد تفاوت OCD در جامعه بالینی و غیربالیینی، نه در "محتوا" بلکه در "بسامد" و "شدت" آن می‌باشد [۲۵]. اگرچه مشکلات بهداشت روانی دختران کمتر بررسی شده است، لیکن این وضعیت در حال تغییر است [۴، ۲]. اختلالاتی که شروع آن‌ها در دوران کودکی و مربوط به نقایص عصبی-رشدی می‌باشد، در پسران بیشتر است و دختران عموماً اختلالات هیجانی را که سن شروع آن‌ها نوجوانی است، به تدریج بیش از پسران نشان می‌دهند [۳]. اگرچه در پژوهش حاضر، بین دختران و پسران مبتلا به علائم OCD تفاوت معنی‌داری وجود داشت، ولی شیوع این اختلال در پسران ۱۲/۵ درصد و در دختران ۱۰/۷ درصد به دست آمد. یافته‌های متنوعی در زمینه تفاوت شیوع OCD در دو جنس به دست آمده است [۹]. در بعضی از مطالعات نسبت شیوع این اختلال در مذکر به مؤنث ۳ به ۲ تخمین زده شده است [۱۵]، در صورتیکه میزان علائم OCD در زنان و مردان بزرگسال مساوی گزارش شده است [۳]. شاید علت تفاوت شیوع در کشورهای جهان سوم با کشورهای توسعه یافته را بتوان در تفاوت‌های فرهنگی و نوع مسئولیتی که معمولاً در این کشورها بر عهده مردان است، جستجو کرد. همچنین، ارزش‌ها، اعتقادات و آداب و رسوم که گروه‌های خاص قومی-فرهنگی را مشخص می‌کنند، نقش چشمگیری در شکل‌گیری و تظاهر اختلال‌های کودکان دارند و روی نحوه واکنش افراد، خانواده و سازمان‌ها نسبت به مشکلات کودک و حمایت یا عدم حمایت وی تأثیر می‌گذارند [۶].

یافته دیگر پژوهش حاضر حاکی از آن بود که بین اختلال OCD دانش‌آموزان با ترتیب تولد تفاوت معنی‌داری وجود دارد و دانش‌آموزان با ترتیب تولد "فرزند اول" بیشترین میزان شیوع OCD را داشتند؛ همچنین، میزان شیوع OCD در

شیوع OCD در دانش‌آموزان دوره ابتدایی و متوسطه اول شهر کرمانشاه در مقایسه با سایر پژوهش‌های انجام گرفته در داخل و خارج از کشور در دامنه متوسط قرار دارد. نتایج به دست آمده در این مطالعه با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله Güler و همکاران [۲۴]، Paul و همکاران [۲۵]، و Angst و همکاران [۲۶] همسو می‌باشد.

همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین [۸، ۵]، نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین زیرمقیاس‌های OB، بیش‌برآورد تهدید، شایع‌ترین و اهمیت/کنترل فکر، کم‌ترین شیوع اما بین زیرمقیاس‌های OCD، افکار وسواسی، شایع‌ترین و خنثی‌سازی، کم‌ترین شیوع را داشت. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به نظریه‌های شناختی-رفتاری و مؤلفه "سرکوب افکار" اشاره نمود [۳]. تفسیر غلط از معنای باورها و افکار ناکارآمد با رویدادها و شرایط منفی در زندگی ایجاد یا تشدید می‌شود. افراد مبتلا به OCD کسانی هستند که استرس‌ها و اضطراب‌هایشان را به صورت ناتوانی در کنترل خود و محیط اطرافشان تعبیر می‌کنند، قدرتی برای تغییر دادن موقعیت و غلبه بر عوامل تنش‌زا که آن‌ها را رنج‌آور و مایه شرم و نقص می‌دانند، ندارند، فکر کردن درباره یک عمل را مثل انجام دادن آن می‌دانند (thought-action fusion) و به همین دلیل با شدت میکوشند تا آن‌ها را سرکوب کنند اما شواهد نشان می‌دهد که سرکوب فعالانه افکار باعث می‌شود که این افکار، بعد از پایان دوره سرکوب یا بازداری با فراوانی بیشتری و با اشکال مختلفی روی دهند (موضوعی که به اثر Rebound Effect معروف است). همچنین، سرکوب افکار ناکارآمد باعث یک حالت هیجانی منفی و بسیار قوی می‌شود و در نتیجه، همان فکر منفی با آن حالت هیجانی منفی تداعی می‌شود. در آینده هر وقت آن حالت هیجانی منفی روی دهد، احتمال بروز افکار ناکارآمد و مزاحم و حالت تنش و تعارض بیشتر می‌شود و این حالت ممکن است در ایجاد تعارض و افکار مزاحم غیرقابل کنترل و مکرر در افراد مبتلا به OCD سهم به سزائی داشته باشد [۳].

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که میزان شیوع OCD در پسران بیشتر از دختران می‌باشد، و میزان شیوع OCD در دانش‌آموزان دوره متوسطه اول بیشتر از ابتدایی می‌باشد. نتایج

دانش آموزان دارای خانواده پُرجمعیت بیشتر از دانش آموزان خانواده کم جمعیت بود.

پژوهش Abramovitch و همکاران [۲۸] میان سن، جنس، تعداد افراد خانواده و ترتیب تولد با وسواس رابطه معنی داری به دست نیامد اما عامل خانواده (بیش از سه فرزند) و نیز تحصیلات پایین والدین (کمتر از نه کلاس) عامل مؤثری در افزایش اختلالات روان شناختی مطرح گردید. پژوهش های پیشین [۲۷-۲۴] نشان داد سطح تحصیلات والدین دارای کودک مبتلا به اختلالات روان شناختی، پایین تر از سطح تحصیلات والدین کودکان بهنجار بوده است. در پژوهش حاضر نیز رابطه بین میزان تحصیلات والدین و شدت OB با OCD معنی دار بود. شیوه های فرزندپروری می توانند انعطاف پذیری فرد را در برابر ناملایمات افزایش یا کاهش دهند [۴، ۶]. بالا بودن سطح تحصیلات والدین باعث می شود که والدین با شیوه های فرزندپروری آشنا باشند و جهت تربیت صحیح فرزندان خود بیشتر تلاش کنند [۹] همین امر در نحوه رفتار فرزندان آن ها تأثیر به سزایی خواهد داشت و اختلالات درونی سازی و برونی سازی شده از جمله OCD کمتری در اعمال آن ها مشاهده می گردد.

پژوهش حاضر نشان داد که میزان شیوع OB و OCD در دانش آموزان دارای پیش آگهی منفی به مراتب بیشتر از دانش آموزان فاقد پیشینه خانوادگی منفی است؛ میزان شیوع OCD با نوع تولد رابطه معنی داری نداشت و بین سطح درآمد خانواده و OCD فرزندان رابطه آماری معنی داری بود. اختلالات اضطرابی، غالباً در بافت خانوادگی با والدین مضطرب و روابط خانوادگی مشکل زا و سایکوتیک جلوه گر می شوند، موقعیتی که ممکن است کارآمدی هر یک از شیوه های درمانی را تحت تأثیر قرار دهد [۱]. کودکان خانواده های فقیر با کاستی های اجتماعی-اقتصادی در مقایسه با کودکان خانواده های مرفه، بیش از دو برابر مشکلات هیجانی دارند [۲۸]. تجربه های تروماتیک و پُراسترس مثل بدرفتاری و غفلت تأثیر شدیدی در شخصیت و توان کنار آمدن کودکان می گذارند و بین اینگونه تجارب و اضطراب کودکی به ویژه OB و OCD روابط آشکاری وجود دارد اما علاوه بر تجربه های دشوار، تجربه هایی که به چشم دیگران عادی به نظر می رسند

نیز ممکن است، برای کودکان استرس زا باشند زیرا آن ها در زندگی تجربه زیادی ندارند [۳]. به این ترتیب، بعضی تجربه های عادی می توانند باعث اضطراب و افسردگی، تشدید باورهای وسواسی و در نهایت، OCD شوند. لازم به ذکر است که باید نحوه تأثیر شرایط زندگی فرد بر سیر اختلال را از عوامل اولیه که موجب بروز مشکل می شوند، متمایز کرد. یعنی، فشارهای محیطی به شکل "عوامل غیراختصاصی" عمل می کنند و زمینه را برای سازگاری ضعیف یا حتی شروع اختلال در برخی کودکان مُستعد، فراهم می آورند [۲۹].

نتیجه گیری: در این پژوهش برای نخستین بار، شیوع

OB و OCD در نمونه ای از کودکان بررسی و ویژگی های همه گیر شناسی و بالینی دانش آموزان ۱۷-۸ ساله مبتلا به OCD مورد بررسی قرار گرفته است. همخوانی یافته های پژوهش با نتایج مطالعات خارج از کشور با اذعان به جدیدترین نظریات در حوزه OCD و معیارهای تشخیص (DSM-5)، اعتبار بالای این مطالعه را نشان می دهد. یافته های پژوهش حاضر اهمیت و ضرورت ارائه راهکارهایی برای درمان و پیشگیری از اختلالات روان شناختی دانش آموزان را در ایران، با توجه به اینکه گروه بزرگ و حساسی را تشکیل می دهند، نشان می دهد. با توجه به اثرات متعدد اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی باورهای وسواسی و OCD، پژوهشگران امیدوارند که نتایج حاصل از این مطالعه بتواند در توجه و ارائه راهکارهایی در این حوزه به ویژه آموزش خانواده ها در برخورد و تطابق با این وضعیت و ارتقای کیفیت زندگی جمعیت غیربالینی کودک و نوجوان مفید واقع گردد. البته برای تأیید نتایج حاصله در ایران با توجه به تنوع فرهنگی، قومی، زبانی و همچنین، تنوع خرده فرهنگ ها، به مطالعات بیشتر و مقایسه ای نیاز است.

در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان شناسی سلامت صورت می گیرند، محدودیت هایی وجود داشت. از جمله اینکه، برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه استفاده شد. با توجه به اینکه پرسشنامه جنبه خود گزارش دهی دارد و آزمودنی ها با تمایل خود به پرسشنامه پاسخ می دهند، ممکن است در پاسخ هایشان به دلیل دفاع های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ دهی و شیوه های معرفی شخصی سوگیری و تحریف وجود داشته باشد. یکی

سهام نویسندگان

نسرین حیدری زاده: مجری طرح، نویسنده پروپوزال طرح، هماهنگ کننده با مسئولین آموزش و پرورش و جمع آوری داده ها.

بهروز بهروز: انجام مصاحبه بالینی با آزمودنی ها، نوشتن، جمع بندی و نتیجه گیری مقاله و تجزیه و تحلیل داده ها.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از یک طرح پژوهشی مصوب با کد (K.C/۶۳۶) در سال ۱۳۹۴ می باشد. لازم به ذکر است که "این طرح با استفاده از اعتبارات مالی دانشگاه پیام نور انجام شده است". پژوهشگران از زحمات یکایک عزیزان شرکت کننده در پژوهش، خانواده های محترم آنان و همچنین، مسئولین آموزش و پرورش و دکتر حسین علی مهربانی که در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می نمایند.

دیگر از محدودیت های پژوهش، محدودیت زمانی در انجام مطالعه بود. همچنین، با توجه به همپوشانی بالای سایر اختلالات روان شناختی با OCD و ایجاد اختلال عملکرد در برخی وجوه شناختی حائز اهمیت در دانش آموزان از جمله نواقص حافظه و نظریه نقص ذهن، لحاظ نمودن این موارد در مطالعات آتی پیشنهاد می شود. از آنجا که ابراز کردن و فروربردن بسیاری از ناراحتی های رفتاری و هیجانی کودک و نوجوان به ارزش های اجتماعی و فرهنگی مربوط می شود، لذا در تعمیم یافته ها به دیگر فرهنگ ها و مقاطع سنی باید جانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین، پیشنهاد می گردد که این مطالعه در سطح وسیع تر و در شهرهای مختلف کشور انجام گردد تا نتایج تعمیم پذیرتر باشد. در نهایت، برآورد ۱۶/۸۰ درصدی شیوع علائم OCD در جمعیت غیربالینی دانش آموزان کودک و نوجوان قابل تأمل و نیازمند توجه متخصصان و برنامه ریزان بهداشت کشور است.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

1. Fenske JN, Petersen K. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. American family physician 2015; 92(10):896-903.
2. Devriese J, Dhar M, Wallegem D, van West D. Hallucinations and obsessive behaviour in an infant with autism spectrum disorder: diagnostic problems. Tijdschrift voor psychiatrie 2015;57(8):608-12.
3. Oberbeck A, Steinberg H. Are the current concepts of obsessive disorders a novelty? From Westphal (1877) and Thomsen (1895) to ICD-10 and DSM-5. Der Nervenarzt 2015; 86(9):1162-7.
4. Vivian AdS, Rodrigues L, Wendt G, Bicca MG, Braga DT, Cordioli AV. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. Revista Brasileira de Psiquiatria 2014;36(2):111-8.
5. Halvaiepour Z, Nosratabadi M. External Criticism by Parents and Obsessive Beliefs in Adolescents: Mediating Role of Beliefs associated with Inflated Responsibility. Global journal of health science 2016;8(5):125-33.
6. Krause D, Folkerts M, Karch S, Keeser D, Chrobok AI, Zaudig M, et al. Prediction of Treatment Outcome in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder with Low-Resolution Brain Electromagnetic Tomography: A Prospective EEG Study. Frontiers in psychology 2015; (6):1993-12.
7. Jacobson NC, Newman MG, Goldfried MR. Clinical Feedback About Empirically Supported Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder. Behavior therapy 2016;47(1):75-90.

8. Rady A, Salama H, Wagdy M, Ketat A. Obsessive compulsive phenomenology in a sample of Egyptian adolescent population. *The European Journal of Psychiatry* 2013;27(2):89-96.
9. Adam Y, Meinschmidt G, Gloster AT, Lieb R. Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2012;47(3):339-49.
10. Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrão YA, do Rosário MC, Storch EA, et al. Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *Journal of affective disorders* 2016;190:508-16.
11. Belloch A, Morillo C, Luciano JV, García-Soriano G, Cabedo E, Carrió C. Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: a further examination of their dimensionality and specificity. *The Spanish journal of psychology* 2010;13(1):376-88.
12. Coles ME, Schofield CA, Nota JA. Initial Data on Recollections of Pathways to Inflated Responsibility Beliefs in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy* 2015;43(04):385-95.
13. Salkovskis PM, Kobori O. Reassuringly calm? Self-reported patterns of responses to reassurance seeking in obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2015; 49(2):203-8.
14. Nowakowska-Domagala K, Chodkiewicz J, Ziolkowski M, Czarnecki D, Gąsior K, Juczyński A, et al. The Polish Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Modified to Reflect Obsessions and Compulsions Related to Heavy Drinking (YBOCS-hd-PL). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2016;40(2):401-7.
15. Lack CW, Storch EA, Keeley ML, Geffken GR, Ricketts ED, Murphy TK, et al. Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: base rates, parent-child agreement, and clinical correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2009;44(11):935-42.
16. Masi G, Millepiedi S, Perugi G, Pfanner C, Berloffia S, Pari C, et al. A naturalistic exploratory study of the impact of demographic, phenotypic and comorbid features in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2010;43(2):69-78.
17. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2008;47(7):773-8.
18. Hooman HA. *Research Methodology in Behavioral Sciences*. 6 nd ed. Tehran: Samt Publication; 2015: 297-312.[Persian]
19. Coles ME, Wolters LH, Sochting I, De Haan E, Pietrefesa AS, Whiteside SP. Development and initial validation of the obsessive belief questionnaire-child version (OBQ-CV). *Depression and Anxiety* 2010;27(10):982-91.
20. Halvaiepour Z, Khormaei F, Khanzadeh M, Nosratabadi M. Validation of the persian version of obsessive beliefs questionnaire-child and teenager version in group of Iranian adolescents. *SSU_Journals* 2013;21(3):319-29.[Persian]
21. Nogueira AR, Godoy AA, Romero SP, Gavino LA, Cobos AM. [Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive Belief Questionnaire-Children's Version in a non-clinical sample]. *Psicothema* 2012;24(4):674-9.

22. Foa EB, Coles M, Huppert JD, Pasupuleti RV, Franklin ME, March J. Development and validation of a child version of the obsessive compulsive inventory. Behavior therapy 2010;41(1):121-32.
23. Karimi J, Homayuni Najafabadi F, Homayuni Najafabadi S, Homayuni Najafabadi A. Validation of a persian version of the obsessive compulsive inventory-child version (OCI-CV). Journal of Research in Behavioural Sciences 2015; 13(3):388-99.[Persian]
24. Güler AS, do Rosário MC, Ayaz AB, Gökçe S, Yulaf Y, Başgül S, et al. Psychometric properties of the DY-BOCS in a Turkish sample of children and adolescents. Comprehensive psychiatry 2016;65:15-23.
25. Paul I, Sinha VK, Sarkhel S, Praharaj SK. Co-morbidity of obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders with child and adolescent mood disorders. East Asian Archives of Psychiatry 2015;25(2):58-63.
26. Angst J, Rufer M, Fineberg N, Ajdacic-Gross V, Rössler W. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity and remission from the ages of 20 to 50. Praxis 2015; 104(24):1323-8.
27. Tan O, Tas C. Symptom Dimensions, Smoking and Impulsiveness in Obsessive-Compulsive Disorder. Psychiatr Danub 2015;27(4):397-405.
28. Abramovitch A, Dar R, Mittelman A, Wilhelm S. Comorbidity between attention deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder across the lifespan: a systematic and critical review. Harvard review of psychiatry 2015;23(4):245-62.
29. Lebowitz ER, Panza KE, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. Expert review of neurotherapeutics 2016;16(1):45-53.

The Epidemiology and Clinical Features of Obsessive Beliefs and Obsessive-Compulsive Disorder in 8-17 Year old Students at Kermanshah City in 2015

Heidarizadeh N¹, Behrouz B²

1-Lecturer, Dept. of Psychology and Educational Sciences, University of Payame Noor, Tehran, Iran.

(Corresponding author). Email: Nasrin_heidarizadeh61@yahoo.com, Tel: 09181303982

2-Young Researchers and Elite Club, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

Received: 14 February 2016

Accepted: 30 July 2016

Introduction: Obsessive-compulsive disorder in children is a neuropsychiatric condition that is associated with considerable psychosocial impairment. The aim of this study was to investigate the epidemiology and clinical features of obsessive beliefs and obsessive-compulsive disorder in 8-17 year old students in kermanshah city.

Material and Methods: The statistical population for this cross-sectional study included all the primary and first grade high school students (8-17 years old) in Kermanshah city in 2015. through multi-stage cluster sampling, 762 patients were selected. Demographic information and OBQ-CV and OCI-CV questioners were completed for each one of them. The data was analyzed using descriptive statistics, correlation coefficient, chi-square test and logistic regression.

Results: The Results showed that prevalence of OCD and OB in the total sample was %16.80, and in the guidance school students was %19 and for the primary school students it was %14.50. The prevalence was higher in boys versus girls ($p=0.041$), and in the guidance school students was higher than the primary students ($p=0.036$). The correlation between OB and OCD was statistically significant ($p<0.05$); Also, the results showed that in the subscales of OB, overestimation threat was the highest and Importance/thought control was the lowest prevalence. But between the subscales of OCD, Obsession was the highest and Neutralizing had the lowest prevalence. All the demographic factors, except the type of birth had a significant relationship with the prevalence of OB and OCD ($p<0.05$).

Conclusion: The Prevalence of OB and OCD in the students of Kermanshah city was significant in comparison with the other studies conducted within and outside the country. However, attention should be paid to mental health policy-making in students to decrease the behavioral problems and prevent future problems.

Keywords: Obsessive Beliefs, Obsessive-Compulsive Disorder, Students, Kermanshah City

Please cite this article as follows:

Heidarizadeh N, Behrouz B. The Epidemiology and Clinical Features of Obsessive Beliefs and Obsessive-Compulsive Disorder in 8-17 Year old Students at Kermanshah City in 2015. *Community Health journal* 2016; 9(4): 49-61.

Funding: This research was funded by the University of Payame Noor.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Ethical approval: The ethics committee of Kermanshah University approved the study.