

شیوع علائم و نشانه‌های وسواسی - جبری و برخی عوامل جمعیت‌شناسی مرتبط با آن در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر تهران سال ۱۳۸۴

دکتر اختر جمالی^۱، *دکتر نادره معماریان^۲، مهرداد کاظم‌زاده عطوفی^۳

چکیده

هدف: نظر به اهمیت بهداشت روان، و مدارس بعنوان جایگاهی مناسب برای اشاعه و ارتقاء آن، و از آنجا که اولین گام در این راه بررسی وضعیت موجود است، لذا هدف این مطالعه بررسی شیوع یکی از مؤلفه‌های مهم بهداشت روان در سنین نوجوانی تحت عنوان اختلال وسواسی - جبری و تعدادی از عوامل مرتبط با آن از جمله سن، جنس، سطح تحصیلات پدر و مادر، تعداد خواهر و برادر و ترتیب تولد نوجوان در خانواده و همراهی این اختلال با دیگر اختلالات شایع روانی می‌باشد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۶۷۲ دانش‌آموز دوره راهنمایی، ۳۶۹ (۵۴/۹٪) دختر و ۳۰۳ (۴۵/۱٪) پسر، محصل در مدارس شهر تهران بررسی شدند. روش نمونه‌گیری بصورت چند مرحله‌ای و خوشه‌ای با انتخاب چهار منطقه از قسمت‌های شمال، غرب، شرق و جنوب آموزش و پرورش شهر تهران و سپس در هر منطقه دو مدرسه راهنمایی (یکی پسرانه و یکی دخترانه) و در هر مدرسه حداقل دو پایه مختلف تحصیلی صورت گرفت. داده‌ها توسط پاسخ به پرسشنامه SCL-90R توسط کلیه دانش‌آموزان حاضر در کلاسهای انتخاب شده، جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: با احتساب میانگین نمرات کسب شده از سئوالات کلیدی مربوط به علائم وسواسی - جبری در هر فرد، درصد افرادی که نمره ۲ و بالاتر کسب کرده‌اند ۱۰/۸٪ با حدود اطمینان ۹۵٪ (۱۳/۲٪ - ۸/۳٪) بدست آمد که در دختران ۱۲/۳٪ و در پسران ۸/۷٪ است که البته این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نیست ($P = 0/16$).

از بین عوامل مرتبط نیز سن و منطقه جغرافیایی مدرسه با شیوع علائم ارتباط معنی‌دار آماری دارند به‌گونه‌ای که با افزایش سن، شیوع این اختلال افزایش می‌یابد ($P < 0/001$). از بین مناطق جغرافیایی نیز منطقه شرق و جنوب آموزش و پرورش درصد بیشتری از علائم این اختلال را به خود اختصاص می‌دهند ($P = 0/045$). از بین نشانه‌های همراه نیز، شایعترین، علائم اضطرابی است. سطح معنی‌داری در همه آزمونهای آماری $p < 0/05$ در نظر گرفته شده است.

نتیجه‌گیری: با نظر به شیوع بالای این علائم در بررسی انجام شده، توجه به امر بهداشت روان در مدارس بخصوص در زمینه علائم وسواسی - جبری، بیش از پیش روشن می‌شود. لذا آموزش دانش‌آموزان و معلمان آنها و مسئولین مربوطه در آموزش و پرورش و نیز ارزیابی بالینی جهت تشخیص قطعی و در صورت لزوم اقدامات درمانی پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: علائم وسواسی - جبری / نوجوان / شیوع / بهداشت روان

- ۱- متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ۲- دستیار رشته پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، انسیتو روانپزشکی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۴/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۵/۷/۱۲

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، بزرگراه شهید همت، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران.
تلفن: ۸۸۰۵۲۲۳۹

*E-mail: naderememaryan@yahoo.com



مقدمه

اختلال وسواسی - جبری^۱ (OCD) از دسته اختلالات اضطرابی است که با دفعات مکرر و راجعه افکار وسواسی (Obsession) و یا رفتار اجباری (Compulsion) مشخص می‌شود و به استرس شدید و یا اختلال واضح عملکرد شخص منجر می‌شود. از علائم شایع آن می‌توان به شستشوی مکرر، چک کردن مکرر، مشغولیت ذهنی با بیماریها و خطرات و شکهای پی در پی اشاره کرد(۱).

ابتدا فرض می‌شد که این بیماری خاص بزرگسالان است ولی زانت در ۱۹۰۳ اولین کسی بود که OCD در اطفال را گزارش کرد(۲) و پس از آن بررسیهای متعدد روی اطفال و نوجوانان در خصوص این بیماری نشان داد که این گروه سنی یا علائم خود را بازگو نمی‌کنند و یا تا جائیکه می‌توانند آن را پنهان می‌کنند(۳) و نیز رفتارهای آنان آنقدر آهسته شکل می‌گیرد که خانواده‌ها گاهی آنها را حمایت کرده و به تثبیت آن کمک می‌کنند(۴). از طرفی بزرگسالان دچار این بیماری معمولاً تاریخچه‌ای از OCD در سنین پائین‌تر دارند(۵). اگرچه در بزرگسالان OCD ماندگار است اما بررسی‌ها نشان می‌دهد که در صورت درمان بیماری در سنین پائین‌تر، تا انتهای جوانی به بهبودی و فروکش (remission) کامل می‌رود(۶).

گرچه تشخیص OCD در بزرگسالان ممکن است چندان مشکل نباشد اما در دوران کودکی و نوجوانی بدلالی که ذکر شد گاهی مدتها از اختلال می‌گذرد و وقتی کاملاً رفتارها شکل گرفت و زندگی طبیعی فرد مختل شد خانواده‌ها به فکر چاره می‌افتند(۴، ۳). به همین دلیل گاهی بعنوان مثال تشخیص این بیماری زمانی رخ می‌دهد که این بیماران جهت درمان اگرمای پوست به دلیل شستن مکرر دستها به کلینیک پوست مراجعه می‌کنند(۷).

تحقیقات اخیر روی کودکان و نوجوانان دچار OCD نشان داده که این افراد بشدت دچار افت تحصیلی و اختلال در روابط با دوستان می‌شوند(۸).

با این توصیف روشن می‌شود که OCD در نوجوانان از دسته اختلالاتی است که اگر متوجه آن نباشیم و به دنبال آن نگردیم در خیلی از مواقع از نظرها دورمانده و پیشرفت کرده و در مراحل انتهایی خود را نشان می‌دهد(۸).

اولین اقدام لازم جهت انتخاب استراتژیهای مناسب، بررسی وضعیت موجود^۲ است. مطالعات انجام شده در خارج از کشور طیف وسیعی از شیوع اختلال را از ۰/۲ تا ۵/۱٪ گزارش کرده است(۹-۱۲). در مطالعات انجام شده در کشورمان، عمده مطالعات بیشتر روی افراد ۱۵ سال به بالا صورت گرفته است و یک مطالعه که روی کودکان و نوجوان ۱۶-۵ ساله

در تبریز انجام شده، شیوع اختلال وسواسی - جبری (البته در بیماران ارجاعی به روانپزشک) را ۱٪ گزارش کرده است(۱۳). لذا هدف ما در این طرح مبتنی بر جامعه (Community-based)، برداشتن اولین گام یا همان شناخت وضع موجود (Situational Analysis) یعنی بررسی شیوع علائم و نشانه‌های این اختلال جهت تخمین درصد افراد مستعد در گروه سنی آسیب‌پذیر و حساس نوجوانان است.

در همین راستا بدلیل اولویت داشتن چنین پژوهش‌هایی در حیطه مدارس که جایگاه مناسبی جهت ارتقا و اشاعه بهداشت روان هستند، مدارس راهنمایی شهر تهران جهت انجام مطالعه انتخاب شدند. با این امید که نتایج این پژوهش بتواند در سمت و سو دادن و اولویت بخشیدن به برنامه‌های ارتقاء بهداشت روان مدارس کمک کننده باشد.

البته علاوه بر شیوع، تعدادی از عوامل مرتبط از جمله سن، جنس، سطح تحصیلات پدر و مادر، تعداد فرزندان خانواده و رتبه تولد نیز در کنار آن بررسی شدند.

روش بررسی

این مطالعه بصورت مقطعی (Cross-Sectional) و در نیمه اول سال تحصیلی ۸۵-۸۴ در مدارس راهنمایی شهر تهران انجام شد. با استفاده از فرمول برآورد یک، نسبت حجم نمونه مورد نیاز ۶۱۵ نفر محاسبه شد.

با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای (multi-stage) خوشه‌ای و غیرتصادفی، ابتدا از هر یک از تقسیمات منطقه‌ای آموزش و پرورش با نام حلقه‌های علمی شمال، غرب، شرق و جنوب تهران، یک منطقه که نماینده مناسب آن حلقه باشد انتخاب و سپس در هر منطقه دو مدرسه راهنمایی، یکی پسرانه و یکی دخترانه برگزیده شد. در هر منطقه انتخاب حجم نمونه مورد نیاز بر حسب نسبت جمعیت دانش‌آموزان آن منطقه از کل دانش‌آموزان چهار منطقه برگزیده صورت گرفت و نیز تعداد دانش‌آموزان دختر و پسر نیز با احتساب نسبت جنسی موجود محاسبه شد. سپس در هر مدرسه از حداقل دو پایه تحصیلی مختلف و از تمام دانش‌آموزان حاضر پرسشگری بعمل آمد. اطلاعات مربوطه در جدول شماره ۱ موجود است.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه SCL-90R^۳ بود که پرسشنامه‌ای است استاندارد و شامل ۹ بعد (Sub Scale) است که یکی از آنها علائم وسواسی - جبری است و به کرات جهت غربالگری و شیوع‌سنجی اختلالات روانی بکار رفته است(۴).

1- Obsessive- Compulsive Disorder
2- Situational Analysis
3- Symptoms Checklist - 90 - Revised



منطقه	تعداد دانش‌آموزان دختر	تعداد دانش‌آموزان پسر	تعداد دانش‌آموز مورد نیاز دختر (تعداد انتخاب شده)	تعداد دانش‌آموز مورد نیاز پسر (تعداد انتخاب شده)
منطقه ۳ (شمال)	۴۱۹۵	۳۳۰۰	۴۱ (۴۲)	۳۱ (۷۵)
منطقه ۲ (غرب)	۹۲۲۳	۷۷۶۸	۹۱ (۱۱۳)	۷۳ (۱۰۱)
منطقه ۱۴ (شرق)	۱۲۰۱۷	۱۲۵۳۵	۱۲۰ (۱۲۹)	۱۱۷ (۶۲)
منطقه ۱۹ (جنوب)	۷۱۷۹	۷۴۸۶	۷۱ (۸۵)	۷۰ (۶۵)

در این طرح نیز ابتدا روی ۶۰ نمونه، ارزیابی مقدماتی صورت گرفته و پایایی پرسشنامه برای همه ابعاد آن با محاسبه شاخص آلفا کرونباخ بالای ۰/۷ و برای علائم وسواسی - جبری بالای ۰/۸ بدست آمد. پرسشنامه به صورت سئوال‌ات کوتاه طراحی شده که در برگیرنده نشانه‌های فرد در طی ۷ روز گذشته است و تقسیم‌بندی امتیاز آن از ۰-۴ است. البته در ابتدای پرسشنامه چند سئوال مربوط به متغیرهای زمینه‌ای طرح از جمله سن، نام آموزشگاه (جهت تعیین مدارس دخترانه و پسرانه و منطقه آموزش و پرورش)، میزان تحصیلات پدر و مادر، تعداد فرزندان خانواده و رتبه تولد دانش‌آموز در خانواده پرسش شد. در این طرح پرسشنامه در اختیار خود دانش‌آموزان قرار می‌گرفت و از آنها درخواست می‌شد که بدون ذکر نام اقدام به پر کردن آن نمایند. در ضمن پاسخ به پرسشنامه اختیاری و با رضایت کامل بود.

نحوه اندازه‌گیری متغیر اصلی طرح (داشتن علائم وسواسی - جبری) براساس کسب میانگین نمره مساوی ۲ یا بیشتر، از مجموع امتیازات ۱۰ سئوال مربوط به OCD صورت گرفت و ارتباط متغیرهای کیفی با نمره OCD با استفاده از آزمون‌های من‌ویتنی یو و کروسکال والیس و ارتباط متغیر کمی با نمره OCD با استفاده از آزمون همبستگی اسپیرمن سنجیده شد. (چون توزیع‌ها غیرنرمال بودند). جهت تعیین ارتباط بین OCD و دیگر ابعاد موجود در پرسشنامه از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده شد. یکبار نیز ارتباط کلیه متغیرهای زمینه‌ای با متغیر اصلی

یافته‌ها

در این طرح پرسشگری از ۶۷۲ دانش‌آموز، ۳۶۹ نفر (۵۴/۹٪) دختر و ۳۰۳ نفر (۴۵/۱٪) پسر با توزیع سنی ۱۱-۱۵ سال صورت گرفت. میانگین سن دانش‌آموزان ۱۲/۸۹ با انحراف معیار ۰/۸۴ که از توزیع نرمال پیروی نمی‌کرد. (KS P-Value= ۰/۰۰۱) و میانه سن ۱۳ سال با IQR، ۲ سال. نمره وسواسی - جبری در ۳۷۷ نفر (۶۲/۴٪) صفر تا یک، در ۱۶۲ نفر (۲۶/۸٪) یک تا دو، ۵۶ نفر (۹/۳٪) دو تا سه و در ۹ نفر (۱/۵٪) سه تا چهار بدست آمد. لذا شیوع علائم با توجه به تعریف (کسب نمره مساوی ۲ و بالاتر) ۱۰/۸٪ با حدود اطمینان ۹/۵٪، ۱۳/۲٪ - ۸/۳٪ حاصل شد. میانگین نمره OCD ۰/۹۸ با انحراف معیار ۰/۷۶ که از توزیع نرمال پیروی نمی‌کرد (KS P-Value = ۰/۰۰۱) و میانه نمره ۰/۷ با IQR مساوی ۱.

هر یک از متغیرهای زمینه‌ای به صورت تعداد و درصد (Valid percent) و شیوع هر یک به تفکیک به همراه آزمون جهت تعیین ارتباط در جدول شماره ۲ خلاصه شده است.

متغیر زمینه‌ای	سطوح متغیر	تعداد	درصد	شیوع علائم OCD	کای اسکوتر	P-Value
سن	۱۱ و ۱۲ سال	۲۴۲	۳۹/۸	۴/۶٪		
	۱۳ سال	۱۹۲	۳۱/۵	۹/۱٪	۲۳/۳۷۶	<۰/۰۰۱
	۱۴ و ۱۵ سال	۱۷۵	۲۸/۷	۱۹/۹٪		
	اول	۲۳۴	۳۸/۴	۵/۳٪		
پایه تحصیلی	دوم	۲۱۰	۳۴/۵	۸/۸٪	۲۰/۴۱۹	<۰/۰۰۱
	سوم	۱۶۵	۲۷/۱	۱۹/۷٪		



ادامه جدول ۲- توصیف متغیرهای زمینه‌ای و شیوع به تفکیک آنها

P-Value	کای اسکوئر	شیوع علائم OCD	درصد	تعداد	سطوح متغیر	متغیر زمینه ای
۰/۰۴۵	۸/۰۶۷	٪۱۶/۱	۲۸/۴	۱۹۱	شرق	منطقه جغرافیایی تهران
		٪۵/۹	۲۲/۳	۱۵۰	شمال	
		٪۹/۱	۳۱/۸	۲۱۴	غرب	
		٪۱۰/۳	۱۷/۴	۱۱۷	جنوب	
۰/۱۶	۱/۹۷۲	٪۱۲/۳	۵۴/۹	۳۶۹	دختر	جنسیت
		٪۸/۷	۴۵/۱	۳۰۳	پسر	
۰/۸۸۶	۰/۲۴۱	٪۱۱/۷	۳۳/۸	۲۲۷	زیر دیپلم	سطح تحصیلات پدر
		٪۱۱	۳۳/۵	۲۲۱	دیپلم	
		٪۱۰/۱	۳۲	۲۱۱	بالا تر از دیپلم	
		٪۹/۸	۳۶/۵	۲۴۰	زیر دیپلم	
۰/۷۴۲	۰/۵۹۸	٪۱۱/۸	۳۹/۶	۲۶۰	دیپلم	سطح تحصیلات مادر
		٪۹/۸	۲۳/۹	۱۵۷	بالا تر از دیپلم	
		٪۱۲/۲	۶/۹	۴۶	۰	
		٪۱۱/۳	۶۳	۴۱۸	۱	
۰/۹۲۱	۰/۴۸۸	٪۹/۸	۱۶/۷	۱۱۱	۲	تعداد خواهر یا برادر
		٪۹/۲	۱۳/۳	۸۸	۳ یا بیشتر	
		٪۸/۹	۴۲/۲	۲۷۵	اولین فرزند	
		٪۱۴/۳	۲۷/۳	۱۷۸	دومین فرزند	
۰/۴۸۵	۳/۴۵۶	٪۱۱/۴	۱۵/۲	۹۹	سومین فرزند	رتبه فرزند
		٪۹/۹	۱۴/۴	۹۴	چهارمین فرزند	
		٪۰	۰/۸	۵	پنجمین فرزند	

در خصوص علائم همراه، علائم اضطرابی ضریب همبستگی بیشتری نسبت به بقیه با OCD داشت که خلاصه این ارتباطات در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول ۳- بررسی همبستگی اختلالات مختلف با OCD

اختلالات	ضریب همبستگی اسپیرمن	سطح معنی داری
	Spearman's rho	P-Value
جسمانی کردن (Somatization) * OCD	۰/۶۷۸	<۰/۰۰۱
حساسیت میان فردی (Interpersonal Sensitivity) * OCD	۰/۷۷۰	<۰/۰۰۱
افسردگی (Depression) * OCD	۰/۷۶۰	<۰/۰۰۱
اضطراب (Anxiety) * OCD	۰/۷۸۴	<۰/۰۰۱
خشونت (Hostility) * OCD	۰/۶۸۴	<۰/۰۰۱
هراس (Phobia) * OCD	۰/۵۹۶	<۰/۰۰۱
تفکر پارانویایی (Paranoid Ideation) * OCD	۰/۶۹۲	<۰/۰۰۱
روان پریشی (Psychoticism) * OCD	۰/۶۹۸	<۰/۰۰۱
کل (Total) * OCD	۰/۸۷۳	<۰/۰۰۱



نمره وسواسی - جبری با سن همبستگی معنی دار آماری داشت به این معنی که با افزایش سن نمره OCD نیز افزایش می‌یافت (ضریب همبستگی اسپیرمن: $0/165$ ، $P\text{-Value} < 0/001$) و از آنجا که سن در ارتباط مستقیم با پایه تحصیلی است، نمره OCD با پایه تحصیلی نیز ارتباط معنی دار آماری دارد. (KW^1 , $P\text{-value} = 0/001$)

متغیرهای جنس، سطح تحصیلات پدر و مادر، تعداد خواهر یا برادر و رتبه تولد در خانواده با نمره OCD ارتباط معنی دار نداشتند ($P > 0/05$). ولی مناطق جغرافیایی مختلف تهران با نمره OCD ارتباط معنی دار داشت به گونه‌ای که در منطقه شمال بطور چشم‌گیری نمرات پائین‌تر از شرق و جنوب تهران بود و در غرب سطح نمره متوسط بود (KW , $P < 0/001$).

نتیجتاً در مدل رگرسیونی که ساختیم، تنها ریسک فاکتور سن بود و سایر متغیرها از مدل حذف شدند. به این ترتیب که افزایش یکسال به سن افراد، شانس داشتن OCD را $2/177$ برابر می‌کند. $\text{Odd's Ratio OCD} = \text{EXP}(B) = 2/177$.

بحث

آنچه که هدف اصلی این طرح بود، تخمین شیوع علائم وسواسی - جبری در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر تهران بود. با برآورد موجود، $10/8\%$ از دانش‌آموزان نمره مورد نظر را کسب کردند. البته از این بین $1/5\%$ از دانش‌آموزان، نمره ۳ و بالاتر را بدست آوردند که طبق تقسیم‌بندی ما در دسته اختلال بطور قابل توجه قرار دارند.

در خصوص مقایسه شیوع بدست آمده با دیگر مطالعات، آنچه که در داخل کشور انجام شده بیشتر روی افراد ۱۵ سال به بالا صورت گرفته و شیوع اختلال وسواسی - جبری را از $0/72\%$ تا $4/3\%$ گزارش کرده‌اند (۱۷-۱۵). در یک مطالعه که روی کودکان و نوجوانان (۱۶-۵ ساله) در تبریز صورت گرفته شیوع اختلال وسواسی - جبری 1% گزارش شده که البته قابل ذکر است که ابزار بکار گرفته شده پرسشنامه Rutter بوده و بررسی روی بیماران ارجاعی به روانپزشک انجام شده است (۱۳).

از آنجا که ابزار این طرح پرسشنامه‌ای است که بیشتر جهت شیوع‌سنجی بکار می‌رود (SCL-90R) و نمونه‌ها از جامعه انتخاب شدند (community - based)، انتظار می‌رود که مقادیر متفاوتی گزارش شود. در خارج از کشور نیز اکثر مطالعات گروه سنی نوجوانان، بر روی مراجعین به کلینیک‌ها صورت گرفته و شیوع از $0/2\%$ تا $2/9\%$ گزارش شده است (۹-۱۱). در حالیکه در یکی از مطالعات Community - based در ترکیه که در سال ۱۹۹۵ انجام شده، شیوع $5/1\%$ بدست آمده است (۱۴). یکی از بهترین دلایلی که اختلاف واضح بین شیوع

بدست آمده در مطالعات مذکور و بررسی در تهران را توجیه می‌کند ابزار سنجنش است. در مطالعات اخیر، اکثراً ابزارهایی بکار رفته که فقط اختلال وسواسی - جبری را می‌سنجند و این در حالیست که اکثر افرادی که دچار این اختلال هستند سعی در پنهان کردن علائم خود دارند (۳)، ولی پرسشنامه SCL-90R به دلیل اینکه در زمینه کلیه اختلالات روانی پرسش می‌کند و سئوالات بطور پراکنده طراحی شده‌اند، امکان انکار و پنهان کردن در فرد بسیار پائین خواهد بود. البته واضح است که جهت تشخیص قطعی پس از کسب نمره مذکور، ارزیابی بالینی ضروری است.

آنچه که بعنوان متغیرهای زمینه‌ای عنوان شده و شیوع به تفکیک هر یک از آنها ارائه گردیده است، نشان داد که با افزایش سن، شیوع نیز زیادتر می‌شود، به گونه‌ای که در گروه ۱۱ و ۱۲ ساله‌ها $4/6\%$ و در گروه ۱۴ و ۱۵ ساله‌ها $19/9\%$ بدست آمد. نتایج حاصل از محاسبه شیوع به تفکیک پایه تحصیلی نیز، یافته‌های فوق را تأیید می‌کند. در بین دختران نیز شیوع $1/4$ برابر پسران است ($12/3\%$ در دختران و $8/7\%$ در پسران).

در خصوص سطح تحصیلات والدین، در سطوح مختلف تحصیلات پدر، به ترتیب از زیردیپلم (شیوع $11/7\%$)، دیپلم (11%) و بالاتر از دیپلم ($10/1\%$)، روندی بصورت کاهش شیوع با افزایش سطح تحصیلات مشاهده می‌شود.

از نظر تعداد فرزندان خانواده آنچه که به چشم می‌خورد افزایش شیوع با تعداد کمتر فرزندان است. بگونه‌ای که در تک‌فرزندها شیوع $12/2\%$ و در کسانی که سه خواهر یا برادر و بیشتر دارند $9/2\%$ است.

و بالاخره بر حسب رتبه تولد فرزند در خانواده روند مشخصی به چشم نمی‌خورد و در این بین اولین فرزندها بیشترین شیوع را به خود اختصاص داده‌اند ($14/3\%$). لازم به توضیح است که از بین اختلافات مشاهده شده فقط اختلاف گروه سنی از نظر آماری تأیید می‌شود.

یافته حاصله از افزایش شیوع با بالا رفتن سن در دیگر مطالعات نیز دیده شده که از جمله مطالعه هیمن و همکاران در سال ۲۰۰۱ در انگلستان است که روی گروه سنی ۱۵-۵ ساله صورت گرفته است (۱۸).

یافته قابل توجه دیگر، اختلاف معنی دار شیوع در مناطق جغرافیایی مختلف محل تحصیل دانش‌آموزان است، بطوری که دانش‌آموزانی که در منطقه ۳ آموزش و پرورش (به نمایندگی از شمال تهران) تحصیل می‌کنند $5/9\%$ از آنها نمره مرزی را کسب کرده، در حالیکه دانش‌آموزانی که در منطقه ۱۴ (به نمایندگی از شرق تهران) تحصیل می‌کنند $16/1\%$ و در منطقه ۱۹ (به نمایندگی از جنوب تهران)، $10/3\%$ از دانش‌آموزان نمره مذکور را کسب کرده‌اند.



نتیجه‌گیری

شیوع علائم وسواسی - جبری در نوجوانان تهران نیاز به تعمق دارد و در این گروه سنی باید بدنبال این اختلال ناتوان‌کننده باشیم تا آن را پیدا کنیم و تشخیص در مراحل اولیه و درمان آن می‌تواند پیش‌آگهی این بیماران را بهبود بخشد.

نظر به شیوع ۱۰/۸٪ این علائم در دانش‌آموزان تحت بررسی، لزوم پرداختن به امر بهداشت روان در مدارس در دو بعد پیشگیری (Prevention) و مداخله (intervention) شامل تشخیص علائم هشداردهنده این اختلال و مشاهده، پیگیری و ارجاع جهت درمان، بیش از پیش روشن می‌شود.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به دلیل پشتیبانی مالی این طرح کمال تشکر را داریم.

اگر منطقه تحصیل را بتوان مؤلفه‌ای از وضعیت اجتماعی - اقتصادی دانست، شاید بتوان گفت نتایج بدست آمده موافق با نتیجه بدست آمده از مطالعه هیمن و همکاران باشد، که در طبقات اجتماعی - اقتصادی پائین‌تر شیوع بیشتر بود (۱۸). البته جهت بررسی دقیق‌تر وضعیت اجتماعی - اقتصادی نیاز به جمع‌آوری داده‌های کاملتری است که می‌تواند در طرح‌های آتی مورد توجه قرار گیرد و به جهت موفقیت در درمان این بیماران تشخیص در مراحل اولیه بسیار تعیین‌کننده است (۱۹) لذا حصول اطلاعات کاملتر از تحقیقات آتی بسیار ضروری است. در زمینه علائم همراه با OCD نیز مطالعات زیادی صورت گرفته است از جمله در بررسی سوئدو و همکاران دیده شد که OCD فقط در ۲۶٪ موارد تنها تشخیص است و در مطالعه آنها شایعترین اختلال همراه، اختلال تیک و افسردگی بود (۲۰).

در این طرح علائم اضطرابی از بین بقیه، بیشترین همبستگی را با OCD داشت که این یافته نیز همخوان با مطالعه راسیم و همکاران است که در ترکیه در سال ۲۰۰۲ انجام شد (۱۱).

منابع:

- 1- American psychiatric Assocation: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders , 4 th ed, American psychiatric Assocation, Wahington 1994; 417- 423
- 2- Lisa A, Susan E. Pediatric obsessive – compulsive disorder. JAMA 2000; 284: 24-28
- 3- Rutter M, Taylor E, Herosu L. Child and Adolescent psychiatry Modern Approaches, 3 th ed. Oxford, England 1994; 441- 454
- 4- Calvocoressi L, Lewis B, Harris M. Family acommodation in obsessive - compulsive disorder. Am J psychiatry 1995; 152: 441- 444
- 5- Flament MF, Koby E, Rapoport J. Childhood obsessive - compulsive disorder. J child psychol psychiatry 1990; 31: 363-380
- 6- Zohar AH. The epidemiology of obsessive – compulsive disorder in children and adolescent. Child Adolesc psychialtry clin North Am 1999; 8: 445-460
- 7- Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry, volume 1, 9th ed. Lippincott Williams and Wilkins, NewYork 2002; 616-623
- 8- Piacentini J, Bergman RL, McCraeken J. Functional impairment in children and adolescent with obsessive compulsive disorder. J child Adolesc psychopharmacol 2003; 138: 861-869
- 9- Valleni- Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry 1994; 33: 782- 791
- 10- Charlotte W, Cody S. Prevalence of Mental Disorders in children and youth. Mental Health Evaluation and community consultation unit. Department of psychiatry, university of British Columbia, 2002
- 11- Rasim D, Ayse A. Sociodemographic and clinical characteristics of Turkish children and Adolescents with obsessive – compulsive disorder. CMJ 2002; 43: 369 – 374
- 12- Cuhadaroolu F. Obsessive – compulsive disorder in children and odolescent in Turkish. Psychiatry psychology 1995; 3: 36- 44
- ۱۳- رنجبر، ف. نابدل، ی. فخاری، ع. شیوع اختلالهای روانپزشکی در کودکان و نوجوانان منطقه شمال غرب تبریز. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، زمیماه ۵۹، صفحه ۶۵-۶۰، سال ۱۳۸۲
- 14- Pedersen G, Karerud S. Is SCL-90R helpful for the clinician? Acta psychiatr scand 2004; 110: 215-224
- ۱۵- نوربالا، ا. محمد، ک. بررسی سلامت و بیماری در ایران. مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، تهران، سال ۱۳۸۰
- ۱۶- محمدی، م. داویدیان، ه. نوربالا، ا. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران. مجله حکیم، بهار ۸۲، دوره ششم، صفحه ۶۴-۵۵
- ۱۷- شمس علیزاده، ن. بوالهروی، ج. شاه‌محمدی، د. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالهای روانی در یک روستای استان تهران. فصلنامه‌اندیشه و رفتار. جلد هفتم، سال ۱۳۸۹ صفحه ۲۶-۱۹
- 18- Heyman I, Fombonne E, Goodman R. Prevalence of obsessive – compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. Br J psychiatry 2001; 179: 324-329
- 19- Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC. A 2 – to – 7 year follow – up study of 54 obsessive – compulsive children and adolescents. Archives of General psychiatry 1993; 50: 429- 439
- 20- Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow D. Obsessive – compusive disorder in children and adolescent: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. Arch Gen psychiatry 1989; 46: 335-341