

Comparison of Perfectionism, Parenting styles and Quality of Life in Women with Obsessive-Compulsive Disorder and Healthy Women

Samaneh Ezad Kkhasht¹, Fatemeh Golshani*²

¹ Ph.D. student in Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran

² Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran Central Branch, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article History

Received: 27/04/2019

Revised: 24/11/2021

Accepted: 15/01/2022

Available online: 07/02/2022

Article Type

Research Article

Keywords

obsessive-compulsive disorder, perfectionism, parenting styles, quality of life.

Corresponding Author*

Fatemeh Golshani, PhD, Department of Psychology, School of Psychology, Islamic Azad University of Tehran (Faculty of Psychology and Educational Sciences, Velayat University Complex, Salman St, Khandan St, Ghaem Square, Army Boulevard, Sohanak, Tehran, Iran).

ORCID: 0000-0001-8916-2943

E-mail: fa_golshani@yahoo.com

dor: <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1399.15.1.2.3>

ABSTRACT

This study performed to Comparison of Perfectionism, Parenting styles and Quality of Life in Women with Obsessive-Compulsive Disorder and Healthy women. The design of the study is descriptive-causal comparative. The statistical population included all women with obsessive-compulsive disorder in Tehran's 5th, 11th, 13th and 19th districts in 1397. In this study, 44 patients referring to counseling and psychiatric clinics were selected using a clinical interview and Maudsley Obsessive- Compulsive Inventory in-Access convenient. Also, 40 normal individuals who were matched in terms of demographic characteristics with obsessive compulsive group were selected using available sampling method. The subjects of the two groups responded to the Maudsley Obsessive- Compulsive Inventory (2011), baumarind parenting styles Scale (1971), Hill's perfectionism inventory (2004) and Quality of Life Questionnaire (1992). Data analysis was performed using multivariate analysis of variance (MANOVA) in SPSS-18. The results showed that there was a significant difference between the two groups in perfectionism and quality of life ($P < 0.05$). However, there was no meaningful difference between parenting styles in two groups ($P < 0.05$). The results of this study point to the importance of perfectionism and quality of life in diagnosing and designing a treatment pattern for obsessive-compulsive disorder.

Citation: : Ezad Khasht, S., and Golshani, F., (1399/2020). This study was performed to comparison of perfectionism, parenting styles and quality of life in women with obsessive-compulsive disorder and healthy women. Contemporary Psychology, 15(1), 29-39. Dor: <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1399.15.1.2.3>

مقایسه کمال‌گرایی، سبک‌های فرزندپروری و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی و زنان سالم

سمانه ایزدخواست^۱، فاطمه گلشانی*^۲

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران
^۲ گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه کمال‌گرایی، سبک‌های فرزندپروری و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به وسواس فکری- عملی و زنان سالم بود. روش پژوهش توصیفی از نوع علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به وسواس منطقه ۵، ۱۱، ۱۳ و ۱۹ تهران در سال ۱۳۹۷ بود که از بین این افراد ۴۴ نفر از مراجعه کنندگان به کلینیک‌های مشاوره و روانشناسی با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته و پرسشنامه وسواس مادزلی به صورت در دسترس انتخاب شدند. همچنین ۴۰ فرد غیر مبتلا به وسواس فکری- عملی که از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی با گروه وسواس هم‌تا شده بودند با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس نیز انتخاب شدند. آزمودنی‌های دو گروه به پرسشنامه وسواس مادزلی (۲۰۱۱)، مقیاس کمال‌گرایی هیل (۲۰۰۴)، مقیاس سبک‌های فرزندپروری بامریند (۱۹۷۱) و پرسشنامه کیفیت زندگی (۱۹۹۲) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در SPSS-18 استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند که بین دو گروه در متغیرهای کمال‌گرایی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.05$) اما بین سبک‌های فرزندپروری در دو گروه تفاوت معنادار مشاهده نشد ($P > 0.05$). نتایج این پژوهش لزوم توجه به کمال‌گرایی و کیفیت زندگی در تشخیص و طرح‌ریزی الگوی درمان برای اختلال وسواس را خاطر نشان می‌سازد.

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۰۷

اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۹/۰۳

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۵

انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۱۱/۱۸

نوع مقاله

مقاله پژوهشی

کلیدواژه‌ها

وسواس فکری- عملی، کمال‌گرایی، سبک‌های فرزندپروری، کیفیت زندگی

نویسنده مسئول*

فاطمه گلشانی، درجه دکتری روانشناسی

گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد تهران مرکز واقع در تهران، سوهانک، بلوار ارتش، میدان قائم، خیابان خندان، خیابان سلمان، مجتمع دانشگاهی ولایت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی کد پستی ۱۹۵۵۸-۴۷۷۸۱

ارکید: 0000-0001-8916-2943

پست الکترونیکی: fa_golshani@yahoo.com

مقدمه

تکراری و کلیشه‌ای و تاندازه‌ای غیر ارادی هستند (هیرسچتریت، بلاچ و متوی^۳، ۲۰۱۷). میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال در جمعیت عمومی ۲ تا ۳ درصد برآورد شده است. برخی از پژوهشگران برآورد کرده‌اند که این اختلال در ۱۰ درصد بیماران سرپایی درمانگاه‌های روان‌پزشکی یافت می‌شود (شیخ مونسی، حاحی حیدری، محمد پور، مسعود زاده و مظفر، ۲۰۱۴). اختلال وسواس فکری- عملی تأثیرات منفی بر سلامت شخص می‌گذارد؛ به طوری که توان و انرژی فرد را تحلیل می‌بخشد که منجر به کاهش رضایت از زندگی، بهزیستی روانی و حتی خودکشی می‌شود (دی لاکروز^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). یکی از حوزه‌هایی که به نظر می‌رسد در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی متفاوت با سایر افراد است؛ کمال‌گرایی^۵ است.

بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان، اختلال وسواس فکری- عملی^۱ از گروه اختلالات اضطرابی جدا و همراه با تعدادی از اختلالات، در یک طبقه مجزا و مستقل مطرح شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). این اختلال که بر افکار، شناخت‌ها و هیجان‌ها تأثیرگذار است (صمیمی، رامش و کرد تمینی، ۲۰۱۸/۱۳۹۷)؛ شامل عقاید، افکار، تکانه‌ها یا تصوراتی تکرارشونده‌ای است که از دوام بالایی برخوردارند، در واقع در این اختلال، افکار مزاحم و اضطراب‌آور با وسواس‌های عملی همراه هستند. این وسواس‌های عملی، کارهایی اجبارگونه هستند که شخص برای کاهش وسواس‌های فکری خود انجام می‌دهد. این کردارها،

^۴ . De la Cruz
^۵ . perfectionism

^۱ . Obsessive Compulsive Disorder
^۲ American Psychiatric Association #
^۳ Hirschtritt, Bloch, & Mathews

به صورت فعالی وجود دارد. در همین راستا بخشی پور رودسری و همکاران (۲۰۱۵/۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند که افراد مبتلا به وسواس در مقایسه با گروه عادی از کمال‌گرایی بیشتری برخوردارند. نتایج پژوهش رحیمی و زمانی‌ها (۲۰۱۹/۱۳۹۷) نیز بیانگر آن بود که ویژگی‌های شخصیتی والدین مانند کمال‌گرایی بر شکل‌گیری و استمرار اختلال وسواس فکری- عملی تأثیر دارد. تامبی و هانا^۸ (۲۰۱۹) نیز نشان دادند که برخی از ویژگی‌های شخصیتی نظیر کمال‌گرایی در افراد دارای وسواس بیشتر از سایر افراد است.

اما یکی دیگر از عوامل محیطی که ممکن است بر وسواس فکری - عملی اثرگذار باشد، سبک‌های فرزند پروری^۹ است. سبک‌های فرزند پروری مجموعه‌ای از نگرش‌های والدین نسبت به کودک است که منجر به ایجاد جو هیجانی می‌شود که در آن رفتارهای والدین بروز می‌نماید (کاکینامی، بارت، سیگوین و پارادیس^{۱۰}، ۲۰۱۵). این رفتارها هم دربرگیرنده‌ی رفتارهای مشخص (رفتارهایی در جهت هدف والدین) است که از طریق آن رفتارها، والدین به وظایف والدینی‌شان عمل می‌کنند و هم رفتارهای غیر مرتبط باهدف والدینی است که شامل ژست‌ها، تغییر در تن صدا یا بیان، هیجان‌های غیرارادی می‌باشد (کاکس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۸). بامریند^{۱۲} (۱۹۹۱) نشان داده است که سبک فرزند پروری والدین دو بعد گرمی، کنترل دارد و شیوه فرزند پروری والدین از این دو جهت با هم در تفاوت هستند. بامریند بر اساس تحقیقاتش سه شیوه فرزند پروری مقتدرانه، مستبدانه، سهل‌گیرانه را تشخیص داده است که براساس ابعاد گرمی و کنترل باهم در تفاوت هستند. والدین سهل‌گیر سطح بالای گرمی و کنترل رفتاری پایین دارند، والدین مستبد پایین‌ترین گرمی و پذیرش و سطح بالای کنترل رفتاری دارند و والدین مقتدر سطح بالای گرمی و کنترل رفتاری دارند راهنمایی‌های منطقی کودکان و نوجوانان از ویژگی‌های سبک والدینی مقتدرانه است (رجب تبار درویشی، یحیی زاده و حسینی، ۲۰۱۶/۱۳۹۵). تحقیقات نشان داده است که از بین سبک‌های فرزندپروری، سبک فرزندپروری مقتدرانه در ارتباط با شادی، روان رنجور خوبی پایین، عزت‌نفس بالا، داشتن استقلال، درجات تحصیلی بالا، جرئت مندی و استدلال اخلاقی بالا و برخی پیامدهای مثبت در ارتباط است (اچترگارد، پوسترت، ویسینگ، رومر و مولر^{۱۳}، ۲۰۱۵؛

بسیاری از نظریه‌های روان‌شناختی از جمله نظریه‌های روان‌کاوی و شناختی بر اهمیت و نقش کمال‌گرایی در بیماران وسواس فکری و عملی تأکید کرده‌اند (پینتو^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). کمال‌گرایی به عنوان رگه شخصیتی، سازه‌ای چند بعدی است که با تلاش برای بی‌نقص بودن و وضع معیارهای عالی برای عملکرد، همراه با تمایل به ارزشیابی‌های کاملاً انتقادی از رفتار شخصی و حساسیت بیش‌ازحد در مورد اشتباهات مشخص می‌شود (کوران و هیل^۲، ۲۰۱۹). کمال‌گرایی مفهومی است که درعین حال که می‌تواند سبب پرورش نیروی انسانی پویا و فعال شود، ممکن است یکی از دلایل بیماری‌های روانی و جسمانی نیز باشد، زیرا کمال‌گرایی دارای جنبه‌های مثبت و منفی است (هویت، فلت و میکائیل^۳، ۲۰۱۷). طبق تقسیم بندی فلت و هویت (۲۰۰۲) سه نوع کمال‌گرایی وجود دارد که عبارت‌اند از: الف) کمال‌گرایی خویشتن مدار^۴؛ ب) کمال‌گرایی دیگر مدار^۵ و ج) کمال‌گرایی جامعه مدار^۶. از سوی دیگر برخی از پژوهشگران کمال‌گرایی به دو نوع کمال‌گرایی انطباقی یا بهنجار (که کمال‌گرایی مثبت است و باعث پیشرفت می‌گردد) و کمال‌گرایی غیر انطباقی و نابهنجار (که تمایل منفی برای کامل بودن و وضع قوانین سخت برای پیشرفت است) تقسیم بندی کرده‌اند.

اگرچه وجود کمی از کمال‌گرایی مفید است و می‌تواند تا حدی فرد را به جلو براند، اما کمال‌گرایی بیش‌ازحد و به شکل منفی می‌تواند زمینه‌ساز اختلال وسواس فکری-عملی شود (بخشی پور، هاشمی نصرت آباد و نکونام، ۲۰۱۵/۱۳۹۴). در برخی از مبتلایان اختلال وسواس فکری-عملی این اعتقاد وجود دارد که بهترین راه‌حل برای انجام دادن کارها و امور این است که آن‌ها را به‌طور کامل و بدون عیب و نقص انجام داد و انجام دادن کارها لازم و ضروری است. این افراد معتقدند که شکست در قسمتی از امور به معنی شکست کامل در آن امور است (پینتو و همکاران، ۲۰۱۷). در نتیجه فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی ممکن است ساعت‌ها از وقت خود را صرف انجام دادن کاری بکند، ولی به دلیل اینکه فکر می‌کند کار خود را باید به‌طور کامل و بدون نقص انجام بدهد، هرگز به نتیجه دلخواه خودش نرسد و این چرخه همچنان ادامه داشته باشد (گرات^۷ و همکاران، ۲۰۱۵). تحقیقات نشان داده‌اند که کمال‌گرایی در مبتلایان به OCD

8 . Thamby, & Khanna

9 . parental styles

10 . Kakinami, Barnett, Séguin, & Paradis

11 . Cox

12 . baumarind

13 . Achtergarde, Postert, Wessing, Romer, & Müller

1 . Pinto

2 . Curran, & Hill

3 . Hewitt, Flett, & Mikail

4 . self-oriented

5 . other-oriented

6 . socially prescribed

7 . Grotte

به گروه‌های دیگر در سطح پایین قرار دارند. در پژوهشی گزارش شد مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری اغلب بیکار بوده و موقعیت اجتماعی-اقتصادی آشفته‌ای دارند و در ابعاد سلامت روانی که شامل آسیب‌های کارکردی هم می‌باشد، نارسایی دارند (آلبرت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰). در همین راستا نتایج پژوهش بشرپور، مولوی و شیخی (۲۰۱۳/۱۳۹۱) نشان داد که کیفیت زندگی بیماران وسواسی پایین‌تر از گروه بهنجار بود.

با عنایت به آنچه اشاره گردید، مشخص می‌شود که وسواس فکری - عملی از جمله اختلال‌های روان‌شناختی است که تأثیر فراوانی بر زندگی مبتلایان به این اختلال می‌گذارد. براساس پیشینه پژوهشی و تعدادی از مطالعات که اشاره شد، مشخص می‌شود که متغیرهای کمال‌گرایی، سبک‌های فرزندپروری و کیفیت زندگی در بیماران وسواس به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفته‌اند اما مطالعه‌ای جامع در زمینه اختلال وسواس فکری - عملی در ارتباط با سه متغیر کمال‌گرایی، سبک فرزندپروری و کیفیت زندگی یافت نشد و این موضوع ایجاد زمینه برای انجام پژوهش‌های بیشتر و همه‌جانبه در مورد مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی و مقایسه آن‌ها با غیر مبتلایان به اختلال حاضر را فراهم می‌آورد. از سوی دیگر اکثر مطالعات انجام‌گرفته در خارج از کشور و با نمونه‌های مردان بوده‌اند که نمی‌توانند به صورت کامل به گروه زنان مورد تعمیم قرار گیرند. از سوی دیگر به علت نقش تربیتی و حمایتی که زنان و خصوصاً مادران در خانواده دارند و پیامدهای جدی که از اختلال وسواس برای این گروه ایجاد می‌شود؛ ضرورت مطالعات مربوط به وسواس در گروه زنان بیش‌ازپیش احساس می‌شود. براین اساس پژوهش حاضر با توجه به این ضرورت‌های پژوهشی و خلأهای تحقیقاتی موجود به بررسی پاسخ به این سؤال می‌پردازد که آیا تفاوت معنی‌داری در متغیرهای کمال‌گرایی، سبک‌های فرزندپروری و کیفیت زندگی بین زنان مبتلا به وسواس فکری - عملی و زنان سالم وجود دارد؟

روش

طرح پژوهشی و شرکت کنندگان

طرح پژوهش حاضر توصیفی- تحلیلی از نوع پس رویدادی (علی - مقایسه‌ای) بود.

ابوبکر، ون در ویجور، سوربانی، هاندایانی و پانیدا^۱، (۲۰۱۵). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد والدینی که دارای خصوصیتی مانند داشتن حمایت بیش‌ازحد، توقعات زیاد، باریک‌بینی و حساسیت زیاد هستند، دارای فرزندی هستند که سطح بالای علایم وسواسی-اجباری و افکار اضطرابی دارند (بارتون و هیرسچ^۲، ۲۰۱۶). مورفی و فلسنر^۳ (۲۰۱۵) به این نتیجه رسید که والدین افراد دارای وسواسی - اجباری در مقایسه با والدین گروه نرمال، فقدان عواطف و گرمی و کنترل رفتاری زیادی نسبت به نوجوانان داشتند. آونسو^۴ و همکاران (۲۰۰۴) گرمی و عطف‌ت پایین را در والدین افراد مبتلا وسواسی اجباری گزارش کردند. نتایج مطالعه خانجانی، اسماعیلی و غلام زاده (۲۰۱۲/۱۳۹۱) بیانگر آن بود که علایم وسواس فکری عملی و افکار اضطرابی رابطه مثبت معنی‌دار با شیوه‌های فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه و رابطه منفی معنی‌دار با شیوه فرزند پروری مقتدرانه دارد. شیوه‌های فرزند پروری توانایی پیش‌بینی سطح علایم و سواس فکری عملی و افکار اضطرابی نوجوانان را دارند.

از طرف دیگر علاقه به پژوهش درباره وضعیت کیفیت زندگی در بیماران وسواس فکری - عملی به سرعت در حال افزایش است (ویدلی، ایوارسون، تامسون، لیدرسون و جوزفیک^۵، ۲۰۱۵). اگرچه تعریفی کلی از کیفیت زندگی وجود ندارد اما این مفهوم معمولاً شامل جنبه‌هایی مثل رفاه روان‌شناختی، رضایت از زندگی، کارکرد و عملکرد اجتماعی، شرایط زندگی و حمایت اجتماعی است (صدوقی و صالحی، ۲۰۱۷/۱۳۹۶). سازمان بهداشت جهانی^۶، کیفیت زندگی را مفهومی مشتمل بر ابعاد سلامت جسمی، وضعیت روانی، ارتباطات اجتماعی و شرایط محیطی می‌داند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی از احساس خوب بودن و رضایت‌مندی از تجربیات زندگی است که جنبه‌های مثبت و منفی زندگی را در بر می‌گیرد و بیانگر روشی است که فرد وضعیت سلامت و سایر جنبه‌های زندگی خود را درک کرده و نسبت به آن واکنش نشان می‌دهد (پاور^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). مبتلایان به اختلال وسواسی - اجباری کیفیت زندگی ضعیف‌تری به ویژه در حوزه‌هایی نظیر عزت‌نفس و کار دارند (کوریس^۸ و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش جیسوریا^۹ و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که افراد وسواسی کیفیت زندگی در سطح پایینی را گزارش کردند. همچنین این افراد از نظر اشتغال و وضعیت مالی نسبت

6 . World Health Organization

7 . Power

8 . Kouris

9 . Jaisooriya

10 . Albert

1 . Abubakar, Van de Vijver, Suryani, Handayani, & Pandia

2 . Barton, & Hirsch

3 . Murphy & Flessner

4 . Alonso

5 . Weidle, Ivarsson, Thomsen, PLYdersen, & Jozefiak,

عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب بوده است (بخشی پور و همکاران، ۲۰۱۵/۱۳۹۴).

پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی (MOCI):^۳ این پرسشنامه توسط راجمن و هاجسون^۴ (۲۰۱۱) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواسی تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ جمله (درست / نادرست) که با ابعاد مختلف وسواس ارتباط دارد و تشریفات آشکار و ارتباط آن‌ها را با اجبارها ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه علاوه بر یک نمره کلی وسواس شامل ۴ خرده مقیاس (وارسی، آلودگی، کنده‌ی، شک و تردید) است. این خرده آزمون‌های آزمون مادزلی را به ابزاری مفید برای ارزیابی تغییرات در نشانه‌های ویژه تبدیل کرده و تمرکز آن بر نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری غیر از صفات شخصیتی، باعث شده است که این آزمون در ارزیابی درمان‌های معطوف به نشانه‌های وسواسی- اجباری سودمندی ویژه داشته باشد. یکی از گویه‌های این پرسشنامه عبارت است از "معمولاً درباره انجام کارهای ساده روزمره، شدیداً به شک و تردید دچار می‌شوم". این تست از پایایی آزمون- بازآزمون و اعتبار درونی مناسب بهره‌مند است. همبستگی میان آزمون- بازآزمون ۰/۸۰ و اعتبار درونی ۰/۷۰-۰/۸۰ است (راجمن و هاجسون، ۱۹۹۷). در ایران استکتی ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ برای خرده مقیاس‌های آن حداقل ۰/۳۹ و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواسی- اجباری پیل را ۰/۸۷ گزارش کرده است (استکتی، ۲۰۱۱). در این پژوهش میزان همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس کمال‌گرایی هیل: پرسشنامه کمال‌گرایی در سال ۲۰۰۴ توسط هیل و همکاران طراحی شده است. این ابزار ۵۹ گویه و ۸ خرده مقیاس دارد. نمره این مقیاس از ترکیب جنبه سازگار (ابعاد نظم و سازماندهی، هدفمندی، تلاش برای عالی بودن و معیارهای بالا برای دیگران) و جنبه ناسازگار (غیر انطباقی یا منفی) شامل (ابعاد نیاز به تأیید، تمرکز بر اشتباهات، ادراک فشار از سوی والدین و نشخوار فکر) کمال‌گرایی حاصل می‌شود. یک نمونه از گویه‌های این مقیاس عبارت است از: "در هر تکلیفی که انجام میدهم باید بهترین باشم". روش نمره‌گذاری این مقیاس بر پایه مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، موافق (۳)، کاملاً موافق (۴) می‌باشد (محافی، ۲۰۰۹/۱۳۸۸). نتایج حاصل از محاسبه پایایی و روایی این مقیاس در پژوهش هیل و همکاران حاکی از آن است که ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ به دست آمده است، پایایی

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی (بیماران سرپایی) مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌پزشکی و خانه‌های سلامت منطقه ۵، ۱۱، ۱۳ و ۱۹ شهرداری تهران بود که توسط روان‌پزشک و براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و مصاحبه تشخیصی ساخت یافته (SCID) واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواس فکری و عملی بودند (براساس ارزیابی روانشناس) و نمره ۱۱ و بیشتر از آن در پرسشنامه وسواس مادزلی دریافت کرده بودند. مجموع این مراکز ۵ مرکز بود (هر منطقه دو مرکز). همچنین به علت مشابهت افراد نمونه بیمار با عادی، همه همراهان این بیماران که سالم بودند و اختلال وسواس فکری و عملی را براساس ملاک‌های فوق نداشتند، نمونه عادی این پژوهش را تشکیل داد. حجم نمونه این پژوهش به صورت کلی ۸۴ نفر بود که شامل ۴۴ نفر وسواس و ۴۰ نفر در گروه غیر مبتلا بود؛ که سعی شد نمونه‌های افراد مبتلا به OCD و افراد عادی با استفاده از مشخصات جمعیت شناختی، از جمله سن، تحصیلات همتا سازی شوند. در گروه بالینی افراد مبتلا به اختلال وسواسی فکری و عملی و افراد عادی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد عادی بدون هیچ‌گونه سابقه بیماری وسواس و روانی شدید در نظر گرفته شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، در گروه مبتلا عبارت بود از: رضایت آموذنی‌ها، داشتن حداقل تحصیلات راهنمایی، محدوده سنی ۱۸ سال به بالا. ملاک خروج شامل داشتن بیماری روانی همراه بود. معیار ورود افراد غیر مبتلا شامل عدم سابقه ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی / روان‌شناختی حاد بر اساس مصاحبه تشخیصی انجام گرفته بود.

ابزارهای پژوهش

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور یک (SCID): مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک مصاحبه انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، کیبون و ویلیامز^۲ (۱۹۹۷) تهیه شد. ترن و اسمیت (۲۰۰۴)؛ به نقل از محمدخانی، جهانی و تمنائی فر، (۲۰۰۵/۱۳۸۴). ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. همچنین در ایران توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول

^۴ . Rachman & Hodgson

^۵ . Steekte

^۶ . Hill's Perfectionism Inventory

^۱ . The Structured Clinical Interview for DSM

^۲ . First, Spitzer, Gibbon, & Williams

^۳ . Maudsley Obsessive- Compulsive Inventory

بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی و سلامت روان به طور کلی این پرسشنامه دو رویکرد جسمانی و رویکرد روانی را می‌سنجد. برای مثال یکی از گویه‌های این پرسشنامه عبارت است از: چقدر در زندگی روزمره خود احساس کفایت می‌کنید؟^۴. پژوهش‌ها درباره کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و اعتبار بالایی دارد (مک‌هرنی، وار و رسزک^۴، ۱۹۹۳؛ گارات^۵ و همکاران، ۱۹۹۳). روایی و اعتبار پرسشنامه (SF-36) را برای اولین بار در ایران منتظری و همکاران (۲۰۰۵) در ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند که بیشتر آن‌ها متأهل بودند. ضریب پایایی در هشت بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از بعد سرزندگی ۰/۶۵ بود. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای مولفه سلامت جسمانی برابر با ۰/۹۰ و برای سلامت روانی برابر با ۰/۹۳ بود.

ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش حاضر، کلیه مجوزهای انجام این پژوهش از سازمان‌های مربوطه اخذ گردید. همچنین با توضیح شرایط پژوهش رضایت آگاهانه همه شرکت‌کنندگان پژوهش کسب گردید و به تمامی آنان اطمینان داده شد که اطلاعات و مشخصات آنان محرمانه خواهد ماند. افزون بر این، در این پژوهش سعی شده است، که با معرفی منابع مورد استفاده، اصل اخلاقی امانت‌داری علمی رعایت و حق معنوی مؤلفین آثار محترم شمرده شود.

یافته‌ها

در این پژوهش میانگین گروه سنی گروه بیماران وسواس ۳۵/۰۵ و میانگین سنی گروه افراد سالم ۳۴/۴۵ بود. در گروه وسواس ۳/۴ درصد دیپلم، ۷۳/۹ درصد لیسانس و ۲۱/۷ درصد فوق لیسانس بودند و در گروه افراد سالم ۱۲/۸ درصد دیپلم، ۵۹/۶ درصد لیسانس و ۲۷/۷ درصد فوق لیسانس بودند.

و روایی این مقیاس را در ایران جمشیدی در سال ۲۰۰۹ انجام داد. پایایی کل مقیاس در بررسی مقدماتی (۶۸ آزمودنی) با استفاده از روش آلفای کرونباخ (همسانی درونی) ۰/۸۰ به دست آمد. در بررسی اصلی (با ۳۱۳ آزمودنی) نیز پس از انجام تحلیل عاملی، این ضریب برای کل مقیاس ۰/۹۰ به دست آمد. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای مولفه کمال‌گرایی انطباقی برابر با ۰/۸۹ و برای کمال‌گرایی غیر انطباقی ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس فرزند پروری با مریند^۱: فرم اولیه این پرسشنامه دارای ۳۰ گویه است که توسط با مریند در سال ۱۹۷۱ طراحی و ساخته شد. این پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری والدین را در سه عامل سهل‌گیرانه، استبدادی و مقتدرانه در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم (۱)، تاحدودی موافقم (۲)، تاحدودی مخالفم (۳)، مخالفم (۴)، کاملاً مخالفم (۵)) می‌سنجد. با جمع نمرات گویه‌های مربوط به هر سبک و تقسیم آن بر تعداد سوالات نمره مجزا به دست می‌آید. نمونه‌ای از گویه‌های این مقیاس عبارت است از: اگر بچه‌ها کاملاً مطابق میل والدین خود رفتار کنند، در آینده افراد موفق خواهند شد. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه برای مولفه سهل‌گیرانه ۰/۶۹، برای استبدادی ۰/۷۷ و مقتدرانه ۰/۷۳ گزارش شده است (اشرافی، قنوتی، مکنونی، موسوی و محمدی مجد، ۲۰۱۴/۱۳۹۲). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای مولفه سهل‌گیرانه ۰/۷۳، برای استبدادی ۰/۷۹ و مقتدرانه ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی^۲ (SF-36): فرم ۳۶ عبارتی کیفیت زندگی توسط وار و شربوم^۳ در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شده است. پرسشنامه برای ادراک افراد از سلامتی خود ابزاری مناسب است. این پرسشنامه ۳۶ سؤال را شامل است که هشت خرده مقیاس مرتبط با سلامت را می‌سنجد: عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی و

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار دو گروه در متغیرهای پژوهش

| متغیرها | زنان با اختلال وسواس | | زنان سالم | |
|------------|----------------------|------------------|-----------|------------------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| وسواس | ۱۴/۶۷ | ۳/۹۱ | ۶/۸۵ | ۲/۲۹ |
| سهل‌گیرانه | ۱۴/۳۸ | ۵/۳۰ | ۱۵/۴۵ | ۴/۸۸ |
| استبدادی | ۱۶/۰۵ | ۵/۲۹ | ۱۵/۴۲ | ۴/۱ |
| مقتدرانه | ۲۷/۱۶ | ۶/۶۹ | ۲۷/۸۷ | ۴/۹۰ |

^۴. Mac Horney, Ware, & Raczek

^۵. Garratt

^۱. Baumarind Parenting Styles Scale

^۲. Quality of Life Questionnaire- Short Form

^۳. Ware & Sherbourne

ادامه جدول ۱

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------|------------------------|
| ۱۳/۱۱ | ۹۱/۲۶ | ۱۴/۸۵ | ۹۸/۸۱ | کمال‌گرایی غیر انطباقی |
| ۹/۰۳ | ۶۹/۵۷ | ۷/۵۱ | ۶۱/۶۵ | کمال‌گرایی انطباقی |
| ۱/۲۸ | ۱۲/۸۵ | ۱/۵۵ | ۱۰/۹۸ | سلامت جسمانی |
| ۱/۷۹ | ۱۴/۰۶ | ۱/۹۷ | ۱۲/۱۰ | سلامت روانی |
| ۲/۸ | ۲۴/۹۱ | ۲/۹۷ | ۲۳/۰۸ | کیفیت زندگی کل |

فاصله ۲ تا ۲- قرار دارد و پیش‌فرض نرمال بودن متغیرها رعایت شده است. نتایج آزمون لون نیز برای بررسی همگنی واریانس‌های بین گروهی نیز نشان داد که آماره F برای همه متغیرها معنادار نبود ($p > 0.05$). با توجه به عدم تخطی از این پیش‌فرض، از ارزش لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری این ارزش استفاده شد که نتایج نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرها معنی‌دار است ($F(7, 11) = 4.0, p < 0.001$ ، ویلکز، $p < 0.001$). نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت ۲۰ درصد است. یعنی ۲۰ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است. آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز شمرد. نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

در جدول ۱ میانگین و (انحراف استاندارد) نمرات وسواس، سبک‌های فرزندپروری (سهل‌گیرانه، استبدادی و مقتدرانه)، کمال‌گرایی (کمال‌گرایی غیر انطباقی و کمال‌گرایی انطباقی) و کیفیت زندگی (سلامت جسمانی و سلامت روانی) در زنان با بیماری وسواس و زنان سالم نشان داده می‌شود. #

برای بررسی معناداری تفاوت میانگین سبک‌های فرزندپروری (سهل‌گیرانه، استبدادی و مقتدرانه)، کمال‌گرایی (کمال‌گرایی غیر انطباقی و کمال‌گرایی انطباقی) و کیفیت زندگی (سلامت جسمانی و سلامت روانی) در دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری در SPSS-18 استفاده شد؛ اما پیش از انجام این آزمون، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. اولین پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای وابسته است که نتایج شاخص کجی و کشیدگی نشان داد نمره همه متغیرها در

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) برای تعیین تفاوت بین گروهی در متغیرهای مورد مطالعه #

| متغیرها | SS | DF | MS | F | Sig | مجذور اتا |
|------------------------|---------|----|---------|-------|-------|-----------|
| کمال‌گرایی غیر انطباقی | ۱۱۸۱/۸۰ | ۱ | ۱۱۸۱/۸۰ | ۶/۱۱ | ۰/۰۱ | ۰/۱۶ |
| کمال‌گرایی انطباقی | ۱۶۹۰/۴۲ | ۱ | ۱۶۹۰/۴۲ | ۲۰/۲۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۸ |
| سهل‌گیرانه | ۱/۸۳ | ۱ | ۱/۸۳ | ۳/۱۷ | ۰/۰۷ | ۰/۰۳ |
| استبدادی | #۲/۲۴ | ۱ | ۲/۲۴ | ۰/۰۵ | ۰/۸۲ | ۰/۰۰۱ |
| مقتدرانه | ۲۷/۰۴ | ۱ | ۲۷/۰۴ | ۰/۷۶ | ۰/۳۸ | ۰/۰۰۸ |
| سلامت جسمانی | ۱۵/۶۶ | ۱ | ۱۵/۶۶ | ۷/۹۳ | ۰/۰۰۶ | ۰/۱۵ |
| سلامت روانی | ۱۹/۱۳ | ۱ | ۱۹/۱۳ | ۵/۴۵ | ۰/۰۲ | ۰/۱۰ |

کمال‌گرایی انطباقی و کیفیت زندگی (سلامت جسمانی و روانی) کمتری به صورت معنادار برخوردار بودند. همچنین براساس مجذور اتا، بیشترین تفاوت بین گروه‌ها در کمال‌گرایی انطباقی با مجذور اتا ۰/۱۸ می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد که در تمام سبک‌های فرزند پروری بین دو گروه زنان دارای وسواس و غیر وسواس تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$).

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات کمال‌گرایی غیر انطباقی ($F = 6.11$)، کمال‌گرایی انطباقی ($F = 20.24$)، سلامت جسمانی ($F = 7.93$) و سلامت روانی ($F = 5.49$) در بین دو گروه زنان دارای اختلال وسواس و زنان غیر مبتلا تفاوت معنی‌داری وجود دارد و به این صورت که زنان مبتلا به وسواس در مقایسه با گروه سالم از کمال‌گرایی غیر انطباقی بیشتر و

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه کمال‌گرایی، سبک‌های فرزندپروری و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی و زنان سالم انجام گرفت. اولین یافته پژوهش نشان داد که زنان مبتلا به وسواس به صورت معنادار کمال‌گرایی غیر انطباقی بیشتری و کمال‌گرایی انطباقی کمتری در مقایسه با زنان سالم داشتند. این نتیجه همسو با سایر پژوهش‌های پیشین است که نشان داده‌اند افراد مبتلا به وسواس کمال‌گرایی غیر انطباقی و منفی بیشتر در مقایسه با افراد غیر مبتلا دارند و کمال‌گرایی ارتباط مثبتی با وسواس دارد (پینتو و همکاران، ۲۰۱۷؛ بخشی پور و همکاران، ۲۰۱۵/۱۳۹۴؛ گرات و همکاران، ۲۰۱۴؛ رحیمی و همکاران، ۲۰۱۹/۱۳۹۷؛ تامبی و همکاران، ۲۰۱۹). در تبیین یافته حاضر باید گفت که براساس نظریات پیشین، کمال‌گرایان تلاش می‌کنند تا از چیزی ناخوشایند مانند انتقاد، فاجعه، ابهام یا فقدان کنترل اجتناب کنند و در واقع کمال‌گرایی برای اجتناب از ابهام یا برای ایجاد کنترل بر محیط خود رشد می‌کند. در بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال وسواس نیز گزارش شده است که آن‌ها نیاز دارند که همه چیز دقیق، بی‌عیب و مشخص باشد. در واقع در هر دو گروه استانداردهای غیرمنطقی وجود دارد (پینتو و همکاران، ۲۰۱۷). این استانداردها در هر دو گروه باید به شیوه کاملاً درست انجام شوند. بیماران وسواس به صورت تحت‌غذاب به وسیله یک گرایش درونی برای اطمینان و کامل بودن توصیف می‌شوند. فقدان چنین اطمینان کاملی احتمال اینکه بیماران شک کنند که آیا عمل خاصی را درست انجام داده‌اند، افزایش می‌دهد. تردید در مورد اعمال و اینکه آیا کارها به درستی صورت گرفته‌اند، جزئی از نشانه‌های کمال‌گرایی نیز است. بر همین اساس، کارگروه اختلال وسواس فکری و عملی کمال‌گرایی را یک صفت لازم اما ناکافی برای تشخیص اختلال وسواس پیشنهاد کرده است (استکتی و همکاران، ۲۰۰۳). از سوی دیگر کمال‌گرایی به عنوان عامل خطر برای اختلال وسواس نیز در نظر گرفته می‌شود؛ زیرا اجزایی که در پاسخ به وسواس‌ها به طور کاملاً دقیق انجام می‌گیرد، از علائم اختلال وسواس نیز می‌باشد و در غیاب اطمینان کامل احتمال تردید بیماران در مورد کارهایی که انجام می‌دهند بیشتر می‌شود (گرات و همکاران، ۲۰۱۴). چنین تردیدهایی بخشی از سازه کمال‌گرایی است و در سطح بالینی، به وضوح بخشی از پدیدارشناسی این اختلال نیز به شمار می‌آید؛ در واقع کمال‌گرایی به عنوان یک

عامل زمینه‌ساز و تشدیدکننده علائم اختلال وسواس با الگوی پدیدارشناسی آن قابل توجه بوده و از این رو می‌توان آن را در کنار سایر نشانه‌های اختلال وسواس در نظر گرفت (بخشی پور و همکاران، ۲۰۱۵/۱۳۹۴).

دومین یافته پژوهش نشان داد که اگرچه افراد وسواس‌دارای سبک فرزندپروری استبدادی بیشتر، سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه و مقتدرانه کمتری در مقایسه با گروه غیر وسواس داشتند؛ اما این تفاوت‌ها ناچیز و در هیچ‌کدام از این سبک‌های فرزند پروری تفاوت دو گروه معناداری نبود. این یافته‌ها ناهمسو با نتایج تعدادی از پژوهش (بارتون و همکاران، ۲۰۱۶؛ مورفی و همکاران، ۲۰۱۵؛ آلونسو و همکاران، ۲۰۱۵؛ خانجانی و همکاران، ۲۰۱۲/۱۳۹۱) است که نشان داده‌اند سبک‌های فرزندپروری با اختلال وسواس مرتبط است. یکی از تبیین احتمالی در خصوص نتیجه حاضر می‌تواند نمونه حاضر در این پژوهش باشد. نمونه این پژوهش در گروه سالم بستگان نزدیک افراد وسواس و اکثراً از خانواده درجه یک این افراد بوده است بر همین اساس افرادی که در یک خانواده هستند؛ علی‌رغم قاعدتاً شیوه تربیتی یکسانی از والدین دریافت می‌کنند و طبیعی است که تفاوت بین این دو گروه در پژوهش حاضر معنادار نباشد. از سوی دیگر اختلال وسواس اختلالی است که بیشتر از اینکه از خانواده تأثیر بپذیرد از ویژگی‌های شخصیتی و فردی خود شخص تأثیر می‌پذیرد (ساموئل^۱ و همکاران، ۲۰۱۲)؛ اما یکی دیگر از تفاوت نتایج این پژوهش با پژوهش‌هایی که اشاره شد، مربوط به ابزارهای متفاوت اندازه‌گیری باشد که در این پژوهش‌ها استفاده شده است. برای مثال در پژوهش آلونسو و همکاران (۲۰۰۴) برای سنجش وسواس از مقیاس وسواس یل-برون استفاده شده است؛ اما در پژوهش حاضر از پرسشنامه مازولی استفاده شده است. به‌رحال نتایج این یافته براساس نمونه و ابزار پژوهش در مقایسه با سایر پژوهش‌ها قبل بحث است.

آخرین یافته پژوهش نشان داد که در بین دو گروه زنان با اختلال وسواس و زنان بدون اختلال وسواس تفاوت معنی‌داری در مؤلفه‌های کیفیت زندگی وجود داشت و افراد بدون وسواس، کیفیت زندگی بالاتری در مقایسه با گروه غیر مبتلا داشتند. این یافته همسو با نتایج پیشین (کوریس و همکاران، ۲۰۱۵؛ جیسوریا و همکاران، ۲۰۱۷؛ آلبرت و همکاران، ۲۰۱۰؛ بشرپور و همکاران، ۲۰۱۳/۱۳۹۱) می‌باشد که نشان داده‌اند در افراد مبتلا به وسواس کیفیت زندگی پایین‌تری در مقایسه با گروه غیر وسواس وجود دارد. در تبیین یافته حاضر باید گفت

^۱. Samuel

سبک‌های فرزند پروری در بین دو گروه وجود نداشت. با این حال نتایج این پژوهش نشان‌دهنده ارتباط تنگاتنگ مسائل روان‌شناختی همراه با مشکلات جسمانی در این بیماران است و باید در مداخلات درمانی و آموزشی برای این بیماران، مسائل روان‌شناختی نظیر کمال‌گرایی و کیفیت زندگی موردتوجه قرار گیرد. علی‌رغم تلویحات کاربردی زیادی که از این پژوهش قابل استنباط است، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب نمونه از یک منطقه جغرافیایی و یک جنس، از جمله محدودیت‌هایی بودند که در این پژوهش وجود داشت؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از ابزارها و نمونه‌های متنوع‌تر و از هر دو جنس برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده کرد؛ علاوه بر این، نتایج این پژوهش لزوم توجه به کمال‌گرایی و کیفیت زندگی در تشخیص و طرح‌بیزی الگوی درمان برای اختلال وسواس را خاطر نشان می‌سازد. بنابراین درمانگران حوزه روانشناسی برای درمان اختلال وسواس باید توجه بیشتری به کمال‌گرایی و کیفیت زندگی داشته باشند.

که اختلال وسواسی روی کیفیت زندگی افراد به شیوه‌های گوناگون تأثیر منفی می‌گذارد (جیسوریا و همکاران، ۲۰۱۷). به‌عنوان مثال، برخی افراد چنان مشغول رفتارهای جبری خود می‌شوند که از فعالیت‌های روزمره زندگی باز می‌مانند. برخی سعی می‌کنند با دیگران در خصوص افکارشان صحبت نکنند، چراکه می‌ترسند دیگران آن‌ها دیوانه را فرض کنند، حتی برخی افراد افکار وسواسی خودشان، به‌خصوص افکار مربوط به روابط جنسی را قبول ندارند. برخی از این افراد نیز خیلی کم از محیط خانه خارج می‌شوند که همین عوامل باعث می‌شود که کیفیت زندگی افراد وسواسی پایین بیاید. همچنین بعضی از رفتارهای وسواسی نظیر شستشو منجر به آسیب‌های جسمانی و روانی می‌شود که به صورت مستقیم منجر به کاهش کیفیت زندگی این افراد می‌شود (بشرپور و همکاران، ۲۰۱۳/۱۳۹۱).

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به وسواس از کمال‌گرایی بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تری در مقایسه با همتایان سالم برخوردار بودند؛ اما نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین

قدردانی: بدین وسیله از همه کسانی که در انجام این پژوهش مشارکت و همکاری داشتند، کمال تشکر و قدردانی داریم.
تعارض منافع: بر حسب مدارک، در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.
حامی مالی: این مقاله که برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مقاله اول نویسنده است.

Reference

- Abubakar, A., Van de Vijver, F. J., Suryani, A. O., Handayani, P., & Pandia, W. S. (2015). Perceptions of parenting styles and their associations with mental health and life satisfaction among urban Indonesian adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 24(9), 2680-2692. DOI: 10.1007/s10826-014-0070-x
- Achtergarde, S., Postert, C., Wessing, I., Romer, G., & Müller, J. M. (2015). Parenting and child mental health: Influences of parent personality, child temperament, and their interaction. *The Family Journal*, 23(2), 167-179. <http://doi.org/10.1177/1066480714564316>
- Albert, U., Maina, G., Bogetto, F., Chiarle, A., & Mataix-Cols, D. (2010). Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 193-200. DOI: 10.1016/j.comppsy.2009.03.004
- Alonso, P., Menchón, J. M., Mataix-Cols, D., Pifarré, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J. M., ... & Vallejo, J. (2004). Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 127(3), 267-278. DOI: 10.1016/j.psychres.2001.12.002.
- Ashrafi, S. S., Ghanavati, M., Mousavi, S. Z., & Mohammadi Majd, H. (2014/1392). The Relationship between Parenting Styles and Primary School Students' Physical and Relational Aggression. *Quarterly Journal of Family and Research*, 10(4), 23-50. (In Persian)
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Bakhsipour, A., Hashemi-Nosratabad, T., Nekunam, M. (2015/1394). Comparison of Intolerance of Ambiguity and Perfectionism among Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Ordinary People. *Journal of Clinical Psychology*, 7(1), 41-50. (In Persian)
- Barton, A. L., & Hirsch, J. K. (2016). Permissive parenting and mental health in college students: Mediating effects of academic entitlement. *Journal of American College Health*, 64(1), 1-8. DOI: 10.1080/07448481.2015.1060597

- Basharpoor, S., Molavi, P., & Sheikhi, S. (2013/1391). Comparison of marital satisfaction and quality of life in people with obsessive compulsive disorder and other anxiety disorders and normal people. *Urmia Medical Journal*, 23(6), 597-605. (In Persian)
- Cox, J., Kopkin, M. R., Rankin, J. A., Tomeny, T. S., & Coffey, C. A. (2018). The Relationship between Parental Psychopathic Traits and Parenting Style. *Journal of Child and Family Studies*, 27(7), 2305-2314. DOI: 10.1007/s10826-018-1057-9
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410-421. DOI:org/10.1037/bul0000138
- De la Cruz, L. F., Rydell, M., Runeson, B., D'Onofrio, B. M., Brander, G., Rück, C., ... & Mataix-Cols, D. (2017). Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients. *Molecular Psychiatry*, 22(11), 1626-1638. doi: 10.1038/mp.2016.115
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). User's guide for the Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCIDI: clinician version. American Psychiatric Pub.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism: Theory, research, and treatment. American Psychological Association.
- Garratt, A. M., Ruta, D. A., Abdalla, M. I., Buckingham, J. K., & Russell, I. T. (1993). The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS?. *British Medical Journal*, 306(6890), 1440-1444. doi: 10.1136/bmj.306.6890.1440
- Grøtte, T., Solem, S., Vogel, P. A., Güzey, I. C., Hansen, B., & Myers, S. G. (2015). Metacognition, responsibility, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 41-50. DOI: 10.1007/s10608-014-9635-7
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment. Guilford Publications.
- Hill, Chapel. (2009). *The Development of Obsessive Beliefs: The Influence of Parents' Beliefs and Parenting Style Characteristics*. A thesis submitted to the faculty of the University of North Carolina.
- Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H., & Mathews, C. A. (2017). Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment. *Jama*, 317(13), 1358-1367. doi: 10.1001/jama.2017.2200.
- Jaisooriya, T. S., Reddy, Y. J., Nair, B. S., Rani, A., Menon, P. G., Revamma, M., ... & Thennarasu, K. (2017). Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive disorder among college students in Kerala, India. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(1), 56-71. DOI: 10.4103/0019-5545.204438
- Jamshidy, B. (2009). Validation of new measure of perfectionism. *International Journal of Behavioral Sciences*, 3(1), 35-43.
- Kakinami, L., Barnett, T. A., Séguin, L., & Paradis, G. (2015). Parenting style and obesity risk in children. *Preventive medicine*, 75, 18-22.
- Khanjani, Z., Esmaceli Anamage, B., & Gholamzadeh, M. (2012/1391). The role of parenting styles in predicting anxiety thoughts and obsessive compulsive symptoms in adolescents. *SSU Journals*, 20(1), 39-48. (In Persian)
- Kouris, A., Armyra, K., Christodoulou, C., Katoulis, A., Potouridou, I., Tsatovidou, R., & Kontochristopoulos, G. (2015). Quality of life, anxiety, depression and obsessive-compulsive tendencies in patients with chronic hand eczema. *Contact Dermatitis*, 72(6), 367-370. DOI: 10.1111/cod.12366
- Mahaffey, B. L. (2009/1388). *The development of obsessive beliefs: The influence of parents' beliefs and parenting style characteristics*. The University of North Carolina at Chapel Hill. (In Persian)
- Mac Horney, C. A., Ware, J. E., (Jr) & Raczek, A. E., (1993). The MOS 36-Item short form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs, *Medical Care*, 31(3), 247-263. doi: 10.1097/00005650-199303000-00006.
- Mohammad Khani, P., Jahani, A., & Tamana'ifar, S. (2005/1384). Structured clinical interview for DSM disorders. Tehran: Faradid. (In Persian)
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., & Gandek, B. (2005). The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*, 14(3), 875-882. doi: 10.1007/s11136-004-1014-5.
- Murphy, Y. E., & Flessner, C. A. (2015). Family functioning in paediatric obsessive compulsive and related disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 414-434. doi: 10.1111/bjc.12088.
- Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M. G., Cervoni, C., Rees, C. S., & Egan, S. J. (2017). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should treating clinicians know?. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 102-108. http:// DOI.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.001
- Power, R., King, C., Muhit, M., Heanoy, E., Galea, C., Jones, C., . & Khandaker, G. (2018). Health-related quality of life of children and adolescents with cerebral palsy in low-and middle-income countries: a

- systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(5), 469-479. doi: 10.1111/dmcn.13681.
- Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. (2011). Obsessive-compulsive disorder. Prentice-Hall: Englewood Cliffs.
- Steekte, G. (2011). *The latest assessment and treatment strategies*. Tehran. Translation: Ghasemzadeh.
- Rahimi, M., Zamaniha, S. (2019/1397). Student Obsessive-Compulsive Exercise Based on Parental Perfectionism and Impulsiveness. *Journal of Social Sciences*, 12(43), 189-212. ((In Persian)
- Rajabtabar Darvishi, F., Yahyazade, S., & Hoseini, H. (2016/1395). A survey of relationship between child upbringing styles and religious attitude and mental health in girl students. *Journal of Religion and Health*, 4(1), 57-64. (In Persian)
- Sadoughi, M., & Salehi, Z. M. (2017/1396). The relationship between problematic mobile usage and academic performance among students: the mediating role of sleep quality. *Education Strategies in Medical Sciences*, 10(2), 123-132. (In Persian)
- Samimi, Z., Ramesh, S., & Kord Tamini, M. (2018/1397). The Effectiveness of Emotional Working Memory Training on the Improvement of Behavioral Inhibition of People with ObsessiveCompulsive. *Journal Cognitive Psychology*, 4(3), 1-10. (In Persian)
- Samuel, D. B., Riddell, A. D., Lynam, D. R., Miller, J. D., & Widiger, T. A. (2012). A five-factor measure of obsessive-compulsive personality traits. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 456-465. doi: 10.1080/00223891.2012.677885.
- Sheikhmoonesi, F., Hajheidari, Z., Masoudzadeh, A., Mohammadpour, R. A., & Mozaffari, M. (2014). Prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder and their relationships with dermatological diseases. *Acta Medica Iranica*, 52(7), 511-514.
- Steketee, G., Frost, R., Bhar, S., Bouvard, M., Calamari, J., Carmin, C., ... & Forrester, E. (2003). Obsessive Compulsive Cognitions Working Group: Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behav Res Ther*, 41, 863-878. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00099-2.
- Thamby, A., & Khanna, S. (2019). The role of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 61 (Suppl 1), S114. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_526_18
- Uysal, M., Sirgy, M. J., Woo, E., & Kim, H. L. (2016). Quality of life (QOL) and well-being research in tourism. *Tourism Management*, 53, 244-261. <http://doi.org/10.1016/j.tourman.2015.07.013>
- Weidle, B., Ivarsson, T., Thomsen, P. H., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2015). Quality of life in children with OCD before and after treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(9), 1061-1074. doi: 10.1007/s00787-014-0659-z.
- World Health Organization. (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals. World Health Organization

