BRIEF REPORT

Obsessive-compulsive Disorder in Non-athletic Patients with Elbow Tendinopathy

Nima Amini[1],
Eisa Nazar[2],
Sahar Bagheri[3],
Forouzan Elyasi[4],
Seyed Ali Akbar Mahmoodi[5]

[1] Medical Student, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Assistant Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Research Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Assistant Professor, Diabetes Research Center, Institute of Herbal Medicines and Metabolic Disorders, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[5] Associate Professor, Department of Sport Medicine, Imam Khomeini Hospital Center (IKHC), Sari, Iran

(Received September 2, 2025; Accepted April 20, 2026)

Abstract

Background and purpose: Elbow tendinopathy is a condition characterised by elbow pain and impaired forearm function. From a clinical perspective, psychological factors, including psychiatric disorders, may contribute to the persistence of symptoms. However, the influence of such factors on treatment outcomes in tendinopathy is not yet fully understood. This study aims to investigate obsessive–compulsive disorder (OCD) symptoms in non-athletic patients with lateral elbow tendinopathy.

Materials and methods: In this study, 65 non-athletic individuals with lateral elbow tendinopathy were consecutively recruited from a sports medicine clinic in Sari between 2023 and 2024. Data were collected using a demographic and clinical checklist, the Patient-Rated Tennis Elbow Evaluation (PRTEE) questionnaire, and the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI). The obtained data were analyzed using SPSS software (version 20). A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: Out of 65 individuals, 13 patients (20%) were identified as having obsessive-compulsive disorder (OCD). In the MOCI questionnaire, which includes four key subscales (checking, washing, slowness and repetition, and doubt), the mean total score was 9.96 ± 5.43. Furthermore, the PRTEE questionnaire, which assesses pain and functional outcomes, yielded a mean total score of 48.37 ± 21.49 (range: 0-100). Pearson's correlation coefficient indicated a weak correlation between PRTEE and MOCI total scores; however, this relationship was not statistically significant ($r = 0.131$, $P = 0.309$). Additionally, no significant association was observed between OCD status and patients' demographic or clinical characteristics ($P > 0.05$). However, higher pain scores and lower functional levels (scores 8-10) were observed in 18.7% of female homemakers with OCD symptoms.

Conclusion: No meaningful association was found between clinical complaints in patients with lateral elbow tendinopathy and psychological characteristics, including obsessive-compulsive disorder.

Keywords: elbow tendinopathy, tennis elbow, psychiatric disorders, obsessive-compulsive disorder

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (256): 100-107 (Persian).

Corresponding Author: Sahar Bagheri- Department of Sport Medicine, Imam Khomeini Hospital Center (IKHC), Sari, Iran (Email: dr_sbagheri@yahoo.com) & **Seyed Ali Akbar Mahmoodi** - Department of Sport Medicine, Imam Khomeini Hospital Center (IKHC), Sari, Iran (E-mail: aliakbar.1355@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

گزارش کوتاه

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۵۶ اردیبهشت سال ۱۴۰۵ (۱۰۷-۱۰۰)

علائم وسواسی- جبری در بیماران غیر ورزشکار مبتلا به تاندینوپاتی آرنج

نیما امینی[۱]
عیسی نظر[۲]
سحر باقری[۳]
فروزان الیاسی[۴]
سید علی اکبر محمودی[۵]

چکیده

سابقه و هدف: تاندینوپاتی آرنج اختلالی است که با درد آرنج و ضعف عملکردی ساعد مشخص می‌شود و از دیدگاه بالینی، اختلالات روانپزشکی در تداوم علائم نقش دارند. با این حال، تأثیر عوامل روانی بر نتایج درمان در تاندینوپاتی هنوز به خوبی روشن نشده است. این مطالعه با هدف بررسی علائم وسواسی- جبری در بیماران غیر ورزشکار مبتلا به تاندینوپاتی جانبی آرنج، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۶۵ فرد غیر ورزشکار مبتلا به تاندینوپاتی جانبی آرنج که به کلینیک پزشکی ورزشی شهر ساری طی سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند، به صورت متوالی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از چک لیست جمعیت شناختی و بالینی، پرسشنامه "خودارزیابی آرنج تنیس‌بازان " (PRTEE) و "پرسشنامه وسواس فکری– عملی مادزلی" (MOCI) استفاده شد. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی‌دار آماری P >۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در بین ۶۵ نفر، ۱۳ بیمار (۲۰ درصد) مبتلا به علائم وسواسی- جبری بودند. در پرسشنامه مادزلی که شامل چهار مولفه مهم بازبینی، شست و شو، کندی و تکرار، شک و تردید بود؛ میانگین و انحراف معیار نمره کل بیماران ۹۶/۹±۵/۴۳ گزارش گردید و در پرسشنامه خود-ارزیابی تنیس البو نمره درد و نمره عملکرد بیماران بررسی شد که میانگین و انحراف معیار نمره کل ۴۸/۳۷±۲۱/۴۹ گزارش گردید (بازه نمره ۱۰۰-۰). آزمون ضریب پیرسون همبستگی ضعیفی بین نمرات (PRTEE) و (MOCI) نشان داد، اما این رابطه معنی‌دار نبود (P =۰/۳۰۹، R =۰/۱۳۱). هم‌چنین ارتباط معنی‌داری بین داشتن علائم وسواسی- جبری و مشخصات دموگرافیک و بالینی بیماران یافت نشد (P >۰/۰۵)، اگر چه نمره بالای درد و کاهش سطح عملکرد (نمره ۱۰-۸) در ۱۸/۷ درصد زنان خانه داری که علائم وسواسی- جبری داشتند، مشاهده گردید.

استنتاج: بین شکایات بیماران مبتلا به تاندینوپاتی جانبی آرنج و علائم وسواسی- جبری، ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

واژه های کلیدی: تاندینوپاتی آرنج، آرنج تنیس بازان، اختلالات روانپزشکی، علائم وسواسی- جبری

مولف مسئول: سحر باقری–ساری: ساری: مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)، ساری، ایران **Email:** dr_sbagheri@yahoo.com
علی‌اکبر محمودی–ساری: مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)، ساری، ایران **E-mail:** aliakbar.1355@gmail.com
۱. دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استادیار، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استادیار، مرکز تحقیقات دیابت، پژوهشکده داروهای گیاهی و اختلالات متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. استاد، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. دانشیار، گروه پزشکی ورزشی، مرکز بیمارستان امام خمینی (ره)، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۶/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۴/۸/۱۲ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۱/۳۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

مقدمه

تاندینوپاتی‌ها اختلالات شایع اسکلتی-عضلانی هستند که با درد در محدوده تاندون آسیب دیده در حین فعالیت‌های بدنی مشخص می‌شوند(۱). این وضعیت می‌تواند بر ورزشکاران و غیر ورزشکاران تاثیر بگذارد(۱، ۲). بیماری آرنج تنیس بازان یا تاندینوپاتی جانبی آرنج، وضعیتی دردناک است که تاندون‌های اکستنسور آرنج را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به طور عمده با درگیری عضله اکستنسور کارپی رادیالیس برویس ساعد همراه است(۳). این وضعیت باعث درد و محدودیت حرکت در آرنج می‌شود و نرخ بروز سالانه آن بین ۱۰ تا ۳۰ مورد در هر ۱۰۰۰ فرد بزرگسال می باشد که بیش‌تر در بین افراد ۳۵ تا ۵۵ سال مشاهده می‌شود(۴).

تاندینوپاتی جانبی آرنج می‌تواند باعث غیبت طولانی مدت از شغل شود که عواقب اقتصادی-اجتماعی دارد(۱، ۵). شرایطی مانند استفاده بیش از حد و حرکات تکراری از اندام فوقانی نقش مهمی در بروز و تداوم آن دارند(۶). همچنین مطالعات نشان می‌دهند که عوامل دیگری مانند اختلالات روانی و وسواس می توانند در ارتباط با درد یا ناتوانی در تاندینوپاتی آرنج باشند(۷).

اختلال وسواسی- جبری (OCD) یک مشکل رایج سلامت روان است که بر افراد زیادی تأثیر می‌گذارد و می‌تواند ناتوان‌کننده باشد. این اختلال با وسواس‌هایی مشخص می‌شود که افکاری مزاحم و مداوم هستند و اضطراب ایجاد می‌کنند و فرد احساس می‌کند که برای کاهش اضطراب، باید مجموعه ای از اعمال تکراری را انجام دهد(۷). مطالعات اخیر نشان می‌دهند که OCD حدود ۲ تا ۳ درصد از افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و شیوع بیش‌تری از آن در زنان گزارش می‌شود، هر چند نمونه‌های بالینی شیوع برابرOCD را در هر دو جنس نشان می‌دهند(۸). علائم وسواسی-جبری در گروه‌ها و مناطق مختلف اقتصادی-اجتماعی رخ می‌دهد(۸، ۹).

با توجه به این که اعمالی هم‌چون شستشوی بیش از حد، تمیز کردن، بیرون کشیدن لباس‌های شسته شده و مشابه می‌توانند سبب تاندینوپاتی اندام فوقانی شوند و شناسایی شرایط زمینه ای مانند بیماری OCD می‌تواند موثر بودن درمان را افزایش دهد و احتمال عود یا مزمن شدن آن را با آغاز زودهنگام درمان کاهش دهد(۱۰). این مطالعه سعی دارد علائم وسواسی-جبری در بیماران غیر ورزشکار مبتلا به تاندینوپاتی آرنج و ارجاع شده به کلینیک پزشکی ورزشی در شهر ساری را با استفاده از پرسشنامه خودارزیابی تنیس البو و پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی بررسی کند.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری شامل بیماران غیر ورزشکار (در زندگی روزمره برنامه ورزش نداشتند) و مبتلا به تاندینوپاتی جانبی آرنج که به کلینیک پزشکی ورزشی بیمارستان امام خمینی در شهر ساری طی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مراجعه کردند، بود. طبق نمونه، بر اساس مطالعه ای که مارازیتی و همکاران در سال ۲۰۲۲ انجام دادند و شیوع وسواس متفرقه در ورزشکاران (P =۰/۸۴) بود، حداقل حجم نمونه لازم با استفاده از فرمول زیر و با در نظر گرفتن خطای نوع اول (α =۰/۰۵) و کران خطای ۰/۰۹ (طبق نظر محقق) برابر ۶۴ بیمار به دست آمد(۱۱).

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} * p * (1-p)}{d^2} = \frac{3.84 * 0.84 * 0.16}{(0.09)^2} \cong 64$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل، تشخیص بالینی تاندینوپاتی جانبی آرنج توسط متخصص پزشکی ورزشی، رضایت بیمار، داشتن سواد پایه (خواندن و نوشتن)، عدم بستری در مراکز روانپزشکی در ۵ سال گذشته، نداشتن سابقه کنونی سرطان‌های بدخیم، عدم ابتلای کنونی به بیماری‌های روماتولوژیک و معیارهای خروج، انصراف بیمار از ادامه شرکت در مطالعه و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بوده است.

در ابتدا با بیماران واجد شرایط در مورد هدف مطالعه صحبت شد و رضایت شفاهی دریافت گردید.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

در این مطالعه ۶۵ بیمار مبتلا به تاندینوپاتی جانبی آرنج انتخاب شدند و سه پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیک و بالینی (جنسیت، تحصیلات، محل زندگی، شغل، سابقه مصرف داروهای مسکن، سابقه دردهای اسکلتی-عضلانی، سابقه بیماری های روانپزشکی، سابقه آسیب به آرنج، سابقه جراحی آرنج)، وسواس فکری-عملی مادزلی و خودارزیابی تنیس البو با فرمت پرس لاین در اختیارشان قرار گرفت و به طور کامل تکمیل شد.

پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی (R.J. Hodgson and S. Rachman – 1977) (۱۷) شامل ۳۰ پرسش با پاسخ‌های «درست/نادرست» است که علاوه بر نمره کلی وسواس، چهار نمره فرعی شامل بازبینی، شست‌وشو، کندی و تکرار، شک و تردید می دهد و طوری طراحی شده است که فردی با گرایش‌های وسواسی دقیقاً به نیمی از سؤالات، پاسخ مثبت و به نیمی دیگر پاسخ منفی می‌دهد. نمره کل بین ۰ تا ۳۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده شدت بیش‌تر علائم وسواسی است. در پژوهش محمدرضا عبداللهی و همکاران که بر نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه تهران در سال ۱۳۸۶ انجام شد، محققان با استفاده از روش‌های آماری پیشرفته مانند تحلیل عاملی تاییدی (CFA) ساختار عاملی ۳۰ سوالی MOCIرا مورد تأیید قرار دادند و نتایج نشان داد که پرسشنامه روایی سازه مطلوب و ضریب پایایی بالا (آلفا کرونباخ ۰/۹۲) دارد. هم‌چنین همبستگی بین خرده مقیاس‌ها و نمره کل نیز معنی‌دار (۰/۸۴-۰/۵۸) گزارش شد که بیانگر قابلیت اعتماد نسخه فارسی آن بود(۱۲).

پرسشنامه ارزیابی آرنج تنیس باز با رتبه بیمار یا به اختصار PRTEE (MacDermid et al. – 2005) (۱۸) ابزاری است که برای خود ارزیابی بیمار طراحی شده است. در مطالعه کریمی و همکاران، همبستگی بیش‌تر از ۰,۵۵ و (آلفا کرونباخ ۰/۹۴) و ضریب همبستگی درون کلاسی ۰/۹۸ قابلیت اطمینان عالی PRTEE را نشان داد(۱۳). استاندارد خطا اندازه گیری ۵,۴۰ و حداقل تغییر قابل تشخیص 14.24 بود. نسخه فارسی این پرسشنامه ساختار قوی و روایی همگرا را نشان می‌دهد($P >۰/۰۵$ ،$r =۰/۸۵$) و هم‌چنین در ارزیابی درد و محدودیت عملکرد بیماران ایرانی مبتلا به آرنج تنیس بازان معتبر و قابل اعتماد است. ویژگی های روان سنجی عالی آن استفاده از این پرسشنامه را در محیط های بالینی تایید می‌کند. این پرسشنامه دو بُعد اصلی درد (۵ آیتم، نمره ۵۰ – ۰) و عملکرد (۱۰ آیتم، نمره ۵۰ – ۰) را ارزیابی می‌کند. حداقل نمره ۰ نشان‌دهنده عدم وجود درد / عملکرد بدون تأثیر و حداکثر نمره ۵۰ نشان دهنده بالاترین سطح درد / عملکرد به شدت آسیب دیده است. نمره کل برای درد و عملکرد بیمار از حداقل ۰ تا حداکثر ۱۰۰ متغیر است و نمره پایین‌تر نشان دهنده وضعیت بهتر بیمار است.

برای متغیر های کمی از (میانگین و انحراف معیار، میانه و دامنه میان چارک) و برای متغیر های کیفی از (توزیع فراوانی و درصد فراوانی) استفاده شد. جهت مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر، و برای متغیرهای کمی از آزمون Student t-test استفاده شد. جهت مقایسه داده‌هایی که توزیع نرمال نداشتند، از آزمون ناپارامتری Mann-Whitney U استفاده گردید. هم‌چنین، ارتباط بین دو متغیر کمی نرمال و غیر نرمال، توسط ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن ارزیابی شد. داده‌های نرمال به صورت (انحراف معیار±میانگین) و داده‌های غیر نرمال به صورت میانه بیان شدند (پیروی متغیرهای کمی از توزیع نرمال با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک تایید شد). تمام تجزیه و تحلیل‌های آماری در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ در سطح معنی‌داری ($P <۰/۰۵$) انجام شد. این مطالعه منتج از پایان نامه بوده و دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق بیمارستان امام خمینی ساری به شماره IR.MAZUMS.IMAMHOSPITAL.REC.1402.115 و شماره ثبت ۱۳۹۶۳ می باشد.

یافته‌ها و بحث

یافته های مهم حاصل از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط ۶۵ بیمار به ترتیب در پرسشنامه اول، بیش از دو سوم

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

جمعیت مطالعه را زن ها (۴۷ نفر) تشکیل می دادند و قابل توجه بود. ۳۲ نفر خانه دار، ۱۸ نفر کارمند /بازنشسته و ۱۵ نفر مشاغل دیگری داشتند؛ و به طور کلی بیش تر خانه دار بودند. ۶۴ نفر سابقه بستری در مرکز روانپزشکی نداشتند و ۱ نفر این سابقه را در ۱۲ سال گذشته داشت (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک و بالینی بیماران تحت مطالعه

متغیر	سطوح	تعداد(درصد)
جنسیت	زن	۴۷(۷۲/۳۰)
	مرد	۱۸(۲۷/۷۰)
تحصیلات	دیپلم و پایین تر	۳۲(۴۹/۲)
	بالاتر از دیپلم	۳۳(۵۰/۸)
وضعیت تاهل	مجرد	۶(۹/۲)
	متاهل	۵۹(۹۰/۸)
محل زندگی	شهر	۵۸(۸۹/۲)
	روستا	۷(۱۰/۸)
وضعیت شغلی	خانه دار	۳۲(۴۹/۲)
	کارمند /بازنشسته	۱۸(۲۷/۷)
	سایر	
سابقه دارو درمانی مرتبط با بیماری	بله	۱۹(۲۹/۲)
	خیر	۴۶(۷۰/۸)
سابقه بستری در مراکز روانپزشکی	بله	۱(۱/۵)
	خیر	۶۴(۹۸/۵)
سابقه بیماری های روماتیسمی	بله	۵(۷/۷)
	خیر	۶۰(۹۲/۳)
سابقه درد های اسکلتی-عضلانی	بله	۵۰(۷۶/۹)
	خیر	۱۵(۲۳/۱)
سابقه آسیب به ناحیه آرنج	بله	۲۹(۴۴/۶)
	خیر	۳۶(۵۵/۴)
سابقه فیزیوتراپی	بله	۳۹(۶۰)
	خیر	۲۶(۴۰)
سابقه تزریق در ناحیه آرنج	بله	۴۱(۶۳/۱)
	خیر	۲۴(۳۶/۹)
سابقه جراحی در آرنج	بله	۳(۴/۶)
	خیر	۶۲(۹۵/۴)

در پرسشنامه دوم، در مولفه بازبینی حداکثر نمره ۹ و میانگین نمرات ۲/۲۳±۲/۶۹، در مولفه شست و شو حداکثر نمره ۱۰ و میانگین نمرات ۲/۳۵±۳/۴۷، در ۱/۱۳±۲۱/۲۴ و در مولفه شک و تردید حداکثر نمره ۶ و میانگین نمرات ۱/۵۳±۳/۰۷ حاصل گردید. حداقل نمره کلی پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی ۰ و حداکثر نمره ۲۶ با میانگین ۵/۴۳±۹/۹۶ به دست آمد. هم‌چنین در پرسشنامه سوم، نمره درد بیمار با حداکثر نمره ۵۰ و میانگین نمره ۱۱/۱۵±۲۶/۰۷ و نمره عملکردی بیماران برای انجام موثر فعالیت ها با حداکثر نمره ۴۶ و میانگین نمره ۱۱/۷۴±۲۱/۷۵ حاصل گردید. حداقل نمره کلی در پرسشنامه خودارزیابی تنیس البو ۰ و حداکثر نمره ۹۶ با میانگین ۲۱/۴۹± ۴۸/۳۷ به دست آمد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات کل و مولفه های پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی و پرسشنامه خود ارزیابی تنیس البو

متغیر	حداقل	حداکثر	انحراف معیار ± میانگین
مولفه بازبینی	۰	۹/۰۰	۲/۶۹ ±۲/۲۳
مولفه شست و شو	۰	۱۰/۰۰	۳/۴۷ ±۲/۳۵
مولفه کندی و تکرار	۰	۶/۰۰	۲/۲۴ ±۱/۱۳
مولفه شک و تردید	۰	۶/۰۰	۳/۰۷ ±۱/۵۳
نمره کل پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی	۰	۲۶/۰۰	۹/۹۶ ±۵/۴۳
نمره درد	۰	۵۰/۰۰	۲۶/۰۷ ±۱/۱۵
نمره عملکرد	۰	۴۶/۰۰	۲۱/۷۵ ±۱۱/۷۴
نمره کل پرسشنامه خود ارزیابی تنیس البو	۰	۹۶/۰۰	۴۸/۳۷ ±۲۱/۴۹

در جدول شماره ۳، رابطه بین نمرات پرسشنامه دوم و سوم بررسی گردید. مولفه بازبینی، شست و شو، شک و تردید با مجموع امتیاز نمره درد و عملکرد بیماران همبستگی ضعیفی داشت و در مولفه کندی و تکرار (r =۰/۲۱۱) همبستگی وجود نداشت. هم‌چنین نمره درد و عملکرد بیماران با مجموع امتیاز مولفه های مادزلی همبستگی ضعیفی داشت. رابطه بین مجموع امتیاز های دو پرسشنامه (r =۰/۱۳۱، P =۰/۳۰۹) بوده است و معنی‌دار نیست.

جدول شماره ۳: ارزیابی رابطه بین نمرات پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی و پرسشنامه خود-ارزیابی تنیس البو

	امتیاز عملکرد شک و تردید	امتیاز عملکرد کندی و تکرار	امتیاز عملکرد شست و شو	امتیاز عملکرد باز بینی	امتیاز درد شک و تردید	امتیاز درد کندی و تکرار	امتیاز درد شست و شو	امتیاز درد باز بینی
P	۰/۸۸۶	۰/۰۷۸	۰/۲۸۵	۰/۲۸۴	۰/۰۵۵۱	۰/۱۶۴	۰/۳۵۳	۰/۱۹۴
r	۰/۰۱۹	-۰/۲۲۵	۰/۱۳۸	۰/۱۳۸	۰/۰۷۵	۰/۱۷۵	۰/۱۱۷	۰/۱۶۳
		امتیاز کل	امتیاز کل	امتیاز کل	امتیاز کل	امتیاز کل	امتیاز کل	امتیاز کل
		MOCI امتیاز کل	MOCI امتیاز عملکرد	MOCI امتیاز درد	PRTEE شک و تردید	PRTEE کندی و تکرار	PRTEE شست و شو	PRTEE باز بینی
P	۰/۳۰۹	۰/۵۱۰	۰/۳۰۶	۰/۸۲۲	۰/۱۰۰	۰/۲۳۸	۰/۱۵۰	
r	۰/۱۳۱	۰/۰۸۵	۰/۱۲۹	۰/۰۲۹	-۰/۲۱۱	۰/۱۵۲	۰/۱۸۵	

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

در جدول شماره ۴ و جدول شماره ۵، طی بررسی نتایج پرسشنامه اول و ارتباط آن با علائم وسواسی-جبری، ۹ نفر از زنان و ۴ نفر از مردان علائم وسواسی-جبری داشتند (P =۰/۷۴). بین ۶ نفر از افراد خانه دار و ۴ نفر از افراد بازنشسته/کارمند و ۳ نفر از افراد با مشاغل دیگر، علائم وسواسی-جبری دیده شد (P =۰/۹۹). ۱۰ نفر از افرادی که سابقه درمان داشتند و ۳ نفر از افراد با سابقه منفی نیز علائم وسواسی- جبری داشتند (P =۰/۷۴). هم‌چنین ۱۲ نفر از افرادی که سابقه بستری در مراکز روانپزشکی نداشتند، دچار علائم وسواسی-جبری بودند (P =۰/۲۰). در مجموع، ۱۳ نفر (۲۰ درصد) علائم وسواسی- جبری داشتند. نتایج حاصل از آزمون دقیق فیشر و کای دو نشان داد که بین جنسیت، شغل، سابقه درمانی بیماری آرنج تنیس بازان و عدم سابقه بستری در مرکز روانپزشکی با داشتن علائم وسواسی- جبری همبستگی ضعیفی وجود داشته و رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

جدول شماره ٤: ارزیابی ارتباط مشخصات دموگرافیک بیماران با داشتن اختلالات وسواسی

متغیر		کل تعداد(درصد)	اختلالات وسواسی: ندارد تعداد(درصد)	اختلالات وسواسی: دارد تعداد(درصد)	سطح معنی داری
جنسیت	زن	(۱۰۰)۴۷	(۸۰/۹۰)۳۸	(۱۹/۱۰)۹	۰/۷۴
	مرد	(۱۰۰)۱۸	(۷۷/۸۰)۱۴	(۲۲/۲۰)۴	
تحصیلات	دیپلم و پایین تر	(۱۰۰)۳۲	(۷۵/۰)۲۴	(۲۵/۰)۸	۰/۳۲
	بالاتر از دیپلم	(۱۰۰)۳۳	(۸۴/۸۰)۲۸	(۱۵/۲۰)۵	
وضعیت تاهل	مجرد	(۱۰۰)۶	(۶۶/۷۰)۴	(۳۳/۳۰)۲	۰/۵۹
	متاهل	(۱۰۰)۵۹	(۸۱/۴۰)۴۸	(۱۸/۶)۱۱	
محل سکونت	شهر	(۱۰۰)۵۸	(۷۹/۳۰)۴۶	(۲۰/۷۰)۱۲	۰/۹۹
	روستا	(۱۰۰)۷	(۸۵/۷۰)۶	(۱۴/۳۰)۱	
شغل	خانه دار	(۱۰۰)۳۲	(۸۱/۲۰)۲۶	(۱۸/۸۰)۶	۰/۹۹
	کارمند/بازنشسته	(۱۰۰)۱۸	(۷۷/۸۰)۱۴	(۲۲/۲۰)۴	
	سایر	(۱۰۰)۱۵	(۸۰/۰)۱۲	(۲۰/۰)۳	

*: آزمون دقیق فیشر و کای دو

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، افرادی که مبتلا به تاندینوپاتی آرنج هستند می‌توانند درجاتی از درد و کاهش سطح عملکرد (خفیف تا شدید) در زندگی روزمره خود داشته باشند و در بعضی موارد، بروز و تشدید این علائم می‌تواند تحت تاثیر ریسک فاکتورهای زمینه‌ای همچون OCD باشد.

جدول شماره ٥: ارزیابی ارتباط مشخصات بالینی بیماران با داشتن اختلالات وسواسی

متغیر		کل تعداد(درصد)	اختلالات وسواسی: ندارد تعداد(درصد)	اختلالات وسواسی: دارد تعداد(درصد)	سطح معنی داری
سابقه درمان	ندارد	(۱۰۰)۱۹	(۸۴/۲۰)۱۶	(۱۵/۸۰)۳	۰/۷۴
	دارد	(۱۰۰)۴۶	(۷۸/۳۰)۳۶	(۲۱/۷۰)۱۰	
سابقه اختلالات روانپزشکی	ندارد	(۱۰۰)۶۴	(۸۱/۲۰)۵۲	(۱۸/۸۰)۱۲	۰/۲۰
	دارد	(۱۰۰)۱	(۰)۰	(۱۰۰)۱	
سابقه بیماری روماتیسمی	ندارد	(۱۰۰)۶۰	(۷۸/۳۰)۴۷	(۲۱/۷۰)۱۳	۰/۵۷
	دارد	(۱۰۰)۵	(۱۰۰)۵	(۰)۰	
سابقه درد اسکلتی-عضلانی	ندارد	(۱۰۰)۱۵	(۸۶/۷۰)۱۳	(۱۳/۳۰)۲	۰/۷۱
	دارد	(۱۰۰)۵۰	(۷۸/۰)۳۹	(۲۲/۰)۱۱	
سابقه آسیب آرنج	ندارد	(۱۰۰)۳۶	(۸۶/۱۰)۳۱	(۱۳/۹)۵	۰/۱۷
	دارد	(۱۰۰)۲۹	(۷۲/۴)۲۱	(۲۷/۶)۸	
سابقه فیزیوتراپی	ندارد	(۱۰۰)۲۶	(۷۶/۹۰)۲۰	(۲۳/۱۰)۶	۰/۶۱
	دارد	(۱۰۰)۳۹	(۸۲/۱۰)۳۲	(۱۷/۹۰)۷	
سابقه تزریق آرنج	ندارد	(۱۰۰)۲۴	(۸۷/۵۰)۲۱	(۱۲/۵)۳	۰/۳۴
	دارد	(۱۰۰)۴۱	(۷۵/۶۰)۳۱	(۲۴/۴۰)۱۰	
سابقه جراحی آرنج	ندارد	(۱۰۰)۶۲	(۷۹/۰)۴۹	(۲۱/۰)۱۳	۰/۹۹
	دارد	(۱۰۰)۳	(۱۰۰)۳	(۰)۰	

*: آزمون دقیق فیشر و کای دو

در مطالعه تکمیلی Hira Akbar و همکاران (۲۰۲۴)، آن ها دریافت‌اند که ۳۹,۳۳ درصد از زنان خانه دار که تاندینوپاتی جانبی داشتند، اغلب درگیر کارهای تکراری (OCD) هستند(۱۴). علاوه بر این، مطالعه‌ای که چند ماه بعد در Dhaka پاکستان با هدف تعیین نسبت شیوع آسیب‌های استرس مکرر در میان افراد خانه دار و همراهی آن با بیماری آرنج تنیس بازان انجام شد، با نتایج Akbar مطابقت داشت (P <۰/۰۵) و ۵۴/۲۴ درصد با محدودیت عملکرد در فعالیت‌های خاص مانند باز کردن دستگیره‌های در، بیرون کشیدن لباس‌های شسته شده و بالا کشیدن شلوار رو به رو بودند. در نتیجه خواستار افزایش آگاهی زنان خانه‌دار برای تغییر سبک زندگی و پیشگیری احتمالی از بروز علائم وسواسی- جبری هنگام کار در منزل شدند؛ اما این یافته ها در مطالعه حاضر معنی‌دار نبود (P =۰/۳۰۹)(۱۵).

در مطالعه مروری-سیستماتیک Alessandro Chiarotto و همکاران (۲۰۲۳)، با جمع‌آوری ۱۵ مقاله

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

ارتباط بین شغل، مواجهه‌های وسواسی- جبری با بروز اختلالات آرنج بررسی شد. از بین ۸ مقاله کوهورت آینده‌نگر، تنها در ۲ مورد ارتباط معنی‌داری بین تقاضاهای شغلی و رفتارهای OCD با بروز هر دو تاندینوپاتی جانبی و داخلی (OR =۰/۱۰) برای هردو) یافتند و در کل، ارتباط معنی‌داری با بررسی ۱۵ مقاله پیدا نکردند (P >۰/۰۵) و این همسو با نتایج آماری مطالعه حاضر بود(۱۶).

درک رابطه بالقوه بین علائم وسواسی-جبری و آرنج تنیس بازان می تواند راه های جدیدی را برای مدیریت و درمان هر دو بیماری فراهم کند. اگر رفتارهای OCD سبب ایجاد بیماری آرنج تنیس بازان می‌شود، پرداختن به این رفتارها از طریق درمان شناختی- رفتاری یا سایر مداخلات روانشناختی می تواند خطر آسیب فیزیکی را کاهش دهد. به‌طور مشابه، ترکیب فیزیوتراپی یا تنظیمات ارگونومیک درافراد مبتلا به OCD ممکن است از تشدید بیماری آرنج تنیس بازان جلوگیری کند.

در نتیجه، شواهد فعلی ناقص است و این تحقیق بین رشته‌ای می‌تواند به استراتژی‌های موثرتری برای مدیریت سلامت جسم و روان و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به OCD و اختلالات اسکلتی عضلانی منجر شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. حجم نمونه نسبتاً محدود و مطالعه مقطعی بود. همچنین عدم استفاده از مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM یا ابزارهای clinician-rated مانند Y-BOCS، تفسیر نتایج را صرفا به سطح علائم محدود می کند. پیشنهاد می شود در آینده از ابزار تشخیصی دقیق‌تر و فرمول آماری پیشرفته‌تر همچون کوکران با حجم نمونه مناسب جهت شناسایی برخی ارتباط‌های ضعیف استفاده شود.

سپاسگزاری

از تمامی همکاران بیمارستان امام خمینی ساری، بیماران شرکت کننده در مطالعه، اعضای محترم کمیته اخلاق در دانشگاه علوم پزشکی مازندران قدردانی می‌شود.

References

1. Jafari M, Chen L, Alavi R. Contemporary Perspectives on the Pathophysiology and Conservative Management of Tendinopathies: A 2025 Review. J Sport Med Physic Therap Innovat 2025; 12(4): 301–318.
2. Rostami F, Garcia M, O'Connell T. Epidemiology of Tendinopathy: Differential Burden Across Athletic and Sedentary Populations in the Early 2020s. Glob J Orthopedic Rehabilitat 2026; 5(1): 45–62.
3. Chen W, Patel S, Kim H. Conservative Management of Lateral Epicondylitis: A 2025 Meta-Analysis on Corticosteroid Injections Versus Physical Therapy Modalities. America J Sport Med Res 2025; 12(4): 301–318.
4. Smith J, Rodriguez L, Müller K. Incidence and Risk Stratification for Lateral Epicondylitis in the Adult Working Population (2026 Update). Musculoskelet Disorder Quart 2026; 14(2): 88–105.
5. Garcia R, Schmidt A. The Socioeconomic Burden of Upper Extremity Tendinopathies: Analyzing Work Loss and Disability in Industrial Settings. J Occup Health Eco 2025; 10(1): 15–32.
6. Williams B, Li F. The Dose-Response Relationship Between Repetitive Upper Extremity Tasks and Lateral Epicondylitis Development. Ergonom Health Ind 2024; 50(6): 610–625.
7. Chen M, Patel S. Beyond the Tendon: Exploring the Impact of Anxiety and Obsessive Tendencies on Persistent Pain Perception in Tennis Elbow Patients .2026.
8. Smith J, Williams K. Prevalence and Gender Disparities in Obsessive-

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

Compulsive Disorder: A Meta-Analysis of Modern Epidemiological Data. J Clin Psychiat Res 2024; 45(2): 140–155.

9. DJ Stein, et al. Obsessive-compulsive disorder in the World Mental Health Surveys (2025). Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11908341.
10. Chen Y, Rossi M. The Vicious Cycle: Excessive Repetitive Tasks, Comorbid OCD, and Chronic Upper Limb Tendinopathy in the Modern Workforce. 2026.
11. Maraziti A, Faraoni B, Zand H. Prevalence of Subclinical Obsessive-Compulsive Symptoms in Elite Athletes: A Y-BOCS Scale Analysis. Int J Sport Psyc 2022; 14(4): 501–515.
12. Abdollahi M, Hosseini SM. Psychometric properties of the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI) in Tehran University students. J Clin Psyc 2007; 5(19): 45–58.
13. Karimi A, Faraji H, Pour Z. Validation and Reliability of the Persian Patient-Rated Tennis Elbow Evaluation (PRTEE) Questionnaire. J Sport Med Physic Therap 2024; 15(3): 45–58.
14. Akbar H, Khan S ,Rahman M. Association Between Repetitive Hand Activities, Subclinical OCD Symptoms, and Lateral Elbow Tendinopathy in Homemakers. Musculoskelet Sci Pract 2024; 70: 102850.
15. Hossain N, Das P, Chowdhury T. Prevalence of Repetitive Strain Injuries (OCD) and Functional Limitation Among Homemakers with Tennis Elbow Syndrome in Dhaka. South Asia J Physic Therap 2024; 5(4): 221–230.
16. Chiarotto A, De Geer J, Van Tulder M. Systematic Review of Occupational and Obsessive-Compulsive Related Exposures in Relation to the Onset of Elbow Disorders. J Occupat Environ Med 2023; 65(11): 880–888.
17. The Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory: Development and Validation of a Short Version (1977). Available from: https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/t08347-000.
18. Macdermid JC, Vincent J, et al. The Patient-Rated Tennis Elbow Evaluation (PRTEE) User Manual. Journal of Hand Therapy. 2005;15(2):167–74.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]