

اثر بخشی کنترل واری و اطمینان بخشی در کاهش اضطراب بیماری

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۵/۷/۳

مسعود قربانعلی پور*، معصومه میرزا**

چکیده

مقدمه: هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثر بخشی کنترل واری و اطمینان بخشی در کاهش اضطراب بیماری بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری بود که بدین منظور از جامعه آماری که شامل افراد مبتلا به اضطراب بیماری بود و جهت درمان طی ماههای اسفند ۹۲ تا اردیبهشت ۹۳ به مراکز درمانی یا مشاوره‌ی شهر ارومیه مراجعه کرده بودند تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه درمان هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفت و گروه گواه طی این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش مقیاس نگرش به بیماری کلنر بود که به منظور جمع‌آوری اطلاعات در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد.

یافته‌ها: به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد و نتایج نشان داد که کنترل واری و اطمینان بخشی باعث کاهش اضطراب بیماری در مرحله پس آزمون شده است ($p < 0/01$) و ماندگاری اثر درمان بعد از یک ماه حفظ شده است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: این پژوهش دو نتیجه اساسی در پی داشت: اول اینکه این پژوهش کنترل واری و اطمینان بخشی را روش مؤثر در درمان اضطراب بیماری معرفی می‌کند و دوم اینکه این پژوهش این رویکرد درمانی را دارای اثرات ماندگار در درمان این اختلال می‌داند.

واژه‌های کلیدی: کنترل واری، اطمینان بخشی، اضطراب بیماری

مقدمه

اختلال اضطراب بیماری^۱ نام نسبتاً جدیدی است برای آنچه که معمولاً خودبیمارپنداری^۲ نامیده می‌شد و به تازگی در DSM-V اختلال اضطراب بیماری جایگزین تشخیص خودبیمارپنداری شده است [۱].

بنیانگذاران DSM-V ظاهراً مشتاق به حذف مفهوم ناهمگون خود بیمار پنداری از فهرست نام‌ها شده‌اند و چون ویژگی اصلی این افراد اضطراب و اشتغال ذهنی با ابتلا یا احتمال ابتلا به یک بیماری خطرناک است و تنها ۲۵٪ این افراد ممکن است یک یا چند علامت داشته باشند، به همین دلیل مؤلفان DSM-V نام اضطراب بیماری را برای این وضعیت برگزیدند [۱].

اختلال اضطراب بیماری به عنوان نگرانی مداوم و غیر منطقی از بیماری برای حداقل ۶ ماه و تداوم به رغم اطمینان پزشکی مناسب تعریف شده است [۲]. اختلال اضطراب بیماری فراتر از نگرانی‌های طبیعی در مورد سلامتی است و می‌تواند به طور جدی عملکرد تحصیلی و شغلی و همچنین روابط بین فردی را تحت تأثیر قرار دهد [۳]. بسته به اینکه اضطراب بیماری به وسیله اطمینان طلبی بیش از حد و رفتارهای مرتبط مشخص شده است یا به وسیله اجتناب از جستجوی مراقبت‌های بهداشتی، دو نوع است: مراقبت طلب و اجتناب از مراقبت. نوع مراقبت طلب ممکن است به احتمال بیشتر با اضطراب درباره اینکه قبلاً بیماری جدی وجود داشته در ارتباط باشد، درحالی‌که نوع اجتناب از مراقبت باید به احتمال بیشتر با اضطراب درباره به طور جدی بیمار شدن در آینده همراه باشد. شاید اضطراب بیماری در اختلال اضطراب بیماری به شکل‌های گوناگون ظاهر شود، برای مثال به عنوان نگرانی از بیماری، ترس از بیماری و ترس از روش‌های پزشکی خاص و غیره [۳].

یکی از ویژگی‌های اساسی افراد مبتلا به اضطراب بیماری رفتارهای مکرر واری و اطمینان بخشی^۳ است. هر دو این رفتارها (واری و اطمینان بخشی) نتیجه ترس از بیماری و گمان به بیماری است [۱]. افراد مبتلا به اضطراب بیماری اغلب تلاش می‌کنند تا با اضطرابشان به وسیله انجام رفتارهای ایمنی طلب مبارزه کنند از جمله اجتناب از

بیمارستانها، متخصص، درمانگاهها، افراد بیمار، خون یا بیمار روانی، مشاوره و آزمایشهای پزشکی مکرر؛ واری بدن، حافظه یا بینایی شان؛ درخواستهای اجباری برای اطمینان؛ و جستجوهای مکرر اطلاعات اطمینان بخش در وب سایتها [۴] چنین رفتارهایی معمولاً در جهت تلاش برای اطمینان از آن هستند که خطر داشتن یا / ایجاد یک بیماری جدی آنها یا دیگران را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد و آنکه آنها مسئول چنین خطری نیستند.

بسیاری از این افراد به اطمینان طلبی مداوم خواه از پزشکان، خانواده یا دوستان نیاز دارند و اختلال می‌تواند یک رنج ناتوان کننده برای فرد مبتلا به این اختلال همچنین خانواده و دوستانش ایجاد کند [۵].

اضطراب بیماری اختلالی طولانی مدت در نظر گرفته می‌شود [۶]، در نتیجه این اختلال بار سنگینی را بر نظام بهداشت روانی هر جامعه تحمیل می‌کند. اضطراب بیماری نه تنها باعث درد و رنج بزرگ برای بیمار و کسانی که در اطراف اوست می‌شود بلکه همچنین از نظر استفاده از مراقبت‌های پزشکی زیاده‌تر [۷، ۸] و ناتوانی شغلی [۹] پرهزینه است.

از این رو، به کارگیری رویکردهای درمانی مؤثر برای اضطراب بیماری دارای اولویت است. در این راستا رویکردهای بسیاری به منظور کاهش این اختلال طراحی شده و با توجه به اینکه واری و اطمینان بخشی دو ویژگی اساسی این اختلال است یکی از رویکردهایی که ممکن است در درمان این اختلال اثربخش باشد رویکرد مواجهه و پیشگیری از پاسخ (ERP) با هدف کاهش واری و اطمینان بخشی می‌باشد.

در این رویکرد درمانی به بیماران آموزش داده می‌شود که با موقعیتهایی مواجه شوند که موجب ترس ناشی از افکار نشخوارگر آنها می‌شود و از انجام رفتارهای ایمنی در پاسخ به آن جلوگیری می‌شود [۱۰]. این رویکرد درمانی شامل دو جزء مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌باشد. مواجهه شامل مواجهه تدریجی بیمار به طور سلسله مراتب (از کمتر به بیشتر) با موقعیتهای برانگیزنده اضطراب می‌شود. مواجهه ممکن است به صورت تخیلی یا واقعی باشد [۱۱]. مواجهه در جلسات درمان انجام می‌گیرد [۱۲، ۱۳]. پیشگیری از پاسخ اغلب با مواجهه ترکیب می‌شود تا بیمار را در به تأخیر انداختن یا خودداری از رفتارهایی که اضطراب بیماری

1- illness anxiety disorder
2- hypochondriasis
3- checking and assurance

واطمینان بخشی مجدد به عنوان رویکردی مواجهه ای در کاهش اضطراب بیماری می‌باشد.

روش

طرح پژوهش: در این مطالعه از روش پژوهشی تجربی استفاده شد. روش تجربی پژوهش حاضر شامل طرح پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و گروه گواه است که شامل مراحل اجرایی زیر است:

- ۱- جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها
- ۲- اجرای پیش آزمون و جمع‌آوری داده‌ها
- ۳- اجرای متغییر مستقل بر روی گروه‌های آزمایشی
- ۴- اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها
- ۵- اجرای آزمون پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها (با فاصله زمانی یک ماه).

آزمودنی‌ها: جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه افراد ساکن شهر ارومیه که مبتلا به اضطراب بیماری بوده و برای درمان در دوره زمانی اسفند ۱۳۹۲ تا اردیبهشت ۱۳۹۳ به یکی از مراکز درمانی یا مشاوره‌ی شهر ارومیه مراجعه کردند.

برای تعیین نمونه از بین مراجعان به مراکز مشاوره برای ۵۳ نفر که احتمالاً مبتلا به اضطراب بیماری بودند پرسشنامه نگرش بیماری به منظور غربالگری اجرا شد. از بین این افراد کسانی که نمره بالای ۶۰ در مقیاس نگرش به بیماری گرفته بودند، انتخاب شده و مصاحبه بالینی توسط روانپزشک برای آنها اجرا شد. تعداد ۳۷ نفر از این افراد مبتلا به اضطراب بیماری تشخیص داده شدند و از این تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و تعداد ۱۵ نفر به تصادف در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. همچنین گروه‌ها به لحاظ سن، جنسیت و میزان تحصیلات همتا شدند.

معیارهای ورود عبارت بودند از:

- ۱- فرد براساس DSM-V مبتلا به اضطراب بیماری باشد.
 - ۲- فرد فاقد بیماری جسمانی یا نورولوژیکی خاص باشد.
 - ۳- تحت دارو درمانی یا روان درمانی برای مشکل فعلی نباشد.
 - ۴- تکمیل فرم موافقت برای درمان
- همچنین معیارهای خروج عبارت بودند از:

(واری بدن و اطمینان یابی) را حفظ می‌کنند تشویق کند [۱۱، ۱۲، ۱۳]. پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ را مورد بررسی قرار داده‌اند. به عنوان مثال، اصفهانی و همکاران [۱۴] در پژوهشی نشان دادند که گروه درمانی مبتنی بر مواجهه و پیشگیری از پاسخ منجر به کاهش معنی‌دار شدت نشانه‌های وسواسی-جبری شده است. نتایج پیگیری سه ماهه نیز حاکی از تداوم معنادار اثربخشی مداخله بود. در پژوهش دیگری نیز یافته‌های ابوالقاسمی و صفریزدی [۱۵] نشان داد که تکنیک مواجهه همراه با جلوگیری از پاسخ در کاهش شدت علائم وسواس مؤثرتر از غرقه سازی است. همچنین نتایج پژوهش حمید و همکاران [۱۶] نشان داد در بلندمدت رفتاردرمانی شناختی توأم با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ و رفتاردرمانی شناختی مؤثرتر از دارودرمانی بود.

تا امروز پژوهشی در مورد استفاده از ERP در درمان اضطراب بیماری صورت نگرفته و پژوهش‌های محدودی استفاده از پیشگیری از پاسخ (با و بدون مواجهه) را در درمان خود بیمار پنداری مورد ارزیابی قرار داده‌اند. در پژوهشی سالکوسکیس و وارویک [۱۷] نقش پیشگیری از پاسخ را در درمان خود بیمار پنداری مورد بررسی قرار داده‌اند. آنها دریافتند که این نوع مداخله در کاهش خود بیمار پنداری، باور به بیماری و تلاش برای کسب اطمینان مفید می‌باشد. همچنین ویشار و بومن [۱۳] در پژوهشی که اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ و شناخت درمانی را روی بیماران مبتلا به خود بیمار پنداری مقایسه کرده بودند دریافتند که بیماران در هر دو شرایط درمانی بهبود قابل توجهی نشان دادند و بهبودی پس از ۷ ماه پیگیری حفظ شده بود.

با توجه به اینکه اضطراب بیماری اختلالی است که به تازگی در DSM گنجانده شده و پژوهش‌های چندانی در مورد آن صورت نگرفته و همچنین با توجه به عدم هر گونه پژوهش در خصوص اثربخشی کنترل واری و اطمینان بخشی در درمان اضطراب بیماری با توجه به اینکه پژوهش در خصوص اندازه اثربخشی هر رویکرد درمانی یکی از جنبه‌های اساسی پژوهش در حیطه روانشناسی بالینی قلمداد می‌شود، این پژوهش در صدد تعیین اثربخشی کنترل واری

۱- همبودی با سایر اختلالات روانی

۲- سن بالای ۵۰ سال

ابزار

ابزار پژوهش عبارت بود از مقیاس نگرش به بیماری (IAS)^۱، این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط کلنر^۲ ساخته شد که شامل ۲۹ پرسش در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نمره گذاری می‌شود (۰= هرگز، ۱= بندرت، ۲= گاهی اوقات، ۳= اغلب اوقات و ۴= همیشه) و به منظور اندازه‌گیری خود بیمار پنداری طراحی شده است. نمره کلی مقیاس نگرش نسبت به بیماری در دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۸ قرار دارد. فرم اصلی این مقیاس شامل ۹ زیر مقیاس است که هر کدام از ۳ سوال تشکیل یافته‌اند و نمره بالا در هر کدام از زیر مقیاس‌ها بیانگر نابهنجاری در آن زیر مقیاس می‌باشد. در این پرسشنامه دو آیتم ۲۲ و ۲۶ نیز اطلاعات اضافی را ارائه می‌کنند ولی در نمره‌گذاری لحاظ نمی‌شوند. زیر مقیاس‌های ذکر شده عبارتند از: ۱- نگرانی درباره سلامتی، ۲- نگرانی در خصوص درد، ۳- آیین‌های سلامتی، ۴- باورهای خود بیمار پندارانه، ۵- هراس از مرگ، ۶- هراس از بیماری، ۷- اشتغال ذهنی با بدن، ۸- تجربه درمان و ۹- تاثیر علائم می‌باشد. اما در پژوهش‌های بعدی که در خصوص ساختار عاملی این پرسشنامه صورت گرفت هاجیستا و روپولوس و آسماندسون (۱۹۹۸) ۵ عامل را مورد شناسایی قرار دادند.

در ایران این پرسشنامه توسط عطری فرد و همکاران [۱۸] بر روی ۹۲۹ دانشجوی دانشگاه شاهد مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش ۵ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خود بیمار پندارانه و آثار علائم، رفتار سلامتی و هراس از مرگ مورد شناسایی قرار گرفتند که هر یک به ترتیب شامل ۷، ۱۰، ۳، ۴ و ۳ آیتم هستند. اعتبار تشخیصی پژوهش فوق حاکی از آن است که ۴ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خود بیمار پندارانه و آثار علائم، رفتار سلامتی و هراس از مرگ مورد شناسایی قرار گرفتند که هر یک به ترتیب شامل ۷، ۱۰، ۳، ۴ و ۳ آیتم هستند. اعتبار تشخیصی پژوهش فوق حاکی از آن است که ۴ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان،

دارای همسانی درونی مطلوبی می‌باشند (بالای ۰/۷۰). همچنین در این پژوهش مشخص شد که بین عامل ۱، ۲ و ۴ با مقیاس خودبیمارپنداری MMPI و بین عامل ۱ و ۳ با خرده مقیاس نشانه‌های بدنی SCL-90-R و بین عامل ۳ با خرده مقیاس نشانه‌های بدنی GHQ رابطه متوسط وجود دارد و تنها بین عامل ۵ با مقیاس‌های دیگر رابطه معنادار وجود ندارد [۱۸].

روند اجرای پژوهش: ابزار پژوهش عبارت بود از مقیاس نگرش به بیماری (IAS)^۳، این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط کلنر ساخته شد که شامل ۲۹ پرسش در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نمره گذاری می‌شود (۰= هرگز، ۱= بندرت، ۲= گاهی اوقات، ۳= اغلب اوقات و ۴= همیشه) و به منظور اندازه‌گیری خود بیمار پنداری طراحی شده است. نمره کلی مقیاس نگرش نسبت به بیماری در دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۸ قرار دارد. فرم اصلی این مقیاس شامل ۹ زیر مقیاس است که هر کدام از ۳ سوال تشکیل یافته‌اند و نمره بالا در هر کدام از زیر مقیاس‌ها بیانگر نابهنجاری در آن زیر مقیاس می‌باشد. در این پرسشنامه دو آیتم ۲۲ و ۲۶ نیز اطلاعات اضافی را ارائه می‌کنند ولی در نمره‌گذاری لحاظ نمی‌شوند. زیر مقیاس‌های ذکر شده عبارتند از: ۱- نگرانی درباره سلامتی، ۲- نگرانی در خصوص درد، ۳- آیین‌های سلامتی، ۴- باورهای خود بیمار پندارانه، ۵- هراس از مرگ، ۶- هراس از بیماری، ۷- اشتغال ذهنی با بدن، ۸- تجربه درمان و ۹- تاثیر علائم می‌باشد. اما در پژوهش‌های بعدی که در خصوص ساختار عاملی این پرسشنامه صورت گرفت هاجیستا و روپولوس و آسماندسون (۱۹۹۸) ۵ عامل را مورد شناسایی قرار دادند.

در ایران این پرسشنامه توسط عطری فرد و همکاران [۱۸] بر روی ۹۲۹ دانشجوی دانشگاه شاهد مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش ۵ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خود بیمار پندارانه و آثار علائم، رفتار سلامتی و هراس از مرگ مورد شناسایی قرار گرفتند که هر یک به ترتیب شامل ۷، ۱۰، ۳، ۴ و ۳ آیتم هستند. اعتبار تشخیصی پژوهش فوق حاکی از آن است که ۴ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان،

1- illness attitude scale

2 - Kellner

3- illness attitude scale

یافته ها

در این قسمت به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش پرداخته شده است. ابتدا اطلاعات توصیفی مربوط به آزمودنی‌های پژوهش ارائه شده است و سپس با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر فرضیات پژوهش مورد آزمون قرار گرفته‌اند. در جدول ۱ شاخصهای توصیفی اضطراب بیماری در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در هر دو گروه ارائه شده است.

باورهای خود بیمار پندارانه و آثار علائم و رفتار سلامتی بطور معناداری بیماران دارای مشکلات روان‌شناختی را از آزمودنی های سالم متمایز می‌کند. بررسی همسانی درونی زیر مقیاس ها حاکی از آن است که همگی زیر مقیاس ها دارای همسانی درونی مطلوبی می‌باشند (بالای ۰/۷۰). همچنین در این پژوهش مشخص شد که بین عامل ۱، ۲ و ۴ با مقیاس خود بیمار پنداری MMPI و بین عامل ۱ و ۳ با خرده مقیاس نشانه‌های بدنی SCL-90-R و بین عامل ۳ با خرده مقیاس نشانه های بدنی GHQ رابطه متوسط وجود دارد و تنها بین عامل ۵ با مقیاسهای دیگر رابطه معنادار وجود ندارد [۱۸].

جدول ۱) میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب بیماری در پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
اضطراب بیماری	آزمایش	۹۳/۲۴	۱۰/۱۷	۹/۳۹	۵۶/۳۳	۹/۵۶	۵۷/۲۰
	کنترل	۹۱/۴۰	۱۰/۳۹	۱۱/۱۱	۹۱/۳۳	۱۰/۵۳	۹۲/۴۰

مفروضه نرمال بودن انجام گرفت که نتایج آزمون حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات اضطراب بیماری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری می باشد ($p > 0.05$). همچنین نتایج آزمون موچلی به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس ها نشان داد که آماره موچلی (۰/۹۸) با مجذور خی (۴/۱۳) در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی باشد و پیش فرض تساوی واریانس ها رعایت شده است. در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است.

با توجه به جدول ۱، میانگین گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۹۳/۲۴ می‌باشد که در مرحله پس آزمون به ۵۶/۳۳ کاهش یافته است. این مقدار در مرحله پیگیری ۵۷/۲۰ کاهش یافته است. در گروه گواه نیز میانگین مرحله پیش آزمون ۹۱/۴۰ می‌باشد که در مرحله پس آزمون به ۹۱/۳۳ کاهش یافته است. این مقدار در مرحله پیگیری افزایش یافته و به ۹۲/۴۰ رسیده است. برای بررسی فرضیه های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شده است. قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای بررسی

جدول ۲) نتایج تحلیل اندازه گیری مکرر جهت تعیین تأثیر کنترل واری و اطمینان بخشی

مقیاس	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	حجم اثر	توان آماری
اضطراب بیماری	درون گروهی	۸۷۰/۸۳	۲	۳۹۰/۶۳	۲۱/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۰/۹۱
	زمان × گروه	۱۰۸۶/۴۲	۲	۴۵۸/۰۷	۲۴/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۹۹
	خطا	۳۲/۵۹۶	۵۶	۱۱/۲۴۱	—	—	—	—
بین گروهی	گروه	۳۱۳۱۲/۲۳	۱	۲۳/۳۱	۷/۲۴	۰/۰۰۳	۰/۵۶	۰/۸۰
	خطا	۱۱۱۳/۸۸	۲۸	۳۷۶/۵۴	—	—	—	—

همچنین همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تاثیر گروه نیز بر نمرات اضطراب بیماری معنی‌دار است [F(۲,۵۶) = ۷/۲۴، P < ۰/۰۱، $\eta^2 = ۰/۵۶$]. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات اضطراب بیماری گروه‌های آزمایشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی گروه معنادار بود اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۳ ارائه شده است.

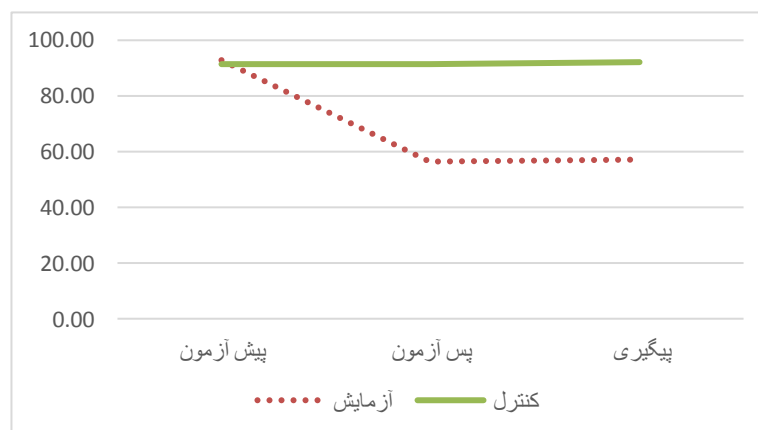
چنانچه از جدول ۲ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات اضطراب بیماری معنی‌دار می‌باشد [F(۲,۵۶) = ۲۱/۶۳، P < ۰/۰۰۰۱، $\eta^2 = ۰/۶۴$]. بنابراین می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات اضطراب بیماری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد. [F(۵۶,۲) = ۲۴/۶۶، P < ۰/۰۰۰۱، $\eta^2 = ۰/۶۸$]. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات اضطراب بیماری در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است.

جدول ۳) آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌ی مقیاس‌ها به صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین A-B	سطح معناداری
اضطراب بیماری	پیش آزمون	پس آزمون	۲	۰/۱۱
	پس آزمون	پیگیری	-۳۵	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۳۵/۲	۰/۰۰۰۱

گروه درمانی بطور معنی‌داری کمتر از گروه گواه است (P < ۰/۰۰۰۱). این موضوع در نمودار شماره یک نیز مشخص است. که دو گروه در مرحله پیش‌آزمون از نظر اضطراب بیماری در یک اندازه هستند اما بعد از دریافت مداخله و در مرحله پس‌آزمون اضطراب گروه آزمایش کاهش پیدا کرده است و این کاهش در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. یعنی اثر مداخله در مرحله پیگیری نیز برقرار مانده است. درحالی که در گروه کنترل تغییری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری اتفاق نیافتاده است.

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات اضطراب بیماری گروه‌های آزمایشی وجود ندارد. اما در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات اضطراب به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه است (P < ۰/۰۰۰۱). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که کنترل واری و اطمینان بخشی بطور معنی‌داری در کاهش میانگین نمرات اضطراب بیماری در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده است. همانطور که از جدول مشاهده می‌شود در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات اضطراب بیماری



نمودار ۱) نتایج میانگین گروه آزمایش و کنترل در دوره‌های اجرای آزمون

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی کنترل واری و اطمینان بخشی در کاهش اضطراب بیماری بود. نتایج این پژوهش نشان دادند که کنترل واری و اطمینان بخشی به طور معناداری موجب کاهش میانگین نمرات اضطراب بیماری در پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه شده بود. این یافته با نتایج پژوهش اصفهانی و همکاران [۱۴]، ابوالقاسمی و صفر یزدی [۱۵]، حمید و همکاران [۱۶] مبنی بر اثربخشی رویکرد مواجهه و پیگیری از پاسخ با هدف کنترل واری و اطمینان بخشی همسو می باشد. همچنین با پژوهش سالکوسکیس و وارویک [۱۷] که نقش پیگیری از پاسخ را در درمان خود بیمار پنداری مورد بررسی قرار داده است و نتایج پژوهش ویشار و بومن [۱۳] همسو می باشد. در تبیین اثربخشی درمان می توان گفت افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری شدید اغلب به دنبال اطمینان هستند و وقتی بدانند هیچ خطر فوری وجود ندارد راضی می شوند، ولی در حفظ احساس تسکین بعد از اطمینان پزشکی، به خاطر اشتغال ذهنی یا نگرانی مکرر و برگشت ترس شکست می خورند. در نتیجه از همه مواردی که به سلامتی مربوط می شوند اجتناب میکنند و به دنبال اطمینان مکرر یا دیگر رفتارهای تکراری هستند [۱۹] و همچنین آنها نمی توانند ترس ها و نگرانی هایشان را کنترل کنند آنها اغلب عقیده دارند که هرگونه نشانه یا احساسی علامتی از یک بیماری جدی است و در نتیجه به واری افرای بدنشان می پردازند. تمام اشکال اجتناب و رفتارهای ایمنی به حفظ فرضیات منفی بیمار کمک می کنند [۲۰]. تحقیقات عمومی نیز نشان می دهند که رفتار بین فردی (اطمینان طلبی) موجب حفظ اضطراب بیماری می شود [۲۱]. همان طور که در این پژوهش مشاهده شد بعد از مواجه سازی، اضطراب بیماران کاهش پیدا کرد. بنابراین بیمار باید تشویق شود تا با موقعیت های ترسناک مواجه شود یا فعالیت هایی را که به خاطر اضطرابش از آنها اجتناب کرده از سر بگیرد [۲۰]. در طول تمرینات مواجهه و پیگیری از پاسخ فرد به تدریج با موقعیت هایی مواجه می شود که او را وادار به عمل کردن می کنند یا اشاره به رفتارهای اجباری بیمار دارند و در عین حال از انجام آنها منع می شود. همچنین این شیوه به بیماران کمک می کند تا یاد بگیرند علایمشان را به طور مؤثرتری مدیریت کنند.

در واقع مواجهه، زمینه مناسبی برای فعال سازی و اصلاح رفتارهای مرتبط با اضطراب بیماری ایجاد می نماید، چون مواجهه با رو در رو کردن فرد با موقعیت اضطراب برانگیز و حفظ اشتغال با افکار یا محرک هایی که شخص در تلاش است تا از آنها اجتناب کند باعث افزایش تحمل افکار ناخوانده، نامطمئن و اضطراب می شود، با تمرینات مواجهه مکرر بیماران سطح اضطرابشان کاهش یافته و یاد می گیرند که غیرممکن است پیامدهای ترسناک رخ دهند و در عین حال، چون فرد از انجام رفتارهای جبری تکراری مانند واری مداوم منع می شود، بنابراین به تدریج انجام اینگونه رفتارها نیز کاهش می یابد. درمان مواجهه و پیگیری از پاسخ ارتباط بین افکار، تصاویر ذهنی، انگیزه های وسواسی یا تکانه ها و چیزهای اجباری را که فرد برای کاهش رنج یا اضطراب ناشی از اینگونه افکار و تکانه ها انجام می دهد، می شکند. به عبارت دیگر، این روش یعنی مواجهه و پیگیری از پاسخ روشی برای توقف تقویت دو جانبه رفتارهای جبری و اضطراب است. بنابراین، هر مداخله ای که تلاش می کند تا رفتارهای مرتبط با تهدید یا ضربه را فعال و اصلاح کند ضرورتاً مستلزم حفظ اشتغال با مواردی است که مراجع در تلاش برای اجتناب یا به دنبال انجام افرای آنهاست. از این روست که کنترل واری و اطمینان بخشی با شناسایی، مواجهه سازی، نظارت و پیگیری از رفتارهای واری و اطمینان بخشی باعث کاهش اضطراب بیماری می شود.

در یک نتیجه گیری کلی می توان گفت پژوهش حاضر نشان داد که کنترل واری و اطمینان بخشی به عنوان رویکردی مواجهه ای در درمان اضطراب بیماری اثربخش بوده و بر این فرض که مواجهه ستون اصلی هر نوع درمان شناختی رفتاری می باشد، صحه می گذارد.

از محدودیت های پژوهش می توان به موارد: ۱- پژوهش حاضر اثربخشی درمان کنترل واری و اطمینان بخشی در کاهش اضطراب بیماری بر افراد مبتلا به اضطراب بیماری بدون همبودی با سایر اختلالات را مورد بررسی قرار داد، بنابراین تعمیم نتایج آن به بیماران اضطراب بیماری که اختلال آنها همایند با اختلال دیگر باشد باید با احتیاط صورت گیرد. ۲- در پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی مرحله پیگیری یک ماه پس از درمان انجام شد که فاصله نسبتاً کمی برای بررسی اثرات بلند مدت درمان های

biopsychosocial approach. Cambridge, MA: Hogrefe. 2008.

12- Logsdail S, Lovell K, Warwick HM, et al. Behavioral treatment of AIDS- focused illness phobia. *Br J Psychiatry*. 1991; 159: 422- 25.

13- Visser S, Bouman T K. Cognitive-behavioural approaches in the treatment of hypochondriasis: Six single case cross-over studies. *J Behav Res Ther*. 1992; 30: 301- 6.

14- Esfahani M, Safari S, Kajbaf MB. The effectiveness of group therapy based on exposure and response prevention on severity of obsessive-compulsive disorder symptoms. *J Clin Psychol*. 2013; 5(2): 35-43. [Persian].

15- Abolghasemi SH, Safar Yazdi N. the Comparison of effectiveness exposure with response prevention techniques and flooding in washing compulsive patients with obsessive-compulsive disorder. *J Fam Health*. 2012; 1(1): 31-34. [Persian].

16- Hamid N, Ataie Moghanloo V, Eydi Bayegi M. Comparison the effectiveness of three methods of cognitive behavioral therapy, pharmaco therapy and behavior cognitive therapy with exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder symptoms. *Jundishapur J Health Sci*. 2012; 4(1): 22-31. [Persian].

17- Salkovskis PM, Warwick HM. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *J Behav Res Ther*. 1986; 24:597-602.

18- Atri Fard M, Shaairy MR, Asghari Moghadam MA. Factor structure and psychometric features of the Illness Attitude Scale in Iranian samples. *J Daneshvar Behav*. 2006; 16: 57-70. [Persian].

19- Rachman S. Health anxiety disorders: a cognitive construal. *J Behav Res Ther*. 2012; 50: 502- 12.

20- Prasko J, Diveky T, Grambal A, Kamarodava D, Latalova K. Hypochondriasis, its treatment and exposure to the imaginative illness and death experience. *J Act Nerv Super Rediviva*. 2010; 52 (1): 76.

21- Birnie K, Sherry S, Doucette S, Sherry D, Hadjistavropoulos H, Stewart S. The interpersonal model of health anxiety: testing predicted paths and model specificity. *J Individ Differ*. 2013; 54: 856- 61.

صورت گرفته است. ۳- در پژوهش حاضر یکی بودن پژوهشگر و درمانگر محدودیت دیگر آن می باشد، ۴- همچنین می توان به نمونه گیری در دسترس اشاره کرد. بنابراین با توجه به اینکه اختلال اضطراب بیماری می تواند با سایر اختلالات همبودی داشته باشد، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی گزینه های درمانی نه تنها نشانه های اختلال اضطراب بیماری، بلکه هم ابتلایی ها را هم شامل شود و محدودیت های پژوهش حاضر در پژوهش های آتی مد نظر قرار گیرند.

منابع

1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed; text revised). Washington, DC: Author. 2013.

2- Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *J Br Psychiatry*. 2013; 202: 56- 61.

3- Starcevic V. Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *J Br Psychiatry*. 2013; 202: 7- 8.

4- Muse K, Mc Manus F, Leung C, Meghreblian B, Williams JMG. Cyberchondriasis: factor fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the internet. *J Anxiety Disord*. 2012; 26: 189- 96.

5- Olatunji BO, Etzel EN, Tomarken AJ, Ciesielski BG, Deacon B. The affects of safety behaviors on health anxiety: An experimental investigation. *J Behav Res Ther*. 2011; 49: 719-28.

6- Fink P, Ornbol E, Christensen KS. The outcome of health anxiety in primary care. A two- year follow – up study on health care costs and self-rated health. *J Plos One*. 2010; 5: 73-98.

7- Barsky AJ, Ettner S, Horsky J, Bates D. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *J Med Care*. 2001; 39: 705-15.

8- Noyes R, Kathol RG, Fisher MM, Philips BM, Suelzer MT, Woodman CL. One-year follow-up of medical outpatients with hypochondriasis. *J Psychosom Med*. 1994; 35: 533-45.

9- Mykletun A, Heradstveit O, Eriksen K, Glozier N, Overland S, Maeland JG, Wilhelmsen I. Health anxiety and disability pension award: The HUSK study. *J Psychosom Med*. 2009; 71: 353- 60.

10- Fenske NJ, Schwenk TL. Obsessive – compulsive disorder: Diagnosis and management. *J Am Farm Physician*. 2009; 80(3): 239-45.

11- Abramowitz JS, Braddock AE. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis. A

The Effectiveness of Checking Control and Assurance in Reducing Illness Anxiety

Ghorbanalipour, M. *Ph.D., Mirza, M. M.A.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of checking control and assurance in reducing illness anxiety in people with illness anxiety.

Method: The current study was a quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up design. The statistical population included people with illness anxiety which referred to health or consultation centers of Urmia city in March 2013 to April 2014. 30 individuals selected available and divided randomly into control and experimental groups. Experimental group treated for 10 sessions of 90 minute weekly and control group received no intervention during this period. Tools of this study included Kellner Illness Attitude Scale that in order to collect data conducted in the pre-test, post-test and follow-up on the subjects.

Results: analysis of variance with repeated measurements was used to analyzed data. results showed that checking control and assurance cause to reducing patients illness anxiety during post-test($p < 0/01$) and the persistence of the treatment effect maintained after one month($p < 0/01$).

Conclusion: The study followed two basic result: first: according to this study checking control and assurance introduce as an effective method in treatment of illness anxiety. second :this therapeutic approach has lasting effects in the treatment of this disorder.

Keywords: Checking Control, Assurance, Illness Anxiety

*Correspondence E-mail:
masoodghorbanalipour@yahoo.com