

## اثربخشی پاروکستین بر اختلال اضطراب اجتماعی

حسن توزنده جانی<sup>۱</sup>

فرناز ابهرزنجانی<sup>۲</sup>

مهدی امیری<sup>۳</sup>

### چکیده

مقدمه: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی با شناسه کارآزمایی ۲۰۱۷۱۲۲۸۰۳۸۱۰۹N۴ است، که با هدف بررسی اثربخشی داروی پاروکستین بر نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی، افسردگی، ترس از ارزیابی منفی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش: جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه مراجعه کنندگان به مراکز خدمات روانشناسی و مطب های خصوصی روانپزشکی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی در سطح شهر مشهد بود که در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ در مرکز تخصصی روانشناسی، پژوهش جاری ۲۴ نفر از این بیماران را به شیوه هدفمند و در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در گروه ها جایگماری شدند. ابزارهای اندازه گیری متغیرهای پژوهش، قبل و بعد و ۳ ماه بعد از درمان گروهی با داروی پاروکستین مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته ها: تحلیل آماری داده های پژوهش جاری بوسیله با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر، نشان می دهد که به طور کلی، داروی پاروکستین در سطح معناداری ( $p < 0/05$ ) بر متغیرهای وابسته مؤثر واقع شده است.

نتیجه گیری: درمان دارویی، بر اکثر خرده مؤلفه های متغیرهای وابسته، به طور معنادار در مرحله پس آزمون اثربخش بوده است و فقط در میانگین نمرات خرده مؤلفه های روانشناختی، روابط اجتماعی، رضایت از وضعیت زندگی تفاوت معناداری دیده نمی شود اما در مرحله پیگیری اثربخشی معناداری به لحاظ آماری نداشته است. گروه کنترل نیز هیچ تفاوت معناداری در سه مرحله ی آزمون دیده نمی شود.

**واژگان کلیدی:** دارو درمانی، افسردگی، اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، کیفیت زندگی.

۱. دکترای تخصصی روان شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات خراسان رضوی، واحد نیشابور، ایران.

۲. دکترای تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات خراسان رضوی، ایران (نویسنده مسئول).

۳. دکترای تخصصی روان شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان-پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

## ۱. مقدمه

با عنایت به این مهم که امروزه با صنعتی‌شدن کشورها، اختلالات روانپزشکی از جمله اضطراب در افراد رو به افزایش است، اضطراب یک جز طبیعی و غیر قابل اجتناب در زندگی هر فرد و در برگیرنده تغییرات جسمانی، روانی، رفتاری می‌باشد که در رویارویی با تهدید و خطر به طور خودکار رخ می‌دهند. این تغییرات شامل احساس منتشر و ناخوشایند و مبهمی از هراس در کنار نشانه‌هایی همچون گیجی، تعریق، اسهال، افزایش فشار خون، تپش قلب، گشادی مردمک‌ها، بیقراری، لرزش، افزایش ضربان قلب، تکرر و فوریت ادراری، گزگز اندامها و سنکوپ می‌باشد. اختلال اضطرابی، زمانی به عنوان یک اختلال تلقی می‌شود که در موقعیت‌هایی ایجاد شود که خطر واقعی وجود ندارد و یا اینکه با موقعیت هماهنگی ندارد و بعد از رفع خطر بیش از حد طول بکشد که شایع‌ترین اختلالات روانی در سطح جامعه هست (۱).

شیوع طول عمر اختلال اضطراب اجتماعی، ۱۳ تا ۳ درصد و شیوع شش ماهه حدود ۳ تا ۲۳ درصد در هر ۱۰۰ نفر می‌باشد (۲). مطالعات مختلف علمی، میزان شیوع اختلالات روانی از جمله اضطراب را به طور میانگین ۳۰/۴ درصد گزارش کرده‌اند. آمار هشدار دهنده اضطراب، قرن بیستم را عصر اضطراب نامیده است، این در حالی است که تنها یک سوم افراد با اختلال اضطرابی تحت درمان قرار گرفته‌اند و دو سوم دیگر از جمله افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از مراجعه جهت درمان اجتناب می‌کنند (۲). به طور معمول، بروز اغلب اختلال اضطراب اجتماعی، در سن پایین است و شروع اختلال در دوران کودکی، شدت بالا و مقاوم بودن اختلال را می‌رساند (۳). اضطراب اجتماعی می‌تواند به کاهش عزت نفس منجر شود و همچنین، نگرانی شدید افراد از ارزیابی منفی دیگران باعث می‌شود که افراد از حضور در موقعیت‌هایی که قرار است دیده شوند و یا قضاوت شوند، اجتناب می‌کنند (۴).

یکی از پیامدهای ناخوشایند افسردگی و اضطراب، کاهش رضایت و کیفیت زندگی است که می‌تواند تأثیر عمده‌ای در زندگی داشته باشد. کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی (عملکرد جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی) و سلامت روانی (عملکرد اجتماعی، بهزیستی ذهنی و سلامت هیجانی و ...) می‌باشد (۵).

اختلالات اضطرابی در آمریکا سالانه بیش از چهل و دو میلیون دلار هزینه می‌برد بطوریکه افراد با مشکلات اضطرابی برای کاهش علائم شبه جسمانی بیماری نیاز به فردی دارند که از آنها مراقبت کنند. افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، سه تا پنج مرتبه بیشتر از دیگران به پزشک مراجعه می‌کنند و شش مرتبه بیشتر از افرادی که اضطراب ندارند، مستعد بستری شدن در بخش اعصاب و روان می‌باشند (۶). همچنین، در ۲۰۱۰ هزینه تمامی اختلالات اضطرابی بجز اختلال پنیک، حدود ۶۶ میلیارد یورو برآورده شده است (۷). نتایج پژوهش‌های علمی، بیان می‌کنند اضطراب مزمن سبب تسریع ایجاد فشارخون بالا، آلزایمر، پارکینسون می‌شود (۸) و (۹).

جهت درمان اختلالات روانشناختی، درمان‌های متفاوتی بکار می‌رود که به دو دسته کلی روانی اجتماعی و زیستی می‌توان آنها را تقسیم نمود که یک مورد از درمان‌های زیستی، درمان دارویی می‌باشد. در سال ۲۰۰۸، حدوداً هشتاد و پنج میلیون داروی آرامبخش به منظور کاهش علائم اضطرابی تجویز شد که تاکنون، پاروکستین یکی از داروهای تأیید شده برای اختلال اضطراب اجتماعی توسط اداره کل غذا و داروی آمریکا (FDA) می‌باشد (۱۰). پاروکستین از خانواده داروهای ضد افسردگی مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین هستند. این داروهای با هدف به حداقل رساندن عوارض داروهای ضد افسردگی وارد بازار شدند (۱۱).

این دارو با مهار بازجذب سروتونین، موجب بازجذب آن در سیناپس‌های دستگاه عصبی مرکزی شده و با این مکانیسم، بر درمان افسردگی و اضطراب مؤثر واقع می‌شوند. با عنایت به مطالب عنوان شده، پژوهش جاری در صدد آن می‌باشد که

اثر بخشی داروی پاروکستین بر اضطراب و افسردگی و ترس از ارزیابی منفی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی را بررسی نماید.

## ۲. روش پژوهش

پژوهش جاری با کد مصوبه اخلاق IR.MUMS.fm.REC.1396.489 و کد کارآزمایی بالینی ۲۰۱۷۱۲۲۸۰۳۸۱۰۹N۴ اجرا شد و طرح پژوهش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایشی و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات روانشناسی و مطب‌های خصوصی روانپزشکی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی در سطح شهر مشهد بود که ۲۴ نفر از این بیماران را به شیوه هدفمند و در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌ها جایگماری شدند. تعیین حجم نمونه بر اساس نظریه باتلر و همکاران (۲۰۰۶) که بیان می‌کنند در گروه درمانی به طور متوسط، ۹ نفر می‌تواند باشد که به منظور پیشگیری از اثر ریزش شرکت‌کنندگان حجم نمونه بالاتری باید انتخاب شود. در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات و حق خروج از تحقیق اطلاعاتی داد. ملاک ورود به پژوهش، داشتن علایم اختلال اضطراب اجتماعی که با مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM5 بررسی شد و تحصیلات بالاتر از دیپلم و دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال و ملاک‌های خروج، داشتن یک اختلال دیگر محور یک یا دو بر اساس راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM5)، داشتن بیماری جسمانی ناتوان‌کننده بود.

در پژوهش حاضر پس از انجام پیش‌آزمون، فقط به گروه آزمایشی، تحت نظر روانپزشک هر هفته بسته‌های هفت عددی پاروکستین داده می‌شد که تا آخر پژوهش، با درمانگر در ارتباط بوده‌اند و گروه کنترل تحت هیچ مداخله درمانی، قرار نگرفتند و متغیرهای وابسته بررسی شدند.

## ابزار پژوهش

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات DSM-V: یک مصاحبه کلینیکی ساختار یافته است که برای تشخیص-گذاری اختلالات روانی عمده محور ۱ و ۲ بر اساس DSM-V به کار می‌رود. امینی و همکاران نشان داده‌اند که ویژگی این ابزار بالاتر از ۰/۸۵ و در نیمی از موارد بالاتر از ۰/۹ بوده است که نشانگر ویژگی مطلوب است.

۲- پرسشنامه هراس اجتماعی اسپین ۱ توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰): برای ارزیابی هراس اجتماعی ساخته شد. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است که هر ماده بر اساس ماده لیکرت پنج درجه‌ای (صفر: به هیچ وجه و چهار: بی‌نهایت) نمره گذاری می‌شود. پایایی بازآزمایی این مقیاس در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و همسانی درونی آن در گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین، کانور و همکاران (۲۰۰۰) بیان کردند نقطه برش پرسشنامه نمره ۱۹ می‌باشد. ضریب آلفای کلی برای هر یک از خرده‌آزمون‌ها بدین شرح گزارش شد: خرده‌آزمون ترس، ۰/۷۴، خرده‌آزمون اجتناب، ۰/۷۵ و خرده‌آزمون ناراحتی فیزیولوژیکی، ۰/۷۵ می‌باشد. عموزاده (۱۳۸۶) همسانی درونی برای نیمه اول آن، ۰/۸۲ و برای نیمه دوم آن، ۰/۷۶ گزارش کرد. همچنین همبستگی بین دونیمه نیز، ۰/۸۴ می‌باشد.

۳- پرسشنامه افسردگی بک ۲-۲: این ابزار ۲۱ سؤال دارد و پاسخ‌های آن بین ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند (در یک پیوستار چهار درجه‌ای از فقدان افسردگی؛ تا افسردگی شدید). در پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II)، به منظور بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیاز همه سؤالات را با هم جمع می‌نماییم. در این پرسشنامه (افسردگی بک

<sup>1</sup> Spin

<sup>2</sup> Beck

۲) حداقل و حداکثر جمع امتیاز مراجع از صفر تا ۶۶ در نوسان می باشد. ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ بوده است (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۱۳۸۴). این پرسشنامه ۲۱ آیتمی در سال ۱۹۹۶ برای هماهنگی بیشتر با معیار های dsm-5 مورد بازنگری قرار گرفت. نمرات بالاتر نشان دهنده افسردگی شدیدتر می باشد. BDI-II با مقیاس درجه بندی افسردگی همیلتون (HRSD) همبستگی (r: 71%) دارد و پایایی بازآزمایی یک هفته ای آن ۰/۹۳ می باشد.

۴- پرسشنامه پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی ویلسون و ریپی (۲۰۰۵): برای تفسیر پیامد رویدادهای منفی اجتماعی طراحی شده است. در این پرسشنامه ۱۶ رویداد اجتماعی منفی توصیف شده است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۹ درجه ای (۰ = اصلاً معتقد نیستم و ۹ = تا بی نهایت معتمد) نمره گذاری می شود. ویلسون و ریپی (۲۰۰۵) همسانی درونی آن را به کمک روش آلفای کرونباخ، بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی سازه این ابزار نیز به کمک روش تحلیل عاملی قابل قبول گزارش شده است (ویلسون و ریپی، ۲۰۰۵). پایایی آن ۰/۹۰ گزارش نمودند. در ایران نیز استوار (۱۳۸۶) با بکارگیری تحلیل عاملی اکتشافی دو عامل ترس از ارزیابی منفی خود و دیگران را استخراج کرد ۰/۷۸/۵۰٪ از واریانس کل را تبیین می کردند و آلفای کرونباخ آنها به ترتیب ۰/۸۹٪ و ۰/۹۰٪ می باشد.

۵- مقیاس فرم کوتاه (پرسشنامه) کیفیت زندگی (IRQOL): پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت دارای ۲۶ سؤال است و دارای ۴ خرده مقیاس، سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می باشد که به ترتیب هریک از خرده مقیاسها دارای ۷، ۶، ۳، و ۸ سؤال است. دو سؤال اول به هیچ یک از خرده مقیاس ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می کند. بنابراین این پرسشنامه در مجموع 26 سؤال دارد. تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه WHOQOL نشان دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روانشناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/66، محیط ۰/۸۰) و پایایی test-retest مناسبی است. بازآزمایی ۶۷٪ ضریب دو نیمه آن ۰/۸۷ و همسانی درونی این آزمون نیز ۰/۸۴ بوده است. در روایت از نصیری (۱۳۸۵)، ضرایب پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۸ نوسان دارد. تجزیه و تحلیل داده ها:

نتایج داده ها، بوسیله ی SPSS19، مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت و از میانگین و انحراف معیار جهت یافته های توصیفی و از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر برای تبیین یافته های تحقیق، استفاده شد.

### ۳. یافته ها

در این تحقیق که از نوع کارآزمایی بالینی با شناسه کارآزمایی 37365 بود، پس از گزینش اولیه از بین متقاضیان ارجاع داده شده توسط روانپزشکان و روانشناسان بالینی شاغل در کلینیک ها و کارمندان دانشگاه های سطح شهر مشهد برای شرکت در پژوهش جاری، از نظر معیارهای شمول، ۲۴ نفر به شیوه هدفمند و در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره قرار گرفتند که در ادامه جلسات، از گروه آزمایشی ۳ نفر به علت غیبت بیشتر از ۲ جلسه از پژوهش کنار گذاشته شدند و مجموعاً ۲۱ نفر باقی ماندند که در جدول زیر، متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروهها ارائه شده اند.

جدول ۱ ویژگی‌های توصیفی نمونه‌های پژوهش در گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل

$p > .05$	گروه کنترل ۱۲ نفر	گروه دارو درمانی ۹ نفر		
$\chi^2$ = 0/99	58/3%	62/5%	زن	جنسیت
	41/7%	37/5%	مرد	
$\chi^2$ = 0/98	41/7%	50%	متأهل	وضعیت تأهل
	41/7%	25%	مجرد	
	16/6%	25%	جدا شده	
F = 0/11	30/50(6/40)	29/33(7/61)		سن (M)SD

( $p > .05$ )

همانطور که در جدول فوق نشان داده شد، بر اساس آزمون خی دو، بین دو گروه از نظر تعداد زن و مرد، تفاوت معنادار آماری وجود نداشت ( $\chi^2 = 0/99$ ،  $p > .05$ ) و همچنین، از نظر وضعیت تأهل نیز، تفاوت معنادار آماری دیده نمی‌شود. ( $\chi^2 = 0/98$ ،  $p > .05$ ) و بین گروه آزمایشی و گروه کنترل، بر اساس آزمون تحلیل واریانس تفاوت معنادار آماری از نظر سنی وجود نداشت.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در درمان دارویی

متغیرهای وابسته	پیش آزمون میانگین) انحراف (استاندارد)	پس آزمون میانگین) انحراف (استاندارد)	پیگیری میانگین) انحراف (استاندارد)
اضطراب ترس	۲۰,۷۷ (۲,۱۶)	۱۱,۰۰ (۲,۳۹)	۱۶,۵۵ (۲,۶۵)
اجتماعی اجتناب	۲۵,۰۰ (۲,۲۳)	۱۷,۸۸ (۲,۷۱)	۱۶,۲۲ (۲,۹۰)
ناراحتی فیزیولوژیک	۱۳,۳۳ (۱,۵۸)	۳,۴۴ (۱,۱۳)	۱۲,۱۱ (۱,۳۶)
نمره کل اضطراب اجتماعی	۵۹/۱۱ (۱,۹۶)	۳۲,۳۳ (۴/۰۶)	۴۴/۸۸ (۳/۳۷)
افسردگی افسردگی	۲۴,۰۰ (۳,۱۲)	۱,۵۵ (۱,۳۳)	۱۱,۲۲ (۲,۳۸)
کیفیت روانشناختی	۱۱,۲۲ (۲,۰۴)	۱۳,۱۱ (۱,۹۰)	۱۲,۸۸ (۱,۶۱)
زندگی روابط اجتماعی	۵,۴۴ (۱,۱۳)	۶,۵۵ (۱,۰۱)	۶,۱۱ (۱,۲۶)
رضایت از وضعیت زندگی	۲۶,۱۱ (۱,۵۰)	۲۸,۴۴ (۱,۰۱)	۲۸,۲۲ (۶,۵۵)
سلامت جسمانی	۲۶,۳۳ (۱,۲۲)	۴۱,۸۸ (۲,۵۷)	۲۷,۲۲ (۱,۳۰)
نمره کل کیفیت زندگی	۶۹,۳۳ (۱,۸۷)	۹۰/۰۰ (۳/۶۷)	۷۴/۴۴ (۶/۵۷)

(۲,۷۲)۱۰۳,۷۸	(۷,۲۶)۱۲,۴۴	(۶,۸۷)۱۰۷,۴۴	ترس از ارزیابی منفی
			ترس از ارزیابی دیگران
(۳,۷۳)۴,۷۷	(۱,۹۴)۳,۵۵	(۳,۱۹)۴۹,۲۲	ترس از ارزیابی منفی خود
(۵/۰۰)۱۴۸/۵۵	(۳/۰۸)۲۱,۳۳	(۹/۸۲)۱۵۶/۶۶	نمره کل ترس از ارزیابی منفی
(۲,۹۰)۱۹,۳۳	(۲,۱۰)۱۹,۳۳	(۳,۰۱)۲۰,۰۰	اضطراب ترس
(۳,۱۴)۱۹,۴۱	(۳,۳۶)۲۱,۲۵	(۲,۹۰)۲۴,۰۸	اجتماعی اجتناب
(۱,۶۰)۱۲,۷۵	(۲,۴۵)۱۲,۷۵	(۱,۶۴)۱۳,۸۳	ناراحتی فیزیولوژیک
(۴/۷۳)۵۱/۵۰	(۵/۳۶)۵۳/۳۳	(۳/۸۹)۵۷/۹۱	نمره کل اضطراب اجتماعی
(۲,۸۷)۲۴,۳۳	(۴,۵۰)۲۳,۸۳	(۲,۷۵)۲۵,۱۶	افسردگی افسردگی
(۱,۷۸)۱۲,۵۰	(۱,۹۲)۱۴,۴۱	(۱,۵۲)۱۱,۸۳	کیفیت روانشناختی
(۲,۲۸)۵,۷۵	(۱,۴۴)۶,۴۱	(۲,۱۴)۵,۳۳	زندگی روابط اجتماعی
(۶,۵۷)۲۸,۸۳	(۲,۶۴)۲۶,۸	(۱,۳۴)۲۷,۰۰	رضایت از وضعیت زندگی
(۱,۰۷)۲۶,۳۳	(۱,۲۷)۲۵,۲۵	(۱,۶۷)۲۶,۵۸	سلامت جسمانی
(۷/۱۹)۷۳/۴۱	(۳/۴۳)۷۲/۱۶	(۲/۱۳)۷۰/۷۵	نمره کل کیفیت زندگی
(۵,۹۷)۱۰۶,۴۱	(۸,۱۱)۱۰۰,۷۵	(۱,۶۱)۱۰۵,۶۶	ترس از ارزیابی منفی
			ترس از ارزیابی دیگران
(۵,۳۰)۵۲,۰۰	(۴,۰۱)۵۴,۸۳	(۲,۳۷)۵۴,۰۰	ترس از ارزیابی منفی خود
(۹/۶۹)۱۵۸/۴۱	(۷/۳۷)۱۵۵/۵۸	(۲/۳۸)۱۵۹/۶۶	نمره کل ترس از ارزیابی منفی

نمره کل

(p > ۰/۰۵)

در جدول فوق، نتایج اثربخشی داروی پاروکستین بر ایجاد تفاوت در میانگین نمرات مؤلفه های وابسته اختلال اضطراب اجتماعی نمایش داده شد.

جدول ۳ تحلیل واریانس ابعاد متغیرهای وابسته گروه آزمایشی دارو درمانی

متغیرها	SS	df	MS	F	Sig.	Partial $\eta^2$
اضطراب	216/88	2	108/44	40/84	0/00	0/68
اجتماعی	60/39	2	30/19	3/74	0/03	0/16
ناراحتی فیزیولوژیک	261/71	2	130/85	51/04	0/00	0/72
افسردگی	1152/64	2	576/32	86/77	0/00	0/82
کیفیت	7/46	2	3/73	1/72	0/19	0/08
زندگی	0/19	2	0/09	0/05	0/94	0/00
رضایت از وضعیت	30/86	2	15/43	1/02	. /36	0/05
زندگی	30/86	1/08	28/48	1/02	0/33	0/05
سلامت جسمانی	916/44	2	458/22	222/34	0/00	0/92
ترس از	26525/64	2	13262/82	463/81	0/00	0/96
ارزیابی منفی	26525/64	1/40	18885/29	463/81	0/00	0/96
ترس از ارزیابی منفی	7044/20	2	3522/10	356/87	0/00	0/94
خود						

سه مرحله آزمون \* عضویت گروهی

( $P > 0/05$ )

در جدول ۳ اثربخشی درمان دارویی بر هر یک از خرده مؤلفه ها و متغیرهای وابسته بصورت مجزا بررسی شده است و در نتیجه این بررسی‌ها می‌توان مشاهده نمود معنی داری متناظر با هر سه متغیر از خطای ۰/۰۵ کمتر بوده و لذا می‌توان با اطمینان ۹۵ درصد اظهار داشت: درمان فعال سازی رفتاری، با اندازه اثر ۶۸ درصد بر کاهش ترس و با اندازه اثر ۱۷ درصد بر کاهش اجتناب و با اندازه اثر ۷۳ درصد بر ناراحتی فیزیولوژیک و با اندازه ۸۲ درصد بر کاهش علائم افسردگی و با اندازه اثر ۹۶ درصد بر کاهش ترس از ارزیابی منفی دیگران و با اندازه اثر ۹۵ درصد بر کاهش ترس از ارزیابی منفی خود و همچنین، بر بهبود علائم سلامت جسمانی در مؤلفه کیفیت زندگی با اندازه اثر ۹۲ درصد در بیماران با اختلال اضطراب اجتماعی اثربخشی معنادار داشته است. اما در سه خرده مؤلفه متغیر وابسته ی کیفیت زندگی (روانشناختی، روابط اجتماعی، رضایت از وضعیت زندگی)، با محقق فرض کرویت و همچنین با اصلاح اپسیلین گرین هوس گریسر، دو متغیر عضویت گروهی و سه مرحله ی آزمون به طور همزمان و تعاملی بر میانگین نمرات این سه خرده مؤلفه در گروه درمانی دارویی، اثر معناداری نداشته است.

#### ۴. بحث و نتیجه گیری

هدف تحقیق جاری، بررسی اثربخشی داروی پاروکستین بر علائم بالینی و هیجانی اختلال اضطراب اجتماعی بود که نتایج مطالعه حاضر نشان داد، درمان دارویی، بر متغیرهای وابسته اجتناب و ترس از ارزیابی منفی خود، افسردگی، در پس آزمون و پیگیری به طور معنادار، اثربخش بوده است و بر خرده مؤلفه های ترس و ناراحتی فیزیولوژیک، سلامت جسمانی، ترس از ارزیابی منفی دیگران فقط در مرحله ی پس آزمون به طور معنادار تأثیر داشته است اما در میانگین نمرات خرده مؤلفه های روانشناختی، روابط اجتماعی، رضایت از وضعیت زندگی تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. در گروه کنترل هیچ تفاوت معناداری در سه مرحله ی آزمون دیده نمی‌شود.

در ارتباط با سؤال پژوهش که آیا درمان دارویی با پاروکستین بر اضطراب و افسردگی، ارزیابی منفی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اثربخشی معنادار داشته اند یا نه؟

می توان چنین تبیین کرد که درمان دارویی در کاهش معنادار نشانگان بالینی به لحاظ آماری در مقطع پس از درمان مؤثر بوده است. اما در مقطع زمانی پیگیری برتری خود را در معناداری کاهش علائم بالینی حفظ نمی کند. پاکسیل<sup>۱</sup> (پاروکستین<sup>۲</sup>) یکی از داروهای تأیید شده اداره کل غذا و داروی امریکا برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی و یکی از داروهای تأیید شده برای این اختلال در ایالات متحده است. این تأیید توسط یافته‌های علمی تأیید شده است (۱۲).

آمار هشدار دهنده اضطراب، قرن بیستم را عصر اضطراب نامیده است، این در حالی است که تنها یک سوم افراد با اختلال اضطرابی تحت درمان قرار گرفته اند و دو سوم دیگر از جمله افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از مراجعه جهت درمان اجتناب می کنند (۱۳). به طور معمول، بروز اغلب اختلال اضطراب اجتماعی، در سن پایین است و شروع اختلال در دوران کودکی، شدت بالا و مقاوم بودن اختلال را می‌رساند. اضطراب اجتماعی می‌تواند به کاهش عزت نفس منجر شود و همچنین، نگرانی شدید افراد از ارزیابی منفی دیگران باعث می‌شود که افراد از حضور در موقعیت‌هایی که قرار است دیده شوند و یا قضاوت شوند، اجتناب می‌کنند (۱۴).

یکی از پیامدهای ناخوشایند افسردگی و اضطراب، کاهش رضایت و کیفیت زندگی است که می‌تواند تأثیر عمده‌ای در زندگی داشته باشد. کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی (عملکرد جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی) و سلامت روانی (عملکرد اجتماعی، بهزیستی ذهنی و سلامت هیجانی و ...) می‌باشد. علت عمده اکثر اختلالات روانی به ویژه افسردگی، اجتناب از شرکت در فعالیت‌های فردی و اجتماعی مهم می‌باشد. نافرمانی فردی و اجتماعی می‌تواند منجر به افزایش میزان ساعت‌های حضور در خانه شود و فردی که بیش از حد در منزل می‌ماند، لاجرم وقت بیشتری صرف فعالیت‌های انفعالی مانند خوابیدن، فکر کردن، تماشای تلویزیون، یادآوری و مرور خاطرات گذشته، نشخوار فکری منفی، احساس تنهایی و عدم احساس کارایی و کفایت و ... اختصاص خواهد داد. از طرفی دیگر چنین وضعیتی منجر به قرار گرفتن فرد افسرده در دام اجتناب شده، و این امر تشدید رفتارهای انفعالی و علائم افسردگی مانند اختلال خواب (بیخوابی یا پر خوابی)، نشخوارهای فکری منفی، اشکال در تفکر یا تمرکز و تصمیم‌گیری، احساس انزوا و تنهایی، غمگینی، از دست دادن لذت و کاهش فعالیت‌های لذت بخش را در پی دارد. دارو درمانی علاوه بر ایجاد احساس برطرف شدن تنش عضلانی، احساس آرامش و آسودگی را به همراه می‌آورند. برخی از داروهای تجویزی را داروهای ضد افسردگی شامل مهار کننده های انتخابی، مهار کننده های باز جذب سروتونین و نور اپی نفرین و مهار کننده های منو آمینو اکسیداز، بتا بلاکرها و بنزودیازپینها و برخی ضدافسردگی‌های جدیدتر تشکیل می‌دهند. اخیراً شواهدی مبنی بر اختلال در سیستم دوپامینرژیک مبتلایان به اضطراب اجتماعی یافت شده است (۱۵). پاروکستین باعث افزایش سروتونین می‌شود و حتی این مسئله ممکن است، منجر به بروز عارضه ای نادر به نام سندروم سروتونین شود که اگر بیمار مصرف کننده پاروکستین، در حال مصرف داروهای دیگر افزایش دهنده سروتونین می‌باشد، خطر بروز سندروم سروتونین بیشتر می‌شود، بنابراین در مورد تمام داروهای مصرفی، حتماً با پزشک خود مشورت شود. پروکسیتین با مکانیسم جلوگیری از بازجذب مجدد سروتونین، برای درمان طیف گسترده ای از اختلالات اضطرابی مثل اختلال اضطراب عمومی، اختلال هراس و اختلالات اضطراب اجتماعی (۱۶) و (۱۷) مورد تأیید قرار گرفته است که برای بزرگسالان ۱۲.۵ میلی گرم در روز تحت آزمایش قرار می‌گیرد و در فواصل

<sup>1</sup> Paxil

<sup>2</sup> Paroxetine HCL



حداقل یک هفته و افزایش ۱۲٫۵ میلی گرم در روز؛ حداکثر دوز ۳۷٫۵ میلی گرم در روز PO که با تحقیقات سازگار است (۱۸).

میکایل (۲۰۱۴) (۱۹) با متاآنالیزهای قبلی آزمایشات نشان می دهد که داروهای ضد افسردگی در مقایسه با پلاسیبو در درمان افسردگی منافاتی کمتری دارند، که البته برخی معتقدند این مزایا از نظر بالینی مهم نیستند. در این پژوهش برای اولین بار، اثربخشی بازدارنده مجدد جذب سروتونین در درمان هر دو اختلال اضطراب و افسردگی ارزیابی شد. براساس تحلیل داده ها تفاوت معنادار بین اثربخشی پاراکستین و داروهای کاذب وجود داشت. در نتیجه شواهد موجود نشان می دهد که پاراکستین نسبت به داروهای کاذب در درمان اضطراب و افسردگی برتری معناداری دارند. پژوهش علمی (۲۰) با عنوان یک مطالعه آزمایشی دو سوکور با کنترل پلاسیبو از پاروکستین بر افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران نارسایی مزمن قلبی اینچنین بیان می دارد که پاروکستین نسبت به پلاسیبو موجب بهبود قابل ملاحظه ای در کاهش افسردگی و بهبود سلامت عمومی بوده است. کاهش افسردگی با بهبود جنبه های روانی کیفیت زندگی مرتبط است اما با جنبه های فیزیکی کیفیت زندگی مرتبط نیست (۲۱) و (۲۲).

با توجه به مطالب بیان شده و پژوهش های ذکر شده که با نتایج تحقیق جاری همسو می باشد، تبیین این فرضیه مبتنی بر اثربخشی معنادار درمان دارویی بر نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی و ترس از ارزیابی منفی که به دنبال آن بوجود می آید و همچنین، بهبود نسبی کیفیت زندگی منطقی و بدیهی به نظر می رسد.

## منابع

- **Tiwari N, Baldwin. DS. (2018).** Yogic Breathing Techniques in the Management of Anxiety and Depression: Systematic Review of Evidence of Efficacy and Presumed Mechanism of Action. *Anxiety*. 320- 228.
- **Dozeman E , van Schaik, J H. (2011).** Feasibility and effectiveness of activity scheduling as a guided self-help intervention for the prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics Association*. 23 (6): 969-78
- **Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2015).** Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- **Dozeman. E , van Schaik, J H. (2011).** Feasibility and effectiveness of activity scheduling as a guided self-help intervention for the prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics Association*. 23 (6): 969-78
- **Stephen, S., Gottlieb, M.D. (2007).** A double-blind placebo-controlled pilot study of controlled-release paroxetine on depression and quality of life in chronic heart failure. *American Heart Journal*, 153(5), 868-873
- **Morgan B, Hoff. LA. (2011).** psychiatric and mental health Essentials in primary care. 698 wH, editor. new york
- **Gustavsson. A, Svensson. M, Jacobi F. (2011).** Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 21: 718: 779.
- **Kubzansky. k. . (2018).** Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause Coronary Artery disease psychosomatic research)48 (4): 337-23.
- **Ramakers. I, Verhey, F.R, Scheltens. P, Soininen. H, Aalten. P, Verbeek. M.M, Spiru. L, Blennow. K, Trojanowski. J.Q, Shaw. L.M, Visser. (2013).** PJ Anxiety is related to Alzheimer cerebrospinal fluid markers in subjects with mild cognitive impairment. *Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative and DESCRIPA Investigators*43 (5): 11-20.

- **Martinez-Martin. P, Rojo-Abuin. J.M, Dujardin. K, Pontone. G.M, Forjaz. M.J, Starkstein. S, Leentjens. A.F. (2013).** Designing a new scale to measure anxiety symptoms in Parkinson's disease: item selection based on canonical correlation analysis. *European Journal of Neurology*. 11-23.
- **Allen F, Fisher M, Phipps N. (2014).** The correlation between depression and diabetes. *US Pharma*. 39(10):12-15.
- **Stefanova. E, Ziropadja. L, Petrovic. M, Stojkovic. T. (2013).** Screening for anxiety symptoms in Parkinson disease: a cross-sectional study. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 26 (1) 34-40.
- **Dozeman. E, van Schaik, J. H. (2011).** Feasibility and effectiveness of activity scheduling as a guided self-help intervention for the prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics Association*. 23 (6): 969-78
- **Susan, H. S., Ronald. M. R. (2016).** Behavior Research and Therapy 'The etiology of social anxiety disorder .An evidence – based model , 1100-1109.
- **American Psychiatric Association. (2013).** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Publishing, ISBN978-0-89042-554-1
- **Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2015).** Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. New York: Lippincott Williams & Wilkins. (11th Ed).
- **Magalhães P, Alves G, Llerena A, Falcão A. (2017).** Therapeutic Drug Monitoring of Fluoxetine, Norfluoxetine and Paroxetine: A New Tool Based on Microextraction by Packed Sorbent Coupled to Liquid Chromatography. *J Anal Toxicol*. Sep 01;41(7):631-638. [PubMed]
- **Ramsberg J, Asseburg C, Henriksson M. (2012).** Effectiveness and cost-effectiveness of antidepressants in primary care: a multiple treatment comparison meta-analysis and cost-effectiveness model. *PLoS One*.;7(8):e42003. [PMC free article] [PubMed]
- **Michael, A. S., Amy .M. L., Boris.B. B., Emily R. G. & Irving K. (2014).** The Efficacy of Paroxetine and Placebo in Treating Anxiety and Depression: A Meta-Analysis of Change on the Hamilton Rating Scales. *Plosone*. Volume 9, Issue 8, e106337
- **Kishi T, Matsuda Y, Matsunaga S, et al. (2017).** Escitalopram versus paroxetine controlled release in major depressive disorder: a randomized trial. *Neuropsychiatr Dis Treat*.;13:117-125. [PMC free article] [PubMed]
- **Dean L. (2017).** Thioridazine Therapy and CYP2D6 Genotypes. In: Pratt V, McLeod H, Rubinstein W, Dean L, Kattman B, Malheiro A, editors. *Medical Genetics Summaries* [Internet]. National Center for Biotechnology Information (US); Bethesda (MD): Feb 9,. [PubMed]
- **Tempei O, Yoshinori W, Seiji H& Toshiaki k. (2018).** Comparative effectiveness of switching paroxetine formulation for treatment of major depressive disorder: an open-label multicenter study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018; 14: 955-966. Published online Apr 6. doi: 10.2147/NDT.S152985