



مقایسه اضطراب و کیفیت زندگی در بیماران روان‌تنی تحت درمان شناختی-رفتاری  
و دارویی با بیماران تحت درمان دارویی

جهان سادات اسدی بیجائی<sup>۱</sup>، علیرضا عیوضی<sup>۲</sup>، سیده زهرا میر موسوی نالکیاشری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۲۱

### چکیده

بیماری‌های روان‌تنی به بیماری‌های جسمی گفته می‌شود که عوامل روان‌شناختی در شروع یا تشدید آن‌ها مؤثر هستند. هدف این پژوهش مقایسه اضطراب و کیفیت زندگی در بیماران روان‌تنی تحت درمان شناختی-رفتاری و دارویی با بیماران تحت درمان دارویی بود. روش پژوهش، علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری تعداد ۷۰ نفر بیماران بودند که از سال ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۱ از شهرستان‌های مختلف استان گیلان با تشخیص بیماری روان‌تنی به کلینیک سلامت روان در لاهیجان مراجعه کرده بودند. از بین آن‌ها تعداد ۳۸ نفر به‌عنوان نمونه آماری با شیوه هدفمند انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۹ نفری قرار گرفتند. گروه اول از دارودرمانی و ۸ جلسه یک و نیم ساعتی و هر هفته یک جلسه، از مداخله درمان شناختی-رفتاری، بر اساس محتوای پروتکل درمانی بک، بهره‌مند شد اما گروه دوم فقط از دارودرمانی استفاده نمود. هر دو گروه به‌وسیله پرسشنامه اضطراب (کتل) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی مورد آزمون پس از درمان قرار گرفتند. شیوه تحلیل آماری، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS۲۰ بود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که میانگین اضطراب گروه شناختی-رفتاری و دارویی و گروه دارودرمانی متفاوت است. همچنین یافته‌ها نشان داد که میانگین کیفیت زندگی گروه اول و گروه دوم باهم متفاوت بود به این صورت که گروه درمان دارویی و شناختی رفتاری، کاهش بیشتری در اضطراب داشتند و کیفیت زندگی آنها افزایش بیشتری نشان داد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مراکز روان‌پزشکی در کنار دارودرمانی از روان‌درمانی برای کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی بیماران روان‌تنی و درمان اختلالات روانی استفاده شود.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب، کیفیت زندگی، روان‌تنی، درمان شناختی-رفتاری

۱. دکترای تخصصی مشاوره و مشاور مرکز جامع توان‌بخشی اعصاب و روان لاهیجان، ایران asadijahan70@gmail.com

۲. متخصص بیماری‌های اعصاب و روان و مدیر مرکز جامع توان‌بخشی اعصاب و روان لاهیجان، ایران (نویسنده مسئول) EIVAZIAR@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و مشاور مرکز جامع توان‌بخشی اعصاب و روان لاهیجان، ایران Somayah.mirmosavi@gmail.com

## مقدمه

به‌طور کلی اصطلاح روان‌تنی، توسط هینروت<sup>۱</sup> در ۱۸۱۸ معرفی شد. نمیا<sup>۲</sup> و سیفوس<sup>۳</sup> اولین بار در ۱۹۷۰ گزارش کردند که بیماران مبتلا به اختلالات کلاسیک روان‌تنی (مانند آسم، زخم معده و آرتريت روماتوئید) مشکلات فراوانی در ابراز کردن و توصیف نمودن کلامی احساساتشان دارند و کمبود یا فقدان خیال‌پردازی در آن‌ها بارز است (افشاری، افشار، شفيعی و ادیبی، ۱۳۹۲). بیماری‌های روان‌تنی یا سایکوسوماتیک به بیماری‌های جسمی گفته می‌شود که عوامل روان‌شناختی در شروع یا تشدید آن‌ها مؤثر هستند که دامنه آن‌ها بسیار متنوع است مانند: سردرد تنشی، کمردرد، گردن درد، پشت‌درد، ورم معده، زخم معده و اثناعشر، آسم، بیماری‌های قلبی و عروقی، میگرن، میاستنی گراو (اختلال عصبی-عضلانی) و غیره. در دهه ۱۳۹۰ جهت درک و تجزیه و تحلیل این بیماری رشته‌ای به نام پزشکی روان‌تنی<sup>۴</sup> به وجود آمد و به دنبال آن در رشته روانشناسی نیز رشته‌ای جدید و کاربردی به نام روانشناسی سلامت ایجاد شد که بین علوم زیستی، پزشکی و روانشناسی ارتباط برقرار می‌کند (بامیری، نیسی، ارشدی، ظهیری و صلاحیان، ۱۳۹۵). نشان داده شده است که ادراک عوامل روانی-اجتماعی نامطلوب در محل کار مانند عدم تعادل تلاش و پاداش، رویدادهای کاری نامطلوب و بی‌عدالتی سازمانی، خطر ابتلا به مشکلات سلامت روان را افزایش می‌دهد. خستگی، خستگی چشم، اضطراب، مشکلات خواب، اختلال صدا، درد شانه و گردن، سردرد، سرماخوردگی، آنفولانزا و کمردرد، شکایات فیزیکی، علائم روان‌تنی رایجی هستند که بیماران روان‌تنی با آن‌ها مواجه هستند (آو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). در طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات مربوط به سلامتی (آی سی دی - ۱۰)، اختلالات سوماتوفرم (شبه جسمی) توسط شکایات جسمی متعدد، عودکننده و بالینی قابل توجه و بدون توضیحات بدنی اساسی کافی مشخص می‌شوند. با معرفی نسخه ۵ کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (دی اس ام - ۵)، نام و معیارهای تشخیصی این بیماری به‌طور قابل توجه‌ای تغییر کرده و اکنون تحت عنوان علائم جسمی و اختلالات مرتبط خلاصه شده است (هوسینگ، لوو، توسن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). ای سی دی - ۱۱، با معرفی اصطلاح «اختلال پریشانی بدنی» از رویکرد تشخیصی مشابه پیروی می‌کند (گوتزمن، سیگل، روتنر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸).

اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند، مبهم هراس و دلواپسی با منشأ ناشناخته، که به فرد دست می‌دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است (باباپور، زینالی، عظیمی، چاووشی، ۱۳۹۸). مطالعات نشان داده است که اضطراب در اختلال روان‌تنی با افسردگی و مشکلات روان‌شناختی (افشاری و همکاران، ۱۳۹۲؛ هاشیرو و اوکومورا<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷؛ کوروستی<sup>۱</sup>،

1. Heinroth
2. Nemiah
3. Sifneos
4. psychosomatic medicine
5. AU
6. Hüsing, Löwe, Toussaint
7. Goetzmann, Siegel, Ruettner
8. Hashiro, Okumura

۲۰۱۵؛ کوروستی و کوژینا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲؛ مولر، اشتاین، مایر و سولنر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸؛ تومی، مرزوغ و بولاسل<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸)، باکمال گرایبی روان رنجور و افسردگی (سامی و کاند، ۲۰۰۲)، مرتبط است. امروزه با حرکت روان‌شناسی به سمت روانشناسی مثبت نگر و کمرنگ شدن نگرش آسیب‌شناسی، روانشناسان اختلالات را نتیجه سبک زندگی ناکارآمد و کیفیت زندگی اندک می‌دانند و درمان را مبتنی بر اصلاح و تغییر سبک و کیفیت زندگی افراد قرار داده‌اند (کاظمی، آقایی، آتش پور و فلاحیان، ۱۳۹۳). کیفیت زندگی به‌عنوان یک سازه چندوجهی مفهوم‌سازی می‌شود که شامل ظرفیت‌های رفتاری و شناختی، رفاه عاطفی و توانایی‌هایی است که نیازمند اجرای نقش‌های خانگی، شغلی و اجتماعی است (شاه<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به‌عنوان ادراک یک فرد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های او تعریف می‌کند. مفهوم کیفیت زندگی دارای دو جزء عینی و ذهنی است. مؤلفه ذهنی به مفهوم «بهزیستی»، «رضایت از زندگی» یا «شادی» اشاره دارد، درحالی‌که مؤلفه عینی به جنبه‌های عملکرد اجتماعی و محیط بستگی دارد (شاه و همکاران، ۲۰۱۱). مفهوم کیفیت زندگی، توسط سازمان بهداشت جهانی، بهزیستی اجتماعی، ذهنی و فیزیکی عنوان شده است و به این معنی کیفیت زندگی، ادراک فرد از سلامت خودش به‌طور کلی، مطابق با مقتضیات فرهنگی، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات و علایقش است و توضیح می‌دهد که چرا افراد با شاخص‌های عینی مشابه از کیفیت زندگی، می‌توانند شاخص‌های ذهنی کاملاً متفاوتی داشته باشند (کاسترو، پونچیانو، منگتی، کرلینگ و کم<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). تعاریف جدیدتر کیفیت زندگی را به‌صورت اختلاف بین سطح انتظارات انسان‌ها و سطح واقعیت‌ها عنوان می‌کنند که هر چه این اختلاف کمتر باشد کیفیت زندگی بالاتر است (کینگ و هایندز<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸). مطالعات نشان داده است که کیفیت زندگی در افراد دارای اختلال روان تنی با افشای هیجانی مکتوب (یزدانفر، منشایی، آگاه هریس، علیپور و نوربالا، ۲۰۱۵)، با فعالیت‌های بدنی و تاب‌آوری (هافنر<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۸)، باهوش هیجانی (ابراهیمی، معصومی، حجتی، فیروزجایی و عبدی، ۲۰۱۷)، مرتبط است و افشای هیجانی مکتوب و همچنین فعالیت بدنی و هوش هیجانی بالا باعث افزایش کیفیت زندگی در افراد دارای اختلال روان تنی می‌شوند.

نشان داده شده است که درمان شناختی-رفتاری برای طیف گسترده‌ای از اختلالات سلامت روان، از جمله اختلالات اضطرابی، مؤثر است (کاژکورکین و فوآ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵). این درمان همچنین با بهبود کیفیت زندگی در بیماران اضطرابی مرتبط است. درمان شناختی-رفتاری معمولاً مفهوم یک درمان کوتاه‌مدت

1. v.korostiy
2. Korostiy & Kozhyna
3. Müller, Stein, Meyer & Söllner
4. Toumi, Merzoug & Boulassel
5. Shah
6. Castro, Ponciano, Meneghetti, Kreling & Chem
7. King & Hinds
8. Hufner
9. Kaczurkin & Foa

متمرکز بر مهارت‌ها باهدف تغییر پاسخ‌های هیجانی ناسازگار با تغییر افکار، رفتار یا هردوی این‌ها در بیمار است. ریشه درمان شناختی-رفتاری را می‌توان تا حدی به نظریه‌های محققان اولیه مانند بی.اف.اسکینر و جوزف ولپ<sup>۱</sup> که در دهه ۱۹۵۰ پیشگام جنبش رفتاردرمانی بودند، جستجو کرد. رفتاردرمانی فرض می‌کند که تغییر رفتارها منجر به تغییر در احساسات و شناخت، همانند ارزیابی‌ها می‌شود. از زمان معرفی، رفتاردرمانی تکامل یافته و شامل روان‌درمانی شناختی می‌شود، که توسط کار اولیه روانشناسانی مانند آلبرت آلیس و آرون تی بک<sup>۲</sup> آغاز شد. شناخت درمانی بر تغییر شناخت تمرکز دارد که برای تغییر احساسات و رفتارها پیشنهاد می‌شود. متعاقب اصطلاحات شناخت درمانی، رفتاردرمانی و درمان شناختی-رفتاری پدید آمدند (کاژکورکین و فوآ، ۲۰۱۵). تاکنون درمان‌هایی که برای کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در افراد دارای اختلال روان‌تنی انجام گرفته است، می‌توان به درمان شناختی-رفتاری همراه با روش طب مکمل و جایگزین، برای مدیریت استرس در میان متخصصان تدریس (آو و همکاران، ۲۰۱۶)، بررسی استرس و علائم روان‌تنی از نظر کیفیت زندگی پرستاران (زبینی - کواکس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵)، مقایسه کیفیت زندگی و هوش هیجانی در بیماران مبتلا به بیماری روان‌تنی (دیابت نوع ۲) و افراد سالم (ابراهیمی . همکاران، ۲۰۱۷)، اثربخشی طولانی‌مدت بر خودکارآمدی، سبک اسناد، بیان احساسات و کیفیت زندگی، برنامه آگاهی بدن برای علائم روان‌تنی مزمن خاص (لندزمن - دایکسترا، ون ویک و گروتوف<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶)، اثربخشی آموزش افشای هیجانی مکتوب بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در اختلالات روان‌تنی (یزدانفر و همکاران، ۲۰۱۵)، تأثیر فعالیت بدنی در یک محیط کوهستانی بر کیفیت زندگی با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی و کنترل سالم واسطه می‌شود (هافتر و همکاران، ۲۰۱۸)، خدمات مشاوره و ارتباطی روان‌پزشکی و روان‌تنی در بیمارستان‌های عمومی: مرور نظام‌مند و فرا تحلیل تأثیرات بر افسردگی و اضطراب (مولر و همکاران، ۲۰۱۸)، تنفس آهسته که توسط یک محرک لمسی مکانیکی دوره‌ای پشتیبانی می‌شود، اضطراب موقعیتی را در بیماران روان‌تنی کاهش می‌دهد. یک کار آزمایشی تصادفی کنترل‌شده (لو و ریتمن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵)، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی و اضطراب بیماران روده تحریک‌پذیر (لطفی کاشانی، بهزادی و یاری، ۱۳۹۱)، و روان‌درمانی برای درد غیرقابل توضیح پزشکی: یک آزمایش بالینی تصادفی برای مقایسه روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت شدید و درمان شناختی رفتاری (چاوشی، صابری، تولایی و صحرایی، ۲۰۱۷)، اشاره نمود. اما در این پژوهش اضطراب و کیفیت زندگی بیماران روان‌تنی تحت درمان شناختی - رفتاری و دارویی با بیماران روان‌تنی تحت درمان دارویی مورد مقایسه قرار می‌گیرد. سؤال اصلی پژوهش این است که: آیا اضطراب و کیفیت زندگی در بیماران روان‌تنی تحت درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی و بیماران روان‌تنی تحت درمان دارویی متفاوت است؟ و با توجه به این سؤال این فرضیه‌های دو دامنه

1. Skinner, B.F and Joseph Wolpe
2. Albert Ellis and Aaron T. Beck
3. Szebeni-Kovács
4. Landsman-Dijkstra, van Wijck, & Groothoff
5. Loew & Rittmann

را تشکیل می‌دهیم که: ۱- اضطراب در بیماران روان‌تنی تحت درمان شناختی-رفتاری و دارویی و بیماران روان‌تنی تحت درمان دارویی متفاوت است. ۲- کیفیت زندگی در بیماران روان‌تنی تحت درمان شناختی-رفتاری و دارویی و بیماران روان‌تنی تحت درمان دارویی متفاوت است.

## روش

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه آزمایشی و علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش تعداد ۷۰ نفر از بیمارانی بودند که در سال‌های ۱۳۹۲ تا سال ۱۴۰۱ از شهرستان‌های مختلف استان گیلان به کلینیک سلامت روان در لاهیجان مراجعه و به‌وسیله روان‌پزشک کلینیک، مورد معاینه و ارزیابی قرار گرفتند و سایکو سوماتیک (روان‌تنی) تشخیص داده شدند. از بین آن‌ها تعداد ۳۸ نفر به شیوه هدفمند و با توجه به معیارهای ورود و خروج، که واجد شرایط شرکت در پژوهش تشخیص داده شدند، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه و هر گروه ۱۹ نفر جایگزین شدند. معیارهای ورود به جلسات عبارت بودند از: ۱- تشخیص سایکوسوماتیک (روان‌تنی) ۲- نداشتن مشکل خوردن دارو ۳- داشتن اضطراب ۴- عدم استفاده قبلی از مشاوره مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری و معیارهای خروج عبارت بودند از: (۱) انصراف از ادامه همکاری (۲) امتناع از تکمیل کردن پرسشنامه (۳) غیبت بیش از دو جلسه. شرکت‌کنندگان ۳۸ نفر بودند که در دو گروه و در هر گروه ۱۹ نفر (۵۰٪) جایگزین شدند. از این تعداد ۲۳ نفر زن (۶۰/۵٪) و ۱۵ نفر مرد (۳۹/۵٪) بودند. از لحاظ تحصیلات ۲۶ نفر (۶۸/۴٪) دیپلم و زیر دیپلم بودند. ۲ نفر (۵/۳٪) فوق دیپلم و ۶ نفر (۱۵/۸٪) لیسانس و ۴ نفر (۱۰/۵٪) ارشد و بالاتر بودند. از لحاظ سنی ۵ نفر (۱۳٪/۲) در گروه سنی ۲۵-۲۰ و ۷ نفر (۱۸/۴٪) در گروه سنی ۳۰-۲۶ و ۱۲ نفر (۳۱/۶٪) در گروه سنی ۳۵-۳۱ و ۱۴ نفر (۳۶/۸٪) در گروه سنی ۳۶ و بالاتر بودند. گروه اول علاوه بر دارودرمانی، ۸ جلسه و هر جلسه یک و نیم ساعت و هفته‌ای یک جلسه، مورد مداخله درمان شناختی-رفتاری، بر اساس محتوای پروتکل درمانی بک (بک و هیگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴)، قرار گرفت. گروه دوم فقط دارودرمانی شد و مورد مداخله درمان شناختی-رفتاری قرار نگرفت. داروهای مورد استفاده برای درمان اضطراب در این بیماران از گروه بنزودیازپین‌ها بود که با توجه به شدت اضطراب نوع خاصی از آن‌ها مثل آلپروزام، تریازولام، فلورازپام و نیترازپام مورد استفاده قرار گرفت. هر دو گروه به‌وسیله پرسشنامه اضطراب کتل و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، پس از درمان، مورد آزمون قرار گرفتند. گروه دوم نیز پس از آزمون مورد مداخله شناختی-رفتاری قرار گرفت تا منشور اخلاقی رعایت شده باشد. سپس داده‌های جمع‌آوری شده به‌وسیله نرم‌افزار spss20 با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل و مقایسه آماری قرار گرفت.

## ابزارهای پژوهش

پرسشنامه اضطراب کتل دارای ۴۰ ماده است که در یک طیف ۳ درجه‌ای ۰ تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود و سپس جمع نمرات به وسیله جدول تراز می‌شوند. این مقیاس بر اساس پژوهش‌های گسترده‌ای مورد بررسی قرار گرفته و احتمالاً مؤثرترین ابزاری است که به صورت یک پرسشنامه کوتاه و برای سنجش اضطراب، فراهم آمده است. مجموع نمره ۲۰ سؤال اول اضطراب پنهان و مجموع نمره ۲۰ سؤال دوم اضطراب آشکار را نشان می‌دهد که مجموع نمره این ۴۰ سؤال نمره کل اضطراب را نشان می‌دهد. پرسشنامه اضطراب کتل از اعتبار و روایی لازم برخوردار است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس اضطراب صفت ۰/۵۹، اضطراب حالت ۰/۶۹ و برای کل مقیاس ۰/۷۷ ذکر گردیده است. نمره بیشتر حاکی از اضطراب بالاتر است (سالاری فر و پوراعتماد، ۱۳۹۰).

پرسشنامه ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، که کیفیت زندگی را به صورت کلی و عمومی می‌سنجد، دارای ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با ۲۴ سؤال است (هریک از حیطه‌ها به ترتیب دارای، ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است). در ضمن این پرسشنامه دو سؤال دیگر دارد که به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت‌کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیر مزمن تقسیم شدند، پایایی آزمون، باز آزمون برای زیرمقیاس با استفاده از شاخص همبستگی درون خوشه‌ای به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد و روایی آن مطلوب گزارش شده است. سازگاری درونی با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که در جدول شماره ۱ آمده است (نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد، مجدزاده، ۱۳۸۵).

جدول ۱. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای نشان دادن سازگاری درونی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

زیرمقیاس	گروه سالم، تعداد = ۷۰۰	گروه بیمار، تعداد = ۳۶۷
سلامت جسمانی	۰/۷۰	۰/۷۲
سلامت روان	۰/۷۳	۰/۷۰
روابط اجتماعی	۰/۵۵	۰/۵۲
سلامت محیط	۰/۸۴	۰/۷۲

## روش اجرا

جامعه آماری این پژوهش را تعداد ۷۰ نفر از بیماران استان گیلان مراجعه‌کننده به مرکز جامع توان بخشی اعصاب و روان لاهیجان که تشخیص سایکوسوماتیک (روان تنی) داده شدند، تشکیل دادند که از بین آن‌ها تعداد ۳۸ نفر به شیوه هدفمند، و با توجه به معیارهای ورود و خروج مداخله که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند. برای افراد نمونه علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش را امضاء نمودند. سپس نمونه‌ها در دو گروه ۱۹ نفری به شیوه تصادفی تقسیم شدند. گروه اول علاوه بر دارودرمانی، ۸ جلسه درمان شناختی-رفتاری و هر جلسه به مدت یک و نیم ساعت (هفته‌ای یک‌بار) را بر اساس بسته درمانی بک (بک و هیگ، ۲۰۱۴)، دریافت نمود و گروه دوم فقط دارودرمانی شد و تحت مداخله‌ای درمان شناختی - رفتاری قرار نگرفت. معیارهای حذف شرکت‌کننده از پژوهش عبارت بودند از (۱) انصراف از ادامه همکاری (۲) امتناع از تکمیل کردن پرسشنامه (۳) غیبت بیش از دو جلسه. پروتکل آموزشی توسط یک متخصص روانشناسی بالینی دارای تخصص درمان شناختی- رفتاری با روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و تمرین عملی مهارت‌ها در مرکز جامع توان بخشی اعصاب و روان لاهیجان و به صورت گروهی در ماه‌های خرداد و تیر ۱۴۰۱ اجرا شد. سه روز پس از مداخله، هر دو گروه از نظر اضطراب و کیفیت زندگی به وسیله پرسشنامه‌های استاندارد اضطراب کتل و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، مورد آزمون قرار گرفتند. گروه دوم نیز پس از آزمون مورد مداخله شناختی-رفتاری قرار گرفت، تا منشور اخلاقی رعایت شده باشد. سپس داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله نرم‌افزار SPSS20 با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل و مقایسه آماری قرار گرفت.

**پروتکل درمانی:** محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری (CBT) از محتوای پروتکل درمانی بک (بک و هیگ، ۲۰۱۴)، اقتباس گردیده است. در جدول شماره ۲ محتوا و تکلیف جلسات درمان شناختی- رفتاری به تفکیک جلسات آورده شده است.

جدول ۲ - ساختار جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی خود، بررسی ماهیت بیماری روان‌تنی، کشف مشکلات همبود، ارزیابی تحریفات شناختی، آموزش مفهوم مثلث شناختی، و درنهایت تعیین تکلیف.
جلسه دوم	مرور مطالب و تکلیف جلسه قبلی، آموزش تمثیل سوت زدن داور، آموزش مدل A-B-C، و آموزش تمرین تصور هدایت‌شده، و درنهایت تعیین تکلیف.
جلسه سوم	مرور جلسه قبلی، آموزش مهارت‌های آرام‌سازی همراه با تمرین، توضیح در مورد بیماری و اضطراب، آموزش افکار خودکار، بیان پیامدهای رفتاری باورها، آموزش روش‌های توجه برگردانی، و درنهایت تعیین تکلیف.
جلسه چهارم	مرور مطالب و تکلیف جلسه قبل، تهیه فهرست باورها و فرض‌های بنیادین، تمرین نقشه‌های شناختی و آموزش فنون مواجهه تجسمی برای کاهش ترس و اضطراب، آموزش حل مسئله، آموزش تمثیل فاجعه، و درنهایت تعیین تکلیف.
جلسه پنجم	مرور مطالب و تکلیف جلسه قبل، فرونشانی خشم، تحلیل همسانی و تمرین، و تعیین تکلیف فهرست کردن کارهایی که قبلاً از انجام دادن آن‌ها لذت می‌برده ولی آن لذت نمی‌برد.
جلسه ششم	مرور مطالب و تکلیف جلسه قبل و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی و جایگزین کردن افکار منطقی، بحث در مورد تأثیر به‌کارگیری مهارت‌های حل مسئله در زندگی شخصی و اجتماعی، تعریف ارتباط و عناصر آن، آشنایی با مهارت‌های ارتباطی مؤثر و ویژگی آن و آموزش شیوه‌های مؤثر مذاکره و رفع اختلاف، و درنهایت تعیین تکلیف.
جلسه هفتم	بررسی مطالب و تکلیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر به‌کارگیری رفتار جرئت‌مندانه در زندگی شخصی و اجتماعی مراجع، بررسی تغییرات سازنده‌ای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است و برجسته‌سازی موفقیت مراجع و بحث درباره چگونگی تثبیت تغییرات ایجادشده و درنهایت تعیین تکلیف.
جلسه هشتم	بررسی و مرور مطالب جلسات قبلی و شبیه‌سازی موقعیت‌های واقعی، و بیان خاتمه جلسات درمانی و گرفتن آزمون‌ها.

### نتایج

این بخش شامل جداول آماری حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها هست. اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرها در جدول شماره ۳ آورده شده است.



جدول ۳: اطلاعات توصیفی مربوط به اضطراب و کیفیت زندگی در دو گروه

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها	متغیرها
۱۹	۹/۴۴	۳۶/۷۹	مشاوره شناختی-رفتاری و دارودرمانی (گروه اول)	اضطراب
۱۹	۶/۷۲	۴۹/۴۲	دارودرمانی (گروه دوم)	
۱۹	۱۲/۹۳	۶۷/۸۱	مشاوره شناختی-رفتاری و دارودرمانی (گروه اول)	کیفیت زندگی
۱۹	۱۸/۲۹	۵۲/۸۳	دارودرمانی (گروه دوم)	
۱۹	۱۲/۶۷	۶۹/۹۲	مشاوره شناختی و رفتاری و دارودرمانی (گروه اول)	زیرمقیاس سلامت جسمی کیفیت زندگی
۱۹	۱۹/۹۳	۴۴/۷۳	دارودرمانی (گروه دوم)	
۱۹	۱۶/۳۵	۶۶/۴۵	مشاوره شناختی-رفتاری و دارودرمانی (گروه اول)	زیرمقیاس سلامت روانی کیفیت زندگی
۱۹	۱۹/۷۳	۵۰/۴۵	دارودرمانی (گروه دوم)	
۱۹	۲۵/۷۰	۶۴/۹۲	مشاوره شناختی-رفتاری و دارودرمانی (گروه اول)	زیرمقیاس روابط اجتماعی کیفیت زندگی
۱۹	۲۰/۵۸	۶۰/۵۳	دارودرمانی (گروه دوم)	
۱۹	۱۴/۶۸	۶۸/۰۹	مشاوره شناختی-رفتاری و دارودرمانی (گروه اول)	زیرمقیاس سلامت محیطی کیفیت زندگی
۱۹	۱۸/۶۹	۵۹/۰۴	دارودرمانی (گروه دوم)	
۱۹	۱۴/۶۲	۶۷/۷۶	مشاوره شناختی-رفتاری و دارودرمانی (گروه اول)	زیرمقیاس سلامت عمومی کلی کیفیت زندگی
۱۹	۲۶/۶۸	۵۰	دارودرمانی (گروه دوم)	

جدول شماره ۳ نشان داد که میانگین اضطراب در گروه اول برابر ۳۶/۷۹ بود که با میانگین اضطراب در گروه دوم که برابر ۴۹/۴۲ بود، متفاوت بوده است. همچنین میانگین کیفیت زندگی در گروه اول برابر ۶۷/۸۱ بوده است که با میانگین کیفیت زندگی گروه دوم که برابر ۵۲/۸۳ بود، متفاوت بوده است. برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای دو گروه از آزمون لون استفاده شد. آزمون لون محاسبه شده برای متغیر اضطراب [  $F_{3,61} = 1/613$  و  $P = 0/212 > 0/05$  ] و برای کیفیت زندگی [  $F_{3,61} = 2/693$   $P = 0/109 > 0/05$  ] بوده است که به لحاظ آماری معنی دار نبود، بنابراین واریانس‌ها برابر و همگنی واریانس‌ها تأیید شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کالموگروف اسمیرنف استفاده شد. مقدار  $Z$  محاسبه شده برای متغیر اضطراب به صورت [  $p = 0/907 > 0/05$  ] و  $p = 0/565$  ] و برای متغیر کیفیت زندگی به صورت [  $p = 0/821 > 0/05$  ] و  $Z = 0/631$  ] بوده است که به لحاظ آماری معنی دار نبود. بنابراین نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید گردید. برای بررسی مستقل بودن داده‌ها از آزمون RUNS استفاده شد. آزمون RUNS محاسبه شده برای متغیر اضطراب به صورت [  $P = 0/913 > 0/05$  ] و  $Z = -0/109$  ] و برای متغیر کیفیت زندگی به صورت [  $P = 0/446 > 0/05$  ]

۰/۷۶۲ [  $Z = -$  ] بوده است که از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. بنابراین مستقل بودن داده‌ها تأیید گردید. با توجه به مطالب بالا در استفاده از روش تحلیل داده‌ها با اندازه‌گیری مکرر محدودیتی وجود ندارد.

جدول ۴: بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین‌های اضطراب و کیفیت زندگی در دو گروه

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذور	نسبت F	معنی‌داری	$\eta^2$ (مجذور اتا)
	اضطراب	۱۵۱۵/۷۹	۳۶ و ۱	۱۵۱۵/۷۹	۲۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸۶
	کیفیت زندگی	۲۱۳۱/۶۵	۳۶ و ۱	۲۱۳۱/۶۵	۸/۵۰	۰/۰۰۶	۰/۱۹۱
	زیرمقیاس سلامت جسم	۶۰۲۷/۳۴	۳۶ و ۱	۶۰۲۷/۳۴	۲۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵
	زیرمقیاس سلامت روان	۲۴۳۳/۲۸	۳۶ و ۱	۲۴۳۳/۲۸	۷/۴۱	۰/۰۱	۰/۱۷۱
	زیرمقیاس روابط اجتماعی	۱۸۲/۸۷	۳۶ و ۱	۱۸۲/۸۷	۰/۳۳۷	۰/۵۶۵	۰/۰۰۹
گروه‌ها	زیرمقیاس سلامت محیطی	۷۷۷/۳۵	۳۶ و ۱	۷۷۷/۳۵	۲/۷۵۳	۰/۱۰۶	۰/۰۷۱
	زیرمقیاس سلامت عمومی کلی	۲۹۹۷/۵۳	۳۶ و ۱	۲۹۹۷/۵۳	۶/۴۸	۰/۰۱۵	۰/۱۵۲

جدول شماره ۴ نشان داد که تفاوت میانگین اضطراب در گروه اول و گروه دوم معنی‌دار بود. و سطح معنی‌داری به صورت  $P = ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$  بوده است. ستون مجذور اتا نشان داد که سهم متغیر مشاوره در این تغییرات برابر ۳۸٪ بوده است. همچنین جدول شماره ۴ نشان داد که تفاوت میانگین کیفیت زندگی در دو گروه معنی‌دار بوده است. سطح معنی‌داری به صورت  $P = ۰/۰۰۶ < ۰/۰۵$  بوده است. ستون مجذور اتا نشان داد که سهم متغیر مداخله‌ای مشاوره در این تغییرات برابر ۱۹٪ بوده است.

جدول ۵- جهت بررسی حد بالا و حد پایین فاصله اطمینان ۹۵٪ میانگین متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	گروهها	میانگین	خطای استاندارد	۹۵٪ فاصله اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
اضطراب	گروه اول	۳۶/۷۹	۱/۸۸	۳۲/۹۸	۴۰/۶۰
	گروه دوم	۴۹/۴۲	۱/۸۸	۴۵/۶۱	۵۳/۲۳
کیفیت زندگی	گروه اول	۶۷/۸۱	۳/۶۳	۶۰/۴۴	۷۵/۱۸
	گروه دوم	۵۲/۸۳	۳/۶۳	۴۵/۴۶	۶۰/۲۰
زیرمقیاس سلامت جسمی	گروه اول	۶۹/۹۲	۳/۸۳	۶۲/۱۵	۷۷/۶۹
	گروه دوم	۴۴/۷۳	۳/۸۳	۳۶/۹۶	۵۲/۵۱
زیرمقیاس سلامت روان	گروه اول	۶۶/۴۵	۴/۱۶	۵۸/۰۲	۷۴/۸۸
	گروه دوم	۵۰/۴۵	۴/۱۶	۴۲/۰۲	۵۸/۸۸
زیرمقیاس روابط اجتماعی	گروه اول	۶۴/۹۲	۵/۳۴	۵۴/۰۹	۷۵/۷۵
	گروه دوم	۶۰/۵۳	۵/۳۴	۴۹/۷۰	۷۱/۳۶
زیرمقیاس سلامت محیطی	گروه اول	۶۸/۰۹	۳/۸۵	۶۰/۲۷	۷۵/۹۱
	گروه دوم	۵۹/۰۴	۳/۸۵	۵۱/۲۳	۶۶/۸۶
زیرمقیاس سلامت عمومی کلی	گروه اول	۶۷/۷۶	۴/۹۳	۵۷/۷۵	۷۷/۷۷
	گروه دوم	۵۰	۴/۹۳	۳۹/۹۹	۶۰/۰۱

جدول شماره ۵ نشان داد که در تمام موارد بین حد پایین و حد بالای میانگین متغیرها عدد صفر وجود نداشته و بنابراین تفاوت متغیرها در دو گروه با اطمینان ۹۵٪ معنی دار بوده است. بنابراین فرضیه صفر رد شد و فرضیه‌های پژوهش تأیید گردید.

## بحث

هدف این پژوهش مقایسه اضطراب و کیفیت زندگی در بیماران روان تنی تحت درمان شناختی-رفتاری و دارویی با بیماران روان تنی تحت درمان دارویی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که: میانگین متغیر اضطراب در گروه روان تنی تحت درمان شناختی-رفتاری و دارویی (گروه اول) و گروه روان تنی تحت درمان دارویی (گروه دوم) متفاوت بود و این تفاوت معنی دار بود و نظر به این که میانگین اضطراب در گروه اول کمتر از گروه دوم بوده است، حاکی از مؤثر بودن مداخله شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب افراد دارای اختلال روان تنی بوده است. در نتیجه فرضیه اول این پژوهش مبنی بر این که: «اضطراب در بیماران روان تنی تحت درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی و بیماران روان تنی تحت درمان دارویی متفاوت است» تأیید گردید. این نتیجه با نتایج تحقیقات (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۱؛ مولر و همکاران، ۲۰۱۸؛ آو و همکاران، ۲۰۱۶؛ چاوشی و همکاران، ۲۰۱۷)، همسو بود. در تبیین این نتیجه

می‌توان گفت: مدل شناختی عمومی پیشنهاد می‌کند که اختلالات بالینی، که فرآیندهای اساسی مشترک دارند، می‌توانند بر اساس ماهیت باورهای ناکارآمدشان متمایز شوند. طرح‌واره‌ها، که در پردازش اطلاعات نقش اساسی دارند، باورها، انتظارات، ارزیابی‌ها و نسبت دادن‌های مختلف را منعکس می‌کنند و برای سفارش تجربه روزمره به کار می‌روند. هنگامی که پردازش اطلاعات تحریف می‌شود، نظام‌های دیگر (به‌عنوان مثال، عاطفی، انگیزشی، رفتاری) شروع به کار کردن به شیوه‌ای ناسازگار می‌کنند و باعث بروز علائم اختلالات بالینی می‌شوند. طرح‌واره‌ها دارای تعدادی ویژگی با پیامدهای مستقیم برای تبدیل عملکرد سازگار به ناسازگار هستند. طرح‌واره‌های ناکارآمد با بار زیاد با علائم روانی مرتبط هستند. طرح‌واره‌ها را می‌توان در پاسخ به اطلاعات جدید قوی (مانند مداخلات درمانی) اصلاح کرد. طرح‌واره‌های اصلاح‌شده سازگار، طرح‌واره‌های ناکارآمد را غیرفعال می‌کنند که منجر به کاهش علائم می‌شود (بک و هیگ، ۲۰۱۴). در چارچوب مدل نظری، ما مشکلات روان‌شناختی را نتیجه اغراق در باورها، عواطف و رفتارهایی می‌دانیم که معمولاً در برخورد با مشکلات و ارضای اهداف، مفید هستند. مشکلات زمانی رخ می‌دهند که باورها به‌طور قابل‌توجهی تحریف شوند. مارپیچ فزاینده سوگیری‌های شناختی، تأثیر را تشدید می‌کند و رفتارهای سازگارانه را به رفتارهای ناسازگار تبدیل می‌کند. ترکیبی از باورها، هیجانات و رفتارهای ناسازگار، علائم یک اختلال را تشکیل می‌دهند. اصطلاح باور نماینده‌ای است برای مجموعه‌ای از انتظارات، ارزیابی‌ها، خاطرات و تصاویر که محتوای طرح‌واره‌های شناختی را تشکیل می‌دهند. طرح‌واره‌ها ساختار مرکزی در پردازش اطلاعات را تشکیل می‌دهند، در حالی که محتوای آن‌ها یعنی (باورها)، معنا را ارائه می‌دهد. طرح‌واره‌ها دارای یک تمایل فعال شدن از نهفته تا پربار هستند. فعال شدن تدریجی یک طرح‌واره از شدت کم به زیاد، سازگاری طبیعی را به اختلال روانی تبدیل می‌کند، به طوری که باورها، عواطف و رفتارها، بیش‌ازحد برجسته می‌شوند. هنگامی که اطلاعات جدیدی که با باورهای مغرضانه در تضاد است به طرح‌واره‌ها وارد می‌شود، طرح‌واره‌ها ممکن است غیرفعال شوند و علائم فروکش کنند. اصلاح باور با این روش ممکن است توسط مداخلات خاص یا عوامل غیراختصاصی ایجاد شود. اصلاح درازمدت باور، که با عدم عود و عدم واکنش باور نشان داده می‌شود، با شناخت درمانی رخ می‌دهد (بک و هیگ، ۲۰۱۴). مطالعات در مورد درمان شناختی - رفتاری در اختلالات اضطرابی از کارآمدی و اثربخشی این روش‌ها پشتیبانی می‌کند، اکثر تحقیقات فعلی سودمندی ارائه‌شده مواجهه درمانی در درمان اختلالات اضطرابی را نشان می‌دهند (کاژکورکین و فوآ، ۲۰۱۵). مرورهای فرا تحلیلی مطالعات درمان شناختی-رفتاری در اختلالات اضطرابی عموماً اندازه اثرهای بزرگی را برای اکثر مطالعات درمانی پیدا کرده است. براین اساس، بررسی‌های اخیر که نتایج فرا تحلیل‌های متعدد این درمان در اختلالات اضطرابی را خلاصه کردند، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی - رفتاری، در درمان اضطراب، بسیار مؤثر است (اوته<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). درمان شناختی- رفتاری براین فرض قرار دارد که، افراد مبتلا به اختلال اضطراب، الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخ‌دهی به محیط را یاد گرفته‌اند و همچنین فاقد راهبردهای مقابله‌ای مؤثر

هستند. از این دیدگاه، فرد مبتلا به اختلال اضطراب، به خاطر اینکه بجای رفتار سازنده، مستعد درک تهدید، پاسخ اجتنابی و ناتوانی است، از نگرانی و اضطراب مفرط رنج می‌برد. بعد از سال‌ها شناسایی تهدیدهای بالقوه و پاسخ‌دهی به صورت اضطراب، نگرانی و اجتناب، این مراجع الگوهای پاسخ‌دهی خودکار و مداوم را پیدا می‌کنند. افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی مداوم و تکرارشونده هستند، بنابراین در نهایت این زنجیره کاملاً خارج از آگاهی قرار می‌گیرد. با توجه به این‌که، اصلی‌ترین ملاک اختلال اضطراب، عامل نگرانی هست، لذا با استفاده از درمان شناختی و رفتاری و محتوای شناختی جلسات درمانی و تغییر ادراکی بیماران، سبک پردازش آن‌ها تغییر می‌کند و در نتیجه با روش‌های تحلیل منطقی، راهبردهای جدیدی برای حل مسائل بیماران مطرح می‌شود. نظر به اینکه اضطراب، اختلالی است که از تعامل مؤلفه‌های فیزیولوژی، شناختی و رفتاری به وجود می‌آید درمان جامع شناختی-رفتاری می‌تواند اثربخشی بالایی در مورد آن داشته باشد. در مورد دلایل اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اضطراب می‌توان به مؤلفه‌های این درمان اشاره کرد. فنونی که مؤلفه فیزیولوژیکی اضطراب را هدف قرار می‌دهند شامل آموزش تنفس دیافراگمی یا عمیق، آموزش آرمیدگی پیش‌رونده و آموزش آرمیدگی ذهنی است. این فنون مؤلفه جسمانی و فیزیولوژیکی اضطراب را مورد هدف قرار می‌دهند. مراجع با آموزش این فنون یاد می‌گیرند که در برابر نشانه‌ها و راه‌اندازهای اضطراب به‌طور مناسب مقابله کنند، به‌طوری‌که سطح پایه تنش جسمانی را کاهش دهند. این راهبردها را می‌توان مهارت‌های تنظیم هیجانات اساسی دانست که معمولاً بیماران مبتلا به اضطراب فاقد آن هستند. تمرین آرمیدگی مستلزم آن است که فرد توجه خود را بر زمان حال و اینجا و اکنون متمرکز کند و به همین دلیل برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب مناسب است، چراکه ماهیت نگرانی معطوف به آینده است (دهشیری، ۱۳۹۱).

در درمان شناختی-رفتاری اعتقاد بر این است که مشکلات افراد مربوط به تحریفات و نقص‌های شناختی هستند. مداخلاتی که تحریفات شناختی را مورد هدف قرار می‌دهند، برافزایش آگاهی افراد از شناخت‌های غیرمنطقی و بدکنشی باورها و طرح‌واره‌ها تمرکز می‌نمایند و بر تسهیل درک آن‌ها از تأثیر این موارد بر رفتار و هیجانات تأکید دارند. در این روش درمانی با تمرکز بر افکار ناکارآمد که دلیل اولیه استرس و افسردگی شناخته می‌شود و تعدیل این افکار از طریق تخلیه هیجانی و یا شناخت بیشتر هیجانات و کنترل بر آن‌ها فشار روانی کاهش می‌یابد. در حقیقت این روش درمانی باور دارد در صورتی‌که بتوانیم به شکلی صحیح افکار ناکارآمد بیماران را به جدال بطلبیم، از طریق کاهش تأثیر این افکار می‌توانیم میزان اضطراب و فشار روانی را در آن‌ها کاهش دهیم و باعث بهبود سلامت روانی این بیماران شویم (سعادت مومنی، آقاییوسفی، خواجه وند خوشلی، رستمیان، ۱۳۹۹). در راهبردهای شناختی رفتاری در درجه اول بر فرایندهای فکری مرتبط با رفتار که با مشکلات هیجانی و رفتاری ارتباط دارند، تأکید می‌شود. با کمک به مراجع، او برای تغییر افکار خود در مورد تجارب فردی و تغییر در رفتار خویش تشویق می‌شود به‌طوری‌که این امر منجر به تغییر در احساس به خود، مراجع می‌گردد. در واقع این درمان با ایجاد ارزیابی‌های واقع‌بینانه و شناخت مناسب، سبب می‌شود که فرد روش‌های

مقابله مطلوبی را در جهت رفع یا مهار عامل استرس‌زا استفاده نماید. این درمان با تغییر شناخت فرد، نسبت به خود و توانایی‌های خود، باعث می‌شود که فرد احساس بیگانگی از خود را ترک کند، احساس ارزشمند بودن داشته باشد و این به نوبه خود باعث افزایش احساس تعهد و مهار در فرد می‌شود. شیوه شناختی رفتاری با آموزش صحیح راهبردهای مقابله‌ای سبب می‌شود که افراد حس کنترل درونی بالایی داشته باشند. به عبارت دیگر، حس کارآمدی و کفایت بالا در این بیماران آن‌ها را به سوی کنترل مناسب در زندگی سوق می‌دهد. به طور کلی، این افراد با تکیه بر احساس کارآمدی و کفایت بالا در کنترل موقعیت‌های استرس‌زا، مشکلات زندگی را کنترل‌پذیر دانسته، اثرات منفی عاطفی آن را کمتر برآورد می‌کنند (بیات، توکلی و قنادی برادران، ۱۴۰۱). همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که: میانگین متغیر کیفیت زندگی در گروه افراد روان‌تنی تحت درمان شناختی- رفتاری و دارویی (گروه اول) و گروه افراد روان‌تنی تحت درمان دارویی (گروه دوم) متفاوت بود و این تفاوت معنی‌دار بوده است و نظر به این که میانگین کیفیت زندگی در گروه اول بیشتر از گروه دوم بوده است، نشان از مؤثر بودن مداخله شناختی- رفتاری در افزایش کیفیت زندگی در افراد دارای اختلال روان‌تنی بوده است. در نتیجه فرضیه دوم این پژوهش مبنی بر این که: کیفیت زندگی در افراد روان‌تنی تحت درمان شناختی- رفتاری و دارویی و بیماران روان‌تنی تحت درمان دارویی متفاوت است، تأیید گردید. این نتیجه با نتایج تحقیقات (لندزمن - دایکسترا و همکاران، ۲۰۰۶؛ شاه و همکاران، ۲۰۱۱؛ لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۱)، همسو بود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت: وقتی که فرد از طریق آموزش‌های شناختی- رفتاری یاد می‌گیرد که بر اینجا و اکنون تمرکز کرده و از آینده‌نگری‌های نگران‌کننده و بی‌فایده دوری کند (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۳)، به طور منطقی، خود و زندگی‌اش را از بند تفکرات منفی و نگران‌کننده رها می‌کند و به این وسیله نشاط بیشتر، درد کمتر، سلامتی عمومی و عاطفی بالاتری نسبت به کسانی که چنین رویه‌های شناختی و رفتاری را در زندگی در پیش نمی‌گیرند، تجربه خواهند کرد. البته قبل از احساس نشاط بیشتر، درد کمتر، سلامت عمومی و عاطفی بالاتر، حالات عاطفی منفی‌شان کاهش و در مقابل حالات عاطفی مثبت‌شان تقویت می‌گردد. از طرف دیگر شواهد حاصل از مطالعات گسترده و فراگیر، حاکی از آن است که آموزش‌های شناختی- رفتاری با یاری‌رساندن به انسان‌ها، برای مقابله با واکنش‌های هیجانی منفی و اصلاح، شناخت غیرمنطقی، افراد را به زندگی خوش‌بین‌تر و امیدوارتر می‌کند (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۳). با این حال، مشخص شده است که متغیرهای شخصی، اجتماعی و بالینی متعددی علاوه بر خدمات سلامت روان می‌توانند بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارند. شناسایی این متغیرها به منظور برنامه‌ریزی خدماتی که کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی بهبود می‌بخشد، مهم است. این متغیرها شامل عوامل اجتماعی- جمعیتی مانند جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت شغلی (بیمارانی که سن بالاتری دارند، سطح تحصیلات بالاتری دارند، وضعیت مالی بهتری دارند، یک شغل یا فعالیت اصلی) و ترتیب زندگی، و متغیرهای بالینی مانند اولین بستری شدن در بیمارستان در سنین پایین، بستری طولانی مدت، نوع فرعی پارانوئید و آسیب‌شناسی روانی علائم مثبت و منفی. علاوه بر این عوامل، سبک‌های مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و

رضایت با اطمینان از ارزش، نیز با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری روانی شدید ارتباط نشان داده‌اند (شاه و همکاران، ۲۰۱۱). فنون شناختی - رفتاری به بیماران کمک می‌کنند تا استرس مرتبط با بیماری را کاهش دهند و مهارت‌های مقابله‌ای خود را افزایش دهند. نتیجه به‌کارگیری این فنون بهبود مهارت‌های مراقبتی از خود و افزایش کنترل علائم بیماری است. تحقیقات نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری، افسردگی، اضطراب و ناتوانی ناشی از اختلال روان‌تنی را به‌طور قابل توجهی کاهش می‌دهد. در مدل شناختی- رفتاری افراد از طریق آشنایی با الگوی شناختی به شناسایی افکار برانگیزاننده علائم منفی، خصوصاً افکار مربوط به اضطراب دست می‌یابند. همچنین افراد از طریق افزایش آگاهی و اطلاعات در مورد بیماری و نیز مشکلات رایج، مثل واریسی مکرر نشانه‌های بدنی، رفتارهای اجتنابی که اشتغال ذهنی را تداوم می‌بخشند، با فن‌های صحیح مقابله، با فشار روانی، آشنا می‌شوند. پژوهش‌ها نشان دادند که تغییر شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای به شیوه‌های کارآمد می‌تواند در روش کنترل بیماری و بهبود کیفیت زندگی مورد توجه قرار گیرد. در بهبود کیفیت زندگی، برنامه‌های مداخله‌ای شامل فنون رفتاری، مانند آرمیدگی، تنفس شکمی عمیق و فن‌های شناختی مثل خودگردانی و بازسازی شناختی می‌تواند به بیماران کمک نماید تا کیفیت زندگی و حوزه‌های مهم آن را بهبود بخشند و به احساس خودکارآمدی در تعاملات اجتماعی دست یابند (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۱؛ فرید حسینی، ترکمنی، لایق، ناهیدی و ناهیدی، ۱۳۹۵؛ بابا پور و همکاران، ۱۳۹۸؛ محمودی، مداحی، پورشریفی، مسچی، ۱۳۹۸؛ رضائی کوخدان، درتاج، قائمی، حاتمی و دلاور، ۱۴۰۰). از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم‌سوادی و جمع کردن این افراد تحت شرایط همه‌گیری بیماری ویروس کرونا (کوید ۱۹) را نام برد. با توجه به مطالب بالا در مورد نقش مؤثر مداخله مشاوره مبتنی بر شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی بیماران روان‌تنی، پیشنهاد می‌شود که از تخصص مشاوره در مراکز روان‌پزشکی و بیمارستان‌های روانی در کنار دارودرمانی، برای درمان اختلالات روانی استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

از تمام همکاران محترم مرکز جامع توان‌بخشی اعصاب و روان لاهیجان (کلینیک سلامت روان لاهیجان) چه در بخش درمان و چه در بخش اداری که در این پژوهش با ما همکاری نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

## منابع

- افشاری افروز، افشار حمید، شفیعی کتایون، ادیبی ندا (۱۳۹۲). رابطه بین الکسی تایمیا و مؤلفه‌های آن با اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی پوست. طب داخلی روز، ۱۹ (۵)، ۳۳-۳۹  
<http://imtg.gmu.ac.ir/article-1-1811-fa.html>
- باباپور جلیل، زینالی شیرین، عظیمی فاطمه، چاووشی سیده‌ادی (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روانی پرستاران بخش سرطان: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. آموزش پرستاری، ۸ (۴)، ۲۶-۳۲  
<http://jne.ir/article-1-1042-fa.html>
- بابامیری محمد، نیسی عبدالکامم، ارشادی نسرين، ظهیری آزیئا و صلاحیان افشین. (۱۳۹۵). بررسی الگوی عدم تعادل تلاش- پاداش و تقاضا- کنترل-حمایت در بروز علائم روان‌تنی، روانشناسی سلامت، ۵ (۱۹)، ۳۳-۴۴  
[https://hpi.journals.pnu.ac.ir/article\\_1979.html?lang=fa](https://hpi.journals.pnu.ac.ir/article_1979.html?lang=fa)
- بیات بهاره، توکلی بنت الهدی و قنادی برادران، نازیلا. (۱۴۰۱). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری و پریشانی روانشناختی زنان مواجهه شده با خیانت همسر. خانواده درمانی کاربردی، ۳ (۱)، ۲۲۲-۲۰۷  
doi: 10.22034/aftj.2022.265367.1048  
[https://www.aftj.ir/article\\_143224.html?lang=fa](https://www.aftj.ir/article_143224.html?lang=fa)
- دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. روان شناسی بالینی، ۴ (۲)، ۲۸-۱۹  
doi: 10.22075/jcp.2017.2085  
[https://jcp.semnan.ac.ir/article\\_2085.html?lang=fa](https://jcp.semnan.ac.ir/article_2085.html?lang=fa)
- رضائی کوخدان فاطمه، درتاج فریبرز، قائمی فاطمه، حاتمی محمد و دلاور علی (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب، کنترل متابولیک و کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو. سلامت اجتماعی، ۸ (۴)، ۹۲-۱۰۲  
<https://doi.org/10.22037/ch.v8i4.31285>  
<https://journals.sbm.ac.ir/ch/index.php/ch/article/view/31285>
- سالاری فر محمد حسین، پوراعتماد حمیدرضا (۱۳۹۰). رابطه باورهای فراشناختی با اختلال افسردگی و اضطراب. مجله علمی پژوهشی یافته. ۱۳ (۴)، ۲۹-۳۸  
<http://yafte.lums.ac.ir/article-1-640-fa.html>
- سعادت مومنی نفیسه، آقاییوسفی علیرضا، خواجه وند خوشلی افسانه، رستمیان عبدالرحمان (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی مقابله درمانگری و درمان شناختی- رفتاری در شاخص‌های ایمنی شناختی و بهزیستی روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی تهران. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. ۱۴ (۸)، ۳۹-۴۹  
<http://journal.muq.ac.ir/article-1-2911-fa.html>
- فرید حسینی فرهاد، ترکمنی مرضیه، لایق پوران، ناهیدی یلدا و ناهیدی مهسا. (۱۳۹۵). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۹ (۵)، ۳۳۷-۳۴۴  
doi: 10.22038/mjms.2016.9305



[https://mjms.mums.ac.ir/article\\_9305.html?lang=fa](https://mjms.mums.ac.ir/article_9305.html?lang=fa)

کاظمی آذر، آقایی اصغر، آتش پور حمید و فلاحیان رویا. (۱۳۹۳). تاثیر آموزش مدیریت شناختی-رفتاری (CBM) بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه آزاد خوراسگان(اصفهان). *فصلنامه علمی روشها و مدل‌های روانشناختی*، ۵، (۱۷)، ۳۷-۲۱

<https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1393.5.17.2.6>

لطفی کاشانی فرح، بهزادی صفیه، یاری مرسده (۱۳۹۱). اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی و اضطراب بیماران روده تحریک پذیر. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران*. ۲۲ (۴)، ۳۰۱-۳۰۶

<http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-627-fa.html>

محمودی فرح، مداحی محمدابراهیم، پورشریفی حمید، مسچی فرحناز(۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*. ۸ (۴)، ۴۳-۵۲

<http://jhpm.ir/article-1-1044-fa.html>

نجات سحرناز، منتظری علی، هلاکویی نایینی کورش، محمد کاظم، مجدزاده سیدرضا(۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: (WHOQOL-BREF) ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. ۴ (۴)، ۱-۱۲

<http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html>

Au, Doreen W.H., Tsang, Hector W.H., Lee, Janet L.C., Leung, Christie H.T., Lo, Jennie Y.T., Ngai, Shirley P.C., Cheung, W.M. (2016), « Psychosomatic and physical responses to a multi-component stress management program among teaching professionals: A randomized study of cognitive behavioral intervention (CB) with complementary and alternativ medicine (CAM) approach» *Behavior Research and Therapy* 80, 10-16

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.02.004>

Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 1-24.

doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24387236/>

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>

Castro, E. K., Ponciano, C., Meneghetti, B., Kreling, M., & Chem, C. (2012). Quality of Life, Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Brazilian Adults with Cancer: A Longitudinal Study. *Social Sciences & Humanities*, 3(4), 304-309.

<http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.34043>

Chavooshi, B., Saberi, M., Tavallaie, S. A., & Sahraei, H. (2017). Psychotherapy for Medically Unexplained Pain: A Randomized Clinical Trial Comparing Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavior Therapy. *Psychosomatics*, 58(5), 506-518. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.psym.2017.01.003> <https://doi.org/10.1016/j.psym.2017.01.003>

Ebrahimi, L., Masoumi, M., Hojjati, A., Firozjaie, R., & Abdi, M. (2017). Comparing the Quality of Life and Emotional Intelligence among Patients with Psychosomatic (Type 2 Diabetes) and Healthy Individuals. *NeuroQuantology*, 15(3), 12-19

doi: 10.14704/nq.2017.15.3.1097. <http://dx.doi.org/10.14704/nq.2017.15.3.1097>

- Goetzmann, Lutz., Siegel, Adrian., Ruettner, Barbara (2019), « The connectivity / conversion paradigm - A new approach to the classification of psychosomatic disorders» *New Ideas in Psychology*, 52, 26-33  
<https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2018.08.001>
- Hashiro, Makoto., Okumura, Mutsuko (1997). «Anxiety, depression and psychosomatic symptoms in patients with atopic dermatitis: comparison with normal controls and among groups of different degrees of severity” *Journal of Dermatological Science* 14(1), 63-67 [https://doi.org/10.1016/s0923-1811\(96\)00553-1](https://doi.org/10.1016/s0923-1811(96)00553-1)
- Hüfner, K., Ower, C., Kemmler, G., Vill, T., Martini, C., & Sperner-Unterweger, B. (2018). The effect of physical activity in an alpine environment on quality of life is mediated by resilience in patients with psychosomatic disorders and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 108-109.  
doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.072>  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.072>
- Hüsing, Paul., Löwe, Bernd., Toussaint, Anne (2018), «Comparing the diagnostic concepts of ICD-10 somatoform disorders and DSM-5 somatic symptom disorders in patients from a psychosomatic outpatient clinic» *Journal of Psychosomatic Research*, 113, 74–80  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.08.001>
- Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 337-346. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin>
- King, C. R., & Hinds, P. S. (1998). Quality of life from nursing and patient perspectives: theory, research, practice.  
[https://books.google.co.vi/books?id=4MNRAAAAMAAJ&hl=zh-CN&output=html\\_text&source=gbs\\_book\\_other\\_versions\\_r&cad=5](https://books.google.co.vi/books?id=4MNRAAAAMAAJ&hl=zh-CN&output=html_text&source=gbs_book_other_versions_r&cad=5)
- Korostiy, V (2015). Alexithymia, Aggressiveness and Predictive Ability in Patients with Psychosomatic Diseases and Emotional (anxiety and Depressive) Disorders. *European Psychiatry*, 30, 1251 [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)32006-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)32006-X)
- Korostiy, V.I & Kozhyna, A.M(2012) P-230 - Emotional (anxiety and depressive) disorders in young persons with psychosomatic diseases (clinical structure and pathogenesis-based psychotherapy), *European Psychiatry*, 27, 1  
[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74397-3](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74397-3)
- Landsman-Dijkstra, J. J. A., van Wijck, R., & Groothoff, J. W. (2006). The long-term lasting effectiveness on self-efficacy, attribution style, expression of emotions and quality of life of a body awareness program for chronic a-specific psychosomatic symptoms. *Patient Education and Counseling*, 60(1), 66-79. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.12.003>  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.12.003>
- Loew, T. H., & Rittmann, I. (2015). Slow respiring supported by a periodical mechanic haptic stimulus reduces situative anxiety in psychosomatic patients. A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 611.  
doi :<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.082>  
<https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2015.03.082>
- Müller, M.M., Stein, B., Meyer, L.K., Söllner, W(2018). Psychiatric and Psychosomatic Consultation-Liaison Services in General Hospitals: Systematic Review and Meta-Analysis of Effects on Depression and Anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 121 <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.106>

Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 413-421.

doi: 10.31887/DCNS.2011.13.4/cotte

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263389/>

<https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/cotte>

Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R., & Tyagi, S. (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia, *Psychiatry Research*, 190(2), 200-205

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.034>

Sumi, Katsunori., Kanda, Koji (2002). Relationship between neurotic perfectionism, depression, anxiety, and psychosomatic symptoms: a prospective study among Japanese men, *Personality and Individual Differences*, 32(5), 817-826

[http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00088-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00088-5)

Szebeni-Kovács, G., Németh, J., Oláh, A., Boncz, I., Fullér, N., Szunomár, S. . Pakai, A. (2015). Examination of Stress and Psychosomatic Symptoms In Terms of Nurses&#x2019; Quality of Life. *Value in Health*, 18(7), A745. doi: 10.1016/j.jval.2015.09.2871

<https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.09.2871>

Toumi, Mohamed Lamine., Merzoug, Sameha., Boulassel, Mohamed Rachid (2018). Does sickle cell disease have a psychosomatic component? A particular focus on anxiety and depression. *Life Sciences*, 210, 96-105 . <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2018.08.066>

Yazdanfar, M., Manshaee, G., Agah Herris, M., Alipour, A., & Noorbala, A. (2015). The effectiveness of written emotional disclosure training on psychological well-being and quality of life in psychosomatic disorders. [Original Article]. *Journal of Research and Health*, 5(1), 35-41. <http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-155-en.html>

## Comparison of Anxiety and Quality of Life in Psychosomatic Clients Undergoing Cognitive-behavioral and Drug treatment with Clients Undergoing Drug Treatment

Jahan Sadat Asadi Bijaeyeh<sup>1</sup>, Alireza Eivazi<sup>2,\*</sup>,  
Seyede Zahra Mir Mousavi Nalkiasheri<sup>3</sup>

### Abstract

Psychosomatic illnesses are physical illnesses in which psychological factors are influential in their onset or exacerbation. This study aimed at comparing anxiety and quality of life in psychosomatic clients undergoing cognitive-behavioral and drug treatment with clients undergoing drug treatment. The method was causal-comparative. The statistical population included 70 patients who referred to Specialized Counseling and Mental Health Clinic of Lahijan from different cities of Guilan province with a diagnosis of psychosomatic illness from 2013 to 2022. 38 people were selected as a statistical sample among them, in a purposeful manner and were randomly divided into two groups and 19 people in each group. The first group received both drug treatment and 8 sessions of cognitive-behavioral therapy intervention, based on the content of Beck Treatment Protocol, one and a half hours per session per week. But the second group used only medication. Both groups were tested by the Anxiety Questionnaire and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire. Statistical analysis method was multivariate analysis of variance using SPSS<sup>20</sup> software. The results showed that the average anxiety in the cognitive-behavioral and drug group (first group) and in the drug therapy group (second group) were different and this difference was significant. Also, the average quality of life in the first group and in the second group were different and this difference was significant. Therefore, along with drug therapy, counseling expertise can be effectively used to reduce anxiety and increase the quality of life of psychosomatic patients and treat mental disorders, in psychiatric centers.

**Keywords:** anxiety, psychosomatic, quality of life, cognitive, behavioral

- 
1. Ph.D in Counseling and Counselor of Comprehensive Center of Neurological Rehabilitation in Lahijan, Iran [asadijahan70@gmail.com](mailto:asadijahan70@gmail.com)
  - 2\* Neuropsychiatrists and director of Comprehensive Center of Neurological Rehabilitation in Lahijan, Iran (Corresponding Author) [EIVAZIAR@yahoo.com](mailto:EIVAZIAR@yahoo.com)
  3. Master of Clinical Psychology and Counselor of Comprehensive Center of Neurological Rehabilitation in Lahijan, Iran [Somaveh.mirmosavi@gmail.com](mailto:Somaveh.mirmosavi@gmail.com)