

تأثیر آموزش شناخت‌درمانی گروهی بر اضطراب سلامت دانشجویان پرستاری

نویسندگان:

الهه محمدخانی شالی^۱، احمد علی‌پور^۱، سمیرا حسن‌زاده پشنگ^{۱*}

۱- گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol. 11, No. 2, Summer 2013

چکیده:

مقدمه: اضطراب سلامت، یکی از اختلالات اضطرابی شایع در بین دانشجویان گروه‌های علوم پزشکی است که می‌تواند در عملکرد تحصیلی و شغلی آن‌ها اثر بگذارد. هدف اصلی پژوهش حاضر، مطالعه تأثیر آموزش شناخت‌درمانی گروهی بر اضطراب سلامت دانشجویان پرستاری است.

روش کار: این مطالعه یک تحقیق نیمه آزمایشی روی ۳۰ نفر از دانشجویان رشته پرستاری با نمره اضطراب سلامت بالاتر از میانگین بود. دانشجویان به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. بعد از تکمیل فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت توسط هر دو گروه، شناخت‌درمانی گروهی به مدت دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش آموزش داده شد. سپس هر دو گروه آزمایش و کنترل بار دیگر پرسش‌نامه را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس تک متغیری تحلیل شدند. سطح معناداری آماری، $P \leq 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد آموزش شناخت‌درمانی گروهی، اضطراب سلامت را در دانشجویان پرستاری کاهش می‌دهد ($P \leq 0.017$).

نتیجه‌گیری: آموزش شناخت‌درمانی گروهی در کاهش میزان اضطراب سلامت دانشجویان پرستاری نقش به‌سزایی دارد. بنابراین نتایج پژوهش می‌تواند در برنامه‌ریزی مداخلات درمانی از جمله توسعه برنامه‌های آموزشی دانشجویان علوم پزشکی استفاده شود.

واژگان کلیدی: شناخت‌درمانی، اضطراب، سلامت، دانشجویان پرستاری

J Jahrom Univ Med Sci 2013; 11(2): 57-65

مقدمه:

سلامت از مهم‌ترین منابع آرامش خاطر در زندگی است که بر توانایی فرد در مراقبت از خود و خانواده موثر است [۱]. بنابراین عجیب نیست که بسیاری از افراد گه‌گاهی افکار و نگرانی‌هایی در ارتباط با سلامتی خود تجربه کنند. با توجه به کارکرد ذاتی اضطراب که محافظت از ارگانیزم در برابر آسیب و جراحت است، نگرانی‌های مربوط به سلامت به عنوان عامل مشترک بسیاری از اختلالات اضطرابی به‌شمار می‌آید [۲]. اشمیت و جوینر معتقدند در تشخیص اختلالات اضطرابی، از منظر بالینی ارزشیابی اضطراب سلامت بیش از ارزشیابی سایر متغیرها از جمله حساسیت اضطراب حائز اهمیت است [۳].

آبراموتیز و همکاران بیان می‌دارند نگرانی در خصوص سلامت به ویژه برای کسانی که دارای بیماری‌های جسمی هستند یا در معرض خطر چنین بیماری‌هایی قرار دارند، نقش انطباقی داشته

و آن‌ها را وامی دارد تا به منظور اطمینان از این که نشانه‌های بیماری به موقع تحت کنترل قرار می‌گیرد، احساسات بدنی خود را به دقت مورد توجه قرار دهند. البته اضطراب حاصل از این وضعیت، معمولاً موقتی است و با از بین رفتن نشانه‌ها به طور خودبه‌خود فروکش می‌کند، اما نگرانی‌های شدید مرتبط با سلامت که اضطراب سلامت نام دارد در غیاب یک آسیب جسمی تجربه می‌شود و غالباً با گذشت زمان، محور نگرانی‌های فرد از یک بیماری به بیماری دیگر منتقل شده و به مشکل بالینی بگرنجی برای فرد، خانواده و متخصصان بهداشت تبدیل می‌شود [۲]. در این وضعیت، ممکن است روابط اجتماعی فرد به دلیل داشتن اشتغال ذهنی با بیماری خود و اغلب انتظار توجه ویژه رو به تیرگی رود. در بسیاری از موارد، اشتغال ذهنی با عملکردهای فرد تداخل کرده و حتی موجب شکست شغلی وی می‌شود [۴]. ترس افراطی از مرگ نیز در افراد مبتلا به این

* نویسنده مسئول، نشانی: تهران، خیابان آیت‌الله کاشانی، خیابان پیامبر غربی، خیابان جهاد اکبر، کوچه اول (شهید حمید انصاری)، پلاک ۱۰، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۹۱۹۶۴۲۰۳۱۵ پست الکترونیک: hasanzadeh60@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۱/۰۴/۰۶ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۰۷

اصلاح: ۱۳۹۱/۱۰/۱۸

دریافت: ۱۳۹۱/۰۴/۰۶

قبلی فرد پیرامون بیماری به شکل گیری فرض‌ها و باورهای خاصی درباره علایم بیماری و رفتارهای بهداشتی بیانجامد. این فرض‌ها و باورها به روش‌های متعددی، به ویژه از طریق تجربیات گذشته فرد درباره بهداشت نادرست جسمی، مشاهده درمان‌های طبی ناموفق خود یا خانواده و نیز از طریق رسانه های گروهی آموخته می‌شوند [۱۳]. تاکنون تحقیقات چشمگیری در حمایت از این مدل انجام شده است که از میان آن‌ها می‌توان به مطالعات رایف و همکاران، اسمیت و همکاران، هادجیستاورپولوس و همکاران و مارکوس و همکاران [۱۴-۱۷] اشاره کرد.

وارویک و سالکووسکیس در رابطه با مدل شناختی-رفتاری، عوامل متعددی را در ایجاد و حفظ اضطراب سلامت از جمله پردازش شناختی اطلاعات و ارزشیابی شناختی دخیل می‌دانند [۱۸]. داشتن این گونه باورها به علت این که منجر به نگرانی شدید در مورد سلامتی در اشخاص می‌شوند بسیار مخرب هستند [۱۹]. شدت این باورها با شدت اضطراب سلامت رابطه دارد و کاهش آن‌ها منجر به کاهش اضطراب سلامت می‌شود [۲۰]. پاتریکا فر و همکاران استفاده از مدل شناخت‌درمانگری که اضطراب سلامت را نتیجه تفسیر غلط علایم بدنی به عنوان یک بیماری جدی تلقی می‌کند را مفید می‌دانند [۱]. یک نیز معتقد است شناخت‌درمانگری بر این باور پای می‌فشارد که تفکر ناکارآمد یا غیر منطقی و ارزشیابی های غیر واقعی از اتفاق‌های روزمره می‌تواند بر احساسات و رفتار تأثیر منفی داشته باشد [۲۱]. به طور کلی تمامی دیدگاه‌های شناختی-رفتاری بر سه فرض اساسی تأکید می‌کنند: ۱- شناخت بر رفتار تأثیر می‌گذارد ۲- شناخت را می‌توان کنترل و تغییر داد ۳- در پی تغییر شناخت، تغییر رفتار به وجود می‌آید [۲۲]. این مدل درمانی برای درمان بسیاری از اختلالات به کار می‌رود و یافته‌های علمی متعدد این درمان را به عنوان روشی کارآمد در درمان بسیاری از اختلالات روان‌شناختی و روان پزشکی مطرح کرده است [۲۳].

بارسکی و آهن، در تحقیقی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر میزان ترس‌ها، نگرش‌ها، باورها، نشانه‌های بدنی و اضطراب سلامت بیماران مبتلا به خودبیمارانگاری را بررسی کردند. آن‌ها ۱۰۲ نفر را در گروه آزمایش و ۸۲ نفر که به طور معمول مراقبت‌های پزشکی دریافت می‌کردند را در گروه کنترل جای دادند. نمونه‌ها از نظر ویژگی‌های بالینی و خصوصیات اجتماعی به هم شبیه بودند. نتایج تحقیق آنان نشان داد که درمان شناختی-رفتاری به طور معناداری نگرش‌ها و باورهای مرتبط به بیماری و اضطراب سلامت گروه آزمایش را کاهش

اختلال شایع می‌باشد [۴]. پاتریکا فر و همکاران بیان داشته‌اند در افراد با درجه اضطراب سلامت بالا، میزان مراجعه به مراکز درمانی نیز بالا است و این افراد هزینه‌های زیادی برای ملاقات با پزشک می‌پردازند. به علاوه، این افراد بیش‌تر از دیگران آزمایش‌های تشخیص پزشکی و اعمال جراحی انجام می‌دهند [۱، ۵]. استون در مطالعه همه گیرشناسی خود گزارش کرد که بیش از ۹٪ بیماران بستری در مراکز پزشکی درمانی، اضطراب سلامت را تجربه می‌کنند و شیوع آن در جمعیت عمومی بیش‌تر از ۵٪ می‌باشد [۱]. تایرر و همکاران، شیوع اضطراب سلامت در بیماران ۱۶ تا ۷۵ سال بیمارستان‌های لندن را ۱۹/۸٪ برآورد کردند [۶]. پژوهش ریف در خصوص نگرانی‌های مرتبط با سلامت در زمینه نشانه‌های بدنی در آلمان نشان داد که ۱۱٪ خانم‌ها و ۸٪ آقایان به سؤال «آیا اعتقاد دارید که مبتلا به یک بیماری جدی هستید که پزشکان برای آن توضیح قانع‌کننده‌ای پیدا نکرده‌اند؟» جواب مثبت دادند. این میزان در بین افراد با سن ۴۶ سال و بالاتر بیش‌تر بود [۷]. بلیچ و هیلر شیوع اضطراب سلامت شدید را در میان آلمانی‌ها، ۶٪ برآورد کردند [۸]. نتایج تحقیقات جرولی ماتوس و ادلستین هم نشان داد بزرگسالان جوان نسبت به مسن‌ترها میزان بالاتری از اضطراب سلامت را گزارش می‌کنند [۹]. نتایج تحقیق پاشا که به روش تصادفی طبقه‌ای روی ۸۰۰ دانشجوی (۴۰۰ مرد و ۴۰۰ زن) از تمامی رشته‌های تحصیلی با هدف بررسی شیوع خودبیمارانگاری (hypochondriasis) و رابطه آن با اضطراب، افسردگی و سایر ویژگی‌های فردی از قبیل سن، جنسیت، ترتیب تولد و... انجام شد، نشان داد که حدود ۱۲٪ از دانشجویان دارای خودبیمارانگاری هستند [۱۰]. همچنین از دید بارسکی، کلرمن و مکانیک، اضطراب سلامت اختلال شناختی گسترده‌ای است که به شکل ادراک نادرست در باره نشانه‌ها و تغییرات بدنی حاصل از باورهای فرد در مورد بیماری یا سلامت است [۱۱]. در پژوهش حاضر تلاش بر این است که این اختلال را با کمک آموزش شناخت‌درمانی کاهش داد. یکی از مهم‌ترین الگوهای شناختی - رفتاری در درک خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت، مدلی است که توسط سالکووسکیس و وارویک ارائه شده است. این مدل بر این مفهوم محوری استوار است که برخی افراد، نشانه‌ها و علایم جسمی را بیش‌تر از واقعیت موجود خطرناک ادراک می‌کنند و به علاوه قادر به پیشگیری از بیماری نیز نیستند. به این ترتیب وقتی فرد توان تأثیر گذاری بر رویداد بیماری را ضعیف، و در همان حال بدبختی ناشی از آن را بالا ادراک می‌کند، اضطراب زیادی را تجربه خواهد کرد [۱۲]. طبق این مدل، این احتمال وجود دارد که در پدید آمدن اضطراب سلامت، اطلاعات و تجربه‌های

روش کار:

پژوهش حاضر یک مداخله درمانی از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی است که جامعه آماری آن شامل کلیه دانشجویان دختر ترم پنجم تا هشتم رشته پرستاری نیمسال اول ۹۱-۹۰ دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی با نمره اضطراب سلامت بالاتر از میانگین گزارش شده توسط پناهی می‌باشد [۲۹]. با توجه به جدول کوهن، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان آزمودنی از جامعه آماری انتخاب شدند. توان آزمون با توجه به $\alpha = 0.05$ و حجم اثر مساوی ۰.۵۰، برابر با ۰.۹۷ می‌باشد [۳۰]. علت انتخاب دانشجویان به روش در دسترس این بود که تعدادی از دانشجویان به دلایل مختلف از جمله تداخل کلاس آموزش شناخت‌درمانی با بعضی از کلاس‌های نظری، زمان انجام کارورزی در بیمارستان و امتحانات میان‌ترم نمی‌توانستند در تمامی جلسات آموزش شرکت کنند. بعد از انتخاب، آزمودنی‌ها به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. معیار خروج آزمودنی‌ها از پژوهش ۱- مرد بودن، ۲- دانشجوی سایر رشته‌ها، ۳- ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی بارز از قبیل وسواس جبری-فکری، دو قطبی، اختلال شخصیت، ۴- ابتلا به اختلال‌های طبی بارز نظیر سرطان، دیابت، ۵- سن بالاتر از ۲۵ سال و کمتر از ۱۹ سال ۶- شرکت در کلاس‌های شناخت‌درمانی گروهی در نظر گرفته شد. برای بررسی ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی بارز از دانشجویان آزمون چند محوری بالینی می‌لون-۳ گرفته شد. نتایج آزمون می‌لون-۳ نشان داد آزمودنی‌ها دچار هیچ یک از انواع اختلال شخصیت نمی‌باشند. در این تحقیق به دلیل این که در نیمسال اول ۹۰-۹۱، در کلاس‌ها بیش از ۲ یا ۳ دانشجوی پسر حضور نداشتند، از دانشجویان دختر استفاده شد تا همگنی نمونه‌ها از نظر جنسیت برقرار باشد. به علاوه، بیش‌تر بودن تمایل دانشجویان دختر به مشارکت در تحقیق نیز در این تصمیم موثر بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، فرم رضایت آگاهانه در اختیار دانشجویان قرار گرفت که در آن ضمن تشریح نحوه تکمیل پرسش‌نامه، عدم نیاز به درج نام و محرمانه ماندن اطلاعات دریافتی مورد تأکید قرار گرفت. سپس هر دو گروه پرسش‌نامه کوتاه اضطراب سلامت را تکمیل نمودند. این پرسش‌نامه یک مقیاس خود توصیفی است با ۱۸ عبارت که اضطراب سلامت را مستقل از وضعیت سلامت جسمانی ارزیابی می‌کند [۳۱]. عبارات این آزمون در رابطه با نگرانی‌های مرتبط با سلامت، توجه به احساسات یا تغییرات بدنی و پیامدهای هولناک ابتلا به یک بیماری است. در رابطه با هر سؤال، چهار عبارت وجود دارد که از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شود. در حالتی که فرد بیش از یک عبارت را انتخاب کند،

داده، ولی نشانه‌های بدنی خودبیمارانگاری را به طور معنادار کاهش نداده است [۲۴].

مطالعات هانتر و همکاران روی اضطراب سلامت دانشجویان علوم پزشکی نشان داد که بسیاری از آن‌ها به خصوص در سال اول و یا حتی سال‌های بعد، مبتلا به اضطراب در مورد بیماری‌هایی می‌شوند که در حال مطالعات آن‌ها هستند [۲۵]. همچنین مطالعات موریس و پتری نشان داد که دانشجویان علوم پزشکی نسبت به دیگر دانشجویان، درجه بالاتری از اضطراب سلامت را تجربه می‌کنند. این موضوع می‌تواند به این دلیل باشد که هم‌زمان با مطالعه دانشجویان در مورد علایم و نشانه‌های مختلف بیماری‌ها یا مشاهده بیمارانی با بیماری‌های مختلف، وقایع بدنی و علایم جسمی در دانشجویان معنای تازه‌ای پیدا می‌کند [۲۶]. تیلور و آسموندسون بیان می‌دارند هنگامی که دانشجویان پرستاری در مورد انواع مختلف بیماری‌های کشنده مطالبی فرا می‌گیرند، ممکن است درک نادرستی از تغییرات بدنی و حواس بدنی به عنوان یک بیماری شدید پیدا کنند. برای مثال دانشجویانی که در مورد بیماری‌های مغزی مطالعه می‌کنند ممکن است به نادرست، سردردی عصبی را علامتی از یک همتوم مزمن بدانند [۲۳]. خسروی بر این باور است که دانشجویان پرستاری بیش از سایر دانشجویان با موقعیت‌های تنش‌زا روبرو هستند [۲۷]. نتایج تحقیق قاسم نژاد و همکاران که با هدف بررسی رابطه اضطراب و خودبیمارانگاری روی ۳۱۵ نفر دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه آزاد از تمامی رشته‌های تحصیلی به شیوه تصادفی - طبقه‌ای انجام دادند نشان داد ۲۸٫۳٪ از آنان اضطراب شدید و ۳۴٫۴٪ خودبیمارانگاری شدید دارند و بین خودبیمارانگاری و اضطراب و بین اضطراب و خودبیمارانگاری با سن، جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت، وضعیت اقتصادی، بیماری دوران کودکی و بیماری والدین، ارتباط معناداری وجود دارد [۲۸]. یکی از مشاغلی که به واسطه محیط کار در معرض ابتلا به اضطراب سلامت هستند، پرستاری است. به علاوه، در بین حرفه‌های مرتبط با سلامت، پرستاری یکی از حساس‌ترین مشاغل محسوب می‌شود و بنابر این، شناخت علل مشکلات روان‌شناختی می‌تواند به بار آوردن آنان و ارائه خدمات بهتر کمک کند. با توجه به موارد مطرح شده و همچنین نبود پژوهشی در ایران که به طور مستقیم میزان اثر بخشی شناخت‌درمانگری گروهی را در میان دانشجویان رشته پرستاری دارای اختلال اضطراب سلامت بررسی کرده باشد، تحقیق حاضر با هدف مطالعه در زمینه سلامت روان دانشجویان پرستاری که در آینده نقش مهمی در ارتقاء بهداشت و سلامت جامعه ایفا خواهند کرد اجرا شد.

گروه آزمایش و کنترل، پرسش نامه فرم کوتاه اضطراب سلامت را تکمیل کردند. آزمودنی‌ها از این که در چه گروهی هستند مطلع بودند و به گروه کنترل قول داده شده بود که بعد از اتمام جلسات آموزشی گروه آزمایش، جلسات مشابهی نیز برای آنان برگزار شود.

تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS-16 انجام شد. برای مقایسه میانگین اضطراب سلامت از آمار توصیفی (نمودار میله ای) و برای بررسی فرضیه های تحقیق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. مقدار $P \leq 0.05$ به عنوان سطح معناداری آماری در نظر گرفته شد.

در جدول زیر خلاصه محتوای آموزشی دوازده جلسه آموزش شناخت‌درمانی آورده شده است.

نمره وی بر اساس عبارتی که نمره بالاتری دارد محاسبه می‌شود. ضریب پایایی پرسش نامه از طریق بازآزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۰ به دست آمد که نشان دهنده این است که مقیاس مذکور می‌تواند به خوبی بیماران خودبیمارانگار را از گروه‌های کنترل غیر بالینی متمایز سازد. در پژوهش پناهی، نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس از دو عامل احتمال ابتلا به بیماری و پیامدهای متعدد بیماری تشکیل می‌شود [۳۱]. پرسش نامه اضطراب سلامت در تحقیقی که توسط سالکوسکیس و همکاران انجام شد نیز برای شناسایی و تفکیک بیمار دچار اضطراب سلامت از فرد بدون اختلال به کار گرفته شده است [۳۱].

بعد از ارائه آموزش شناخت‌درمانی گروهی به گروه آزمایش در دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای که با توجه به میانی نظری مایکل فری [۲۰]، به شکل گروهی آموزش داده شد، دوباره هر دو

جلسه اول	ارزشیابی - مصاحبه - اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	آشنایی با الگوی شناختی A-B-C تعیین طرح درمان
جلسه سوم	آموزش تنش زدایی
جلسه چهارم	شناسایی افکار سطحی و فرآیندهای سطحی (نگرانی‌ها)
جلسه پنجم	خطاهای منطقی و منطق متناسب
جلسه ششم	مخالف ورزی خطاهای منطقی
جلسه هفتم	پیکان‌های عمودی پیشرفته و سنجش واحدهای ذهنی (فاعلی) اختلال
جلسه هشتم	مفهوم سازی باورها (تنظیم نقشه شناختی)
جلسه نهم	چالش با باورهای خود (تحلیل جستجوگرانه)
جلسه دهم	تغییر رفتار و برنامه‌ریزی برای خود تغییردهی رفتار
جلسه یازدهم	تمرین مرور ذهنی شناختی رفتاری و ماندگاری دستاوردها
جلسه دوازدهم	ارزشیابی - اجرای پس‌آزمون

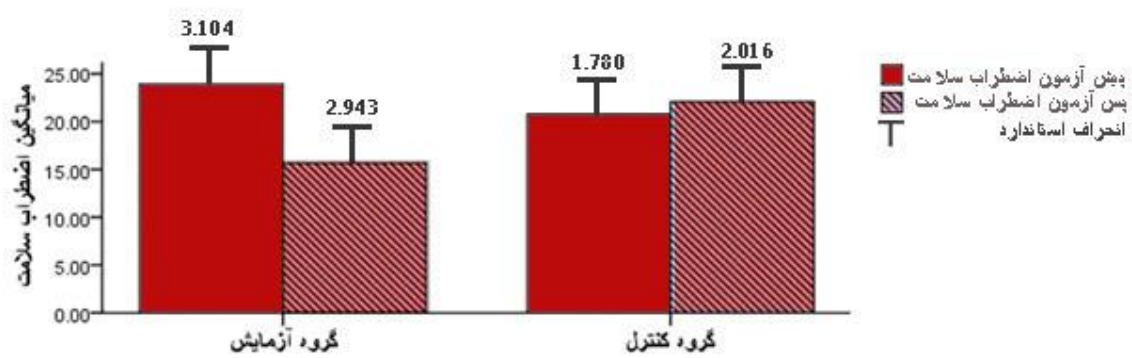
یافته‌ها:

هر دو گروه آزمایشی و کنترل از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی از جمله سن و جنسیت همسان شده بودند. میانگین سنی دانشجویان مورد مطالعه (۳۰ نفر) ۲۱/۶ سال با انحراف معیار ۴/۱، میانگین سنی گروه آزمایش ۲۰/۷ سال با انحراف معیار ۵/۴ و میانگین سنی گروه کنترل ۲۲/۵ سال با انحراف معیار ۱/۸ بود.

فرض نرمال بودن نمرات متغیرها با آزمون کولموگراف-اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد نمرات پیش آزمون و پس آزمون اضطراب سلامت از توزیع نرمال فاصله زیادی ندارند، به طوری که در پیش آزمون اضطراب سلامت $Z_{Smimov} = 0.976$ و

در پس آزمون $Z_{Smimov} = 0.793$ بدست آمد. فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین بررسی شد. نتایج نشان داد مقدار F مربوط به آزمون لوین معنادار نیست که نشانگر نبود تفاوت واریانس خطا بین گروه‌های کنترل و آزمایش است ($p = 0.33$ ، $F = 5.022$ ، value).

برای بررسی فرض همگنی خطوط رگرسیون، لازم است بین متغیر پیش آزمون و گروه، کنش متقابل وجود نداشته باشد. نتایج نشان داد p -value بین گروه و پس آزمون اضطراب سلامت ۰/۳۱۶ می‌باشد که به معنای موازی بودن خطوط رگرسیون است.



نمودار ۱: میانگین نمرات پیش از آموزش و پس از آموزش اضطراب سلامت به تفکیک برای هر دو گروه کنترل و آزمایش.

همان گونه که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود میانگین اضطراب سلامت گروه آزمایش پس از آموزش شناخت‌درمانی گروهی از ۲۳/۹ به ۱۵/۶ کاهش و میانگین اضطراب سلامت گروه کنترل از ۲۰/۸ به ۲۲ افزایش داشته است.

جدول ۱: آزمون تحلیل کواریانس به منظور بررسی تأثیر آموزش شناخت‌درمانی گروهی بر میزان اضطراب سلامت دانشجویان پرستاری.

منبع واریانس	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	P value	مجذور ایتای جزئی
مدل تصحیح شده	۷۶,۳۱۵	۳۸,۱۵۸	۲	۵,۸۳۲	۰,۰۰۸	۰,۳۰۲
شیب	۱۹۸,۰۷۲	۱۹۸,۰۷۲	۱	۳۰,۲۷۴	۰,۰۰۰	۰,۵۲۹
پس از آموزش اضطراب سلامت	۲,۶۸۲	۲,۶۸۲	۱	۰,۴۱۰	۰,۵۲۷	۰,۰۱۵
گروه	۴۲,۲۸۵	۴۲,۲۸۵	۱	۶,۴۶۳	۰,۰۱۷	۰,۲۶۵
خطا	۱۷۶,۶۵۱	۶,۵۴۳	۲۷			
کل	۱۵۲۶۱,۰		۳۰			
کل تصحیح شده	۲۵۲,۹۶۷		۲۹			

ناکائو و همکاران در مطالعه‌ای، ۱۳۹ زن با میانگین سنی ۴۲/۱ سال مبتلا به خودبیمارانگاری را بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌های اضطراب سلامت و نشانه‌های بدنی و شاخص وایتلی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار دادند. گروه آزمایش شش هفته درمان ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد و دوباره هر دو گروه پرسش‌نامه‌های مربوط را تکمیل کردند. نتایج نشان داد که میزان اضطراب سلامت گروه تحت درمان شناختی - رفتاری به طور معناداری کاهش یافته است [۳۲].

هدمن و همکاران در تحقیقی، میزان و طول مدت اثربخشی درمان اینترنتی بر پایه درمان شناختی - رفتاری را روی ۴۰ بیمار با اختلال اضطراب سلامت شدید بررسی کردند. آن‌ها این درمان را به مدت یک سال انجام داده و اثربخشی آن را تا یک سال پس از درمان پیگیری کردند. نتایج کلی تحقیق نشان داد که این درمان به طور قابل توجهی در درمان افراد دارای

میانگین اضطراب سلامت گروه آزمایش در پیش از آموزش ۲۳/۹ بوده و بعد از آموزش شناخت‌درمانی گروهی به ۱۵/۶ کاهش یافته است. ولی در گروه کنترل، میانگین اضطراب سلامت در پیش از آموزش ۲۰/۸ و در پس از آموزش به مقدار ۲۲ افزایش یافته است. مربع ایتای جزئی برای تأثیر متغیر مستقل روی متغیر وابسته برابر با ۰,۲۶۵ به معنای این است که ۲۶ درصد تغییرات در متغیر وابسته توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود.

بحث:

هدف اصلی مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی آموزش شناخت-درمانی گروهی بر میزان اضطراب سلامت دانشجویان پرستاری است. نتایج مطالعه نشان داد آموزش گروهی شناخت‌درمانی بدون به‌کارگیری رویکردهای دیگر از جمله روان‌درمانی، خانواده‌درمانی و مشاوره، بر میزان اضطراب سلامت دانشجویان پرستاری تأثیر معناداری دارد.

اضطراب سلامت شدید در مقایسه با ۴۱ نفر در گروه کنترل موثر بوده است [۳۳].

گریون و همکاران در مطالعه ای روی ۱۱۲ بیمار مبتلا به خودبیمارانگاری در سه گروه شامل گروه اول تحت درمان شناختی-رفتاری، گروه دوم تحت درمان با پاروکستین و گروه سوم گروه کنترل تحت درمان با دارو نما نشان داد، نمرات خودبیمارانگاری گروه تحت درمان شناختی-رفتاری و پاروکستین نسبت به گروه کنترل در پس آزمون بهبودی معناداری داشته است. به عبارتی درمان شناختی-رفتاری و پاروکستین در درمان کوتاه مدت خودبیمارانگاری موثر است [۳۴].

توماس و پیچ نیز در مطالعه فراتحلیلی خود به این نتیجه رسیدند که در روان درمانی‌های انجام شده برای درمان بیماری خودبیمارانگاری مؤثرترین درمان‌ها عبارت از رفتار درمانی، شناخت‌درمانی، مدیریت رفتار استرس، درمان شناختی-رفتاری و آموزش‌های روانی است [۳۵].

پژوهش فرا تحلیلی تیلور و آسموندسون در خصوص مقایسه درمان‌های مختلف اضطراب سلامت در طی پانزده مطالعه به شکل گروه‌های تحت درمان دارویی و تحت درمان روان-شناختی نشان داد که هر دو روش درمان روان‌شناختی و دارویی بهتر از موقعیت گروه کنترل است. آنان پیشنهاد کردند که برای اضطراب سلامت خفیف یک آموزش روان‌شناختی ممکن است کافی باشد، اما وقتی که اضطراب سلامت یک مشکل به دنبال اختلالات دیگر مانند افسردگی باشد، درمان شناختی-رفتاری درمان مناسب‌تری است [۳۳].

بوآلدا و همکاران اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و رویکرد حل مسئله را روی ۴۸ بیمار مبتلا به اضطراب سلامت با هم مقایسه کردند. نمونه‌ها به روش تصادفی در گروه‌ها جایگزین شده بودند و این درمان به مدت ۱۲ هفته اجرا شد. نتایج نشان داد هر دو نوع درمان می‌تواند در میزان کاهش اضطراب سلامت موثر باشد و حتی بعد از شش ماه پیگیری این اثرات پایدار مانده است [۳۶].

مک مانوز و همکاران، اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر توجه آگاهانه و درمان ارائه خدمات مفید و نامحدود را بر میزان اضطراب سلامت ۷۴ نفر از شرکت کنندگان بررسی کردند. نتایج تحقیق آنان نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر توجه آگاهانه نسبت به درمان خدمات مفید و نامحدود در کاهش نشانه‌های اضطراب سلامت موفق‌تر است و میزان اضطراب سلامت در شرکت کنندگان را بیش‌تر کاهش می‌دهد [۳۷].

کلارک و همکاران در زمینه درمان اضطراب سلامت سه روش درمانی (درمان شناختی-رفتاری، مدیریت رفتار استرس و کنترل لیست انتظار) را با هم مقایسه کردند. مدیریت رفتار استرس، یک درمان متناوب است که بر پایه واکنشی که افراد به استرس به صورت نگرانی در مورد سلامت شان می‌دهند تعریف می‌شود. این روش به طور مستقیم بر اضطراب سلامت تمرکز ندارد و در عوض هدف آن آموزش راه کارهای کنترل استرس در زندگی می‌باشد که در نهایت منجر به کاهش برانگیختگی مرتبط با حواس بدنی و بنابر این افزایش احساس سلامت می‌شود. کلارک نتیجه گرفت که هم روش مدیریت رفتار استرس و هم روش درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه کنترل مؤثر تر هستند و درمان شناختی-رفتاری مؤثرتر از درمان مدیریت رفتار استرس عمل می‌کند، ولی با گذشت زمان (پیگیری درمان بعد از ۱۲ ماه) اختلاف اندکی در اثربخشی بین این دو روش درمانی مشاهده شد. اگر چه درمان شناختی-رفتاری با سرعت بیش‌تری منجر به کاهش اضطراب سلامت شد [۳۸]. نتایج پژوهش‌های بالا با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوان است.

همانطور که مشاهده می‌شود مطالعات زیادی در رابطه با کاهش اضطراب سلامت در افراد مختلف صورت گرفته است؛ نتیجه پژوهش وارویک و همکاران، در رابطه با اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، بر میزان خودبیمارانگاری ۳۲ بیمار و پژوهش بومن و ویسار در رابطه با درمان شناختی محض و درمان رفتاری محض بر میزان خودبیمارانگاری ۱۷ بیمار مبتلا به آن و نیز پژوهش تایرر، کوپر و همکاران، که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اساس نظریه سالکوکویسیس و وارویک را بر کاهش میزان اضطراب سلامت ۴۶۶ بیمار با تشخیص پزشکی را طی ۱۰ جلسه بررسی کردند همسو است. همچنین پژوهش لاواس و بارسکی و پژوهش ویلیامز و همکاران در ارتباط با اثربخشی درمان آگاهانه مبتنی بر شناخت درمانگری گروهی بر میزان اضطراب سلامت و پژوهش هدمن و همکاران که درمان شناختی-رفتاری را از طریق اینترنت بر کاهش میزان اضطراب سلامت ۴۱ بیمار مبتلا به آن بررسی کردند با نتیجه پژوهش حاضر که در تمامی آنان میزان اضطراب سلامت بطور معناداری کاهش یافته بود همسو می‌باشد، با این تفاوت که در پژوهش حاضر آزمودنی‌های تحقیق را دانشجویان رشته پرستاری تشکیل می‌دهند [۳۹-۴۴].

نتیجه‌گیری: به طور خلاصه می‌توان گفت آموزش شناخت-درمانی گروهی منجر به کاهش اضطراب سلامت در دانشجویان پرستاری شده است. افراد با این آموزش یاد می‌گیرند که چگونه

مختلفی در ایجاد اضطراب دخیل هستند، تعمیم نتایج حاصل از تحقیق در مورد سایرین باید با احتیاط بیش‌تری انجام شود.

تقدیر و تشکر: از خانم دکتر یغمایی برای پشتیبانی، برنامه ریزی کلاس‌ها و حمایت‌هایشان در انجام تحقیق و کلیه دانشجویان رشته پرستاری برای شرکت در این تحقیق تشکر و سپاسگزاری می‌شود.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی در این مطالعه نداشته‌اند.

شناخت‌ها و باورهای غیر منطقی خود را کنترل کرده و آن را تغییر دهند و در پی تغییر شناخت، در رفتار خود نیز تغییر به وجود آورند. از این رو برای استفاده بهتر از نتایج تحقیق حاضر پیشنهاد می‌شود تا این مداخله در دوره‌های طولانی‌تر و در محیط‌های شغلی پر استرس مانند مراکز آتش‌نشانی، اورژانس و غیره نیز اجرا شود و اثربخشی آن بررسی شود. علاوه بر این، به منظور کاهش اضطراب بهتر است در بسته‌های آموزشی از مطالب متفاوت و متنوع‌تری برای رسیدن به اهداف درمانی استفاده شود. همچنین با توجه به این که افراد مورد مطالعه از طبقات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متفاوتی هستند و عوامل

References:

1. Furer P, Walker JR, Stein MB. Treating health anxiety and fear of death: a practitioner's guide. La Jolla: Springer Publ; 2007.
2. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. Behav Ther 2007; 38(1): 86-94.
3. Schmidt NB, Joiner TE. Structure of the anxiety sensitivity index psychometrics and factor structure in a community sample. J Anxiety Disord 2002; 16(1): 33-49.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC; 2000.
5. Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, et al. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. Med Care 2001; 39(7): 705-15.
6. Tyrer P, Cooper S, Crawford M, et al. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. J Psychosom Res 2011; 71(6): 392-4.
7. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. Psychosom Med 2001; 63(4): 595-602.
8. Bleichhardt G, Hiller W. Hypochondriasis and health anxiety in the German population. Br J Health Psychol 2007; 12(Pt 4): 511-23.
9. Gerolimatos LA, Edelstein BA. Predictors of health anxiety among older and young adults. Int Psychogeriatr 2012; 24(12): 1998-2008.
10. Pash.GH. Prevalence of Hypochondriasis and relationship between anxiety, depression, and other features of individual and hypochondriasis among psychology students. J knowledge Res Psychol 2005; 25: 1-20. (Persian)
11. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. Am J Psychiatry 1983; 140(3): 273-83.
12. Salkovskis PM, Warwick HM. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. Behav Res Ther 1986; 24(5): 597-602.
13. Barsky AJ, Coeytoux, RR, Sarinie MK, et al. Hypochondriacal patients' beliefs about good health. Am J Psychiatry 1993; 150(7): 1085-9.
14. Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. J Abnorm Psychol 1998; 107(4): 587-95.
15. Smeets G, de Jong PJ, Mayer B. If you suffer from a headache, then you have a brain tumour: domain-specific reasoning 'bias' and hypochondriasis. Behav Res Ther 2000; 38(8): 763-76.
16. Hadjistavropoulos H, Hadjistavropoulos T, Quine A. Health anxiety moderates the effects of distraction versus attention to pain. Behav Res Ther 2000; 38(5): 425-38.
17. Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, et al. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. Clin Psychol Rev 2007; 27(7): 127-39.
18. Warwick HM, Salkovskis PM. Hypochondriasis. Behav Res Ther 1990; 28(2): 105-17.
19. James A, Wells A. Death beliefs, superstition beliefs and health anxiety. Br J Clin Psychol 2002; 41(1): 43-53.
20. Avia MD, Ruiz A, Olivares ME, et al. The meaning of psychological symptoms: effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients. Behav Res Ther 1996; 34(1): 23-31.
21. Beck JS. Cognitive therapy: basics and beyond. New York: The Guilford Press; 1995.
22. Free ML. Cognitive therapy in group. Guidelines and resources for practice. Trans. Janbozorgi M. Qom: Zeitoun Publ Instit; 2007: 3.
23. Taylor S, Asmundson GJG. Treating health anxiety: a cognitive behavioral approach. New York: Guilford Press; 2004.
24. Barsky AJ, Ahern DK. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. JAMA 2004; 291(12): 1464-70.
25. Hunter RCA, Lohrenz JG, Schwartzman AE. Nosophobia and hypochondriasis in medical students. J Nerv Ment Dis 1964; 139: 147-152.
26. Moss-Morris R, Petrie KJ. Redefining medical students disease to reduce morbidity. Med Educ 2001; 35(8): 724-8.
27. Khosravi M. Nursing hygiene health. Trans. Moani E. Tehran: Sama Publ; 1992. (Persian)
28. Ghasem Nejad M, Jalal Manesh SH, Sadri M, et al. The study of relationship between anxiety and hypochondriasis among medical students of Azad university in Lahijan in 2008. J Azad Univ Med Sci 2011; 21(3): 65. (Persian)
29. Panahi Talkhestani S. The study of preliminary psychometric properties of Short Health Anxiety

- Inventory among clinical and nonclinical Iranian samples. [MA dissertation]. Tehran: Univ Shahed; 2010. (Persian)
30. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Investigation methods in behavioral sciences. Tehran: Agah Publ; 2011: 188-90. (Persian)
31. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM. et al. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med* 2002; 32(5): 843-53.
32. Nakao M, Shinozaki Y, Ahern DK, et al. Anxiety as a predictor of improvements in somatic symptoms and health anxiety associated with cognitive-behavioral intervention in hypochondriasis. *Psychother Psychosom* 2011; 80(3): 151-8.
33. Hedman E, Andersson E, Lindefors N, et al. Cost-effectiveness and long-term effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Psychol Med* 2013; 43(2): 363-74.
34. Greeven A, van Balkom AJ, Visser S, et al. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007; 164(1): 91-9.
35. Thomson AB, Page LA. Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 17(4): CD006520.
36. Buwalda FM, Bouman TK, van Duijn MA. Psychoeducation for hypochondriasis: a comparison of a cognitive-behavioural approach and a problem-solving approach. *Behav Res Ther* 2007; 45(5): 887-99.
37. McManus F, Surawy C, Muse K, et al. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *J Consult Clin Psychol* 2012; 80(5): 817-28.
38. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, et al. Two psychological treatments for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 218-25.
39. Warwick HM, Clark DM, Cobb AM, et al. A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1996; 169(2): 189-95.
40. Bouman TK, Visser S. Cognitive and behavioural treatment of hypochondriasis. *Psychother Psychosom*. 1998; 67(4-5): 214-21.
41. Tyrer P, Cooper S, Tyrer H, et al. CHAMP: Cognitive behavior therapy for health anxiety in medical patients, a behavior64d controlled trial. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 99.
42. Lovas DA, Barsky AJ. Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: a pilot study. *J Anxiety Disord* 2010; 24(8): 931-5.
43. Williams MJ, McManus F, Muse K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): an interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. *Br J Clin Psychol* 2011; 50(4): 379-97.
44. Hedman E, Andersson G, Andersson E, et al. Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011; 198(3): 230-6.

Effect of cognitive therapy training in groups on health anxiety among nursing students

Mohamadkhani Shali E¹, Alipor A¹, Hasanzadeh Pashang S^{*1}

Received: 06/26/2012

Revised: 01/07/2013

Accepted: 01/26/2013

1. Dept. of Psychology, Payamnor University, Tehran, Iran

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol. 11, No. 2, Summer 2013

J Jahrom Univ Med Sci 2013; 11(2): 57-65

Abstract:

Introduction:

Health anxiety is one of the most common anxiety disorders among medical students which can affect their activities in professional and educational fields. Therefore, the main objective of the present research is to study the effects of cognitive therapy training in groups on health anxiety among nursing students.

Materials and Methods:

This is a quasi-experimental study conducted on 30 nursing students with health anxiety score more than average. The students were randomly divided into two groups of experimental and control. After the short form health anxiety questionnaire was filled in by participants, cognitive therapy was taught to the experimental group in twelve ninety-minute sessions. Then both experimental and control groups filled in the health anxiety questionnaire again. Data were analyzed using co-variance test (Ancova).

Results:

The findings of this research showed that cognitive therapy training in groups in the significance level of $P \leq 0.05$ reduced the rate of health anxiety among nursing students ($P \leq 0.017$).

Conclusion:

The cognitive therapy training in groups has an important role in reducing health anxiety rate among nursing students. So the results of this research can be used in designing interventions such as deployment of educational programs for medical students.

Keywords: Cognitive Therapy, Health, Anxiety, Nursing Students

* Corresponding author, Email: hasanzadeh60@yahoo.com