Review

Illness Anxiety Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Related to Common Therapeutic Interventions in Iran

Saemeh Khalili-Torghabeh[1], Javad Salehi Fadardi[2]*, Zohreh Sepehri Shamloo[2], Seyed Kazem Rasoulzadeh Tabatabai[2]

1. PhD student in psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Iran
2. Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
*.Corresponding Author: E-mail: j.s.fadardi@um.ac.ir

(Received 21 November 2021; Accepted 1 November 2022)

Abstract

Illness Anxiety (IA) is a common, debilitating, and costly disorder. Various treatments aiming at decreasing IA have been subjected to scientific studies in the Western societies. However, due to possible impact of cultural factors, the present review and meta-analysis tested the effectiveness of common treatments for IA disorder in Iran. Dissertations and articles published in Persian and English languages in Iranian samples published by March 2022 were searched in Noormags, SID, Magiran, Irandoc, Pubmed, ProQuest, and Google Scholar databases. Next, 12 articles and 2 dissertations were selected for review. Of these, 12 articles were eligible for meta-analysis. Comprehensive meta-analysis software (CMA) was used to calculated the meta-analysis. Data from 14 selected studies for systematic review showed that various types of psychotherapy were effective for people with illness anxiety. The commonly used interventions were cognitive-behavioral therapies, schema therapy, logotherapy, reminiscence, acceptance and commitment therapy and education. The results of the meta-analysis showed a large effect size (0.94). The effectiveness of pharmacotherapy and neuro/cognitive interventions were not examined in any of the articles. The results support the effectiveness of a limited number of existing interventions in reducing illness anxiety. The most effective treatments based on meta-analysis results were schema therapy and cognitive-behavioral therapies. According to the findings of the present study, the use of these two therapies as the first line of treatment in people with illness anxiety were recommended. However, due to the prevalence, high individual and social costs of this disorder, and the scarcity of published studies on the treatment of illness anxiety disorder in Iran, more research is needed, especially with a focus on neuro/cognitive interventions.

Keywords: Illness Anxiety, Treatment, Intervention, Systematic Review, Meta-analysis.

ClinExc 2022;12(52-68) (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

اختلال اضطراب بیماری: مرور نظام‌مند و فراتحلیل مطالعات مربوط به مداخلات درمانی رایج در ایران

صائمه خلیلی طرقبه[۱]، جواد صالحی فدردی[۲]*، زهره سپهری شاملو[۲]، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی[۲]

چکیده

اضطراب بیماری اختلالی شایع، ناتوان‌کننده و پرهزینه است. روش‌های درمانی مختلفی برای کاهش اضطراب بیماری مورد بررسی قرار گرفته است. در یک مرور نظام‌مند انجام شده در خارج از کشور بر روی درمان‌های موجود برای اضطراب بیماری، درمان‌های اثربخش مورد بررسی قرار گرفته‌اند. با توجه به اثر عوامل فرهنگی بر نتایج درمانی، این مطالعه با تمرکز بر مرور پیشینه مداخلات درمانی موجود برای اضطراب بیماری در ایران، نتایج یک فراتحلیل را درباره اثربخشی درمان‌های موجود، گزارش می‌کند. به این منظور، پایان‌نامه‌ها و مقاله‌های منتشر شده بر روی جمعیت ایرانی به زبان فارسی و انگلیسی تا اسفند ۱۴۰۰ در پایگاه‌های ProQuest، Pubmed، Irandoc، Magiran، SID، Noormags و Google Scholar مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت تعداد ۱۲ مقاله و دو پایان‌نامه برای مرور انتخاب شدند. از این بین، تعداد ۱۲ مقاله شرایط ورود به فراتحلیل را دارا بودند. به منظور انجام فراتحلیل از نرم‌افزار جامع فراتحلیل (CMA) استفاده شد. داده‌های ۱۴ مطالعه منتخب برای مرور نظام‌مند نشان داد که انواع روان‌درمانی برای افراد مبتلا به اضطراب بیماری اثربخش هستند. بیشترین مداخلات مورد استفاده، به ترتیب شامل درمان‌های شناختی رفتاری، طرحواره‌درمانی، معنادرمانی، خاطره‌پردازی، درمان-مبتنی‌بر پذیرش‌وتعهد و آموزش بود. نتایج فراتحلیل، نشان‌دهنده اندازه اثر بزرگ(۰/۹۴) بود. اثربخشی درمان دارویی و مداخلات عصب/شناختی نوین در هیچ‌کدام از مقالات، مورد بررسی قرار نگرفته بود. پیشینه از اثربخشی تعدادی از مداخلات در کاهش اضطراب بیماری حمایت می‌کند. موثرترین روش‌های درمانی بر اساس نتایج فراتحلیل عبارتند از: طرحواره درمانی و درمان‌های شناختی‌رفتاری. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر استفاده از این دو شیوه درمانی به عنوان خط اول درمان در افراد مبتلا به اضطراب بیماری توصیه می‌شود. با وجود این، با توجه به شیوع و هزینه‌های بالای این اختلال برای فرد و جامعه و تعداد اندک مطالعات منتشر شده در مورد درمان اضطراب بیماری در ایران، انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه، به ویژه با استفاده از مداخلات عصب/شناختی، مورد نیاز است.

واژه‌های کلیدی: اضطراب بیماری، درمان، مداخله، مرور نظام‌مند، فراتحلیل.

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.
۲. دانشگاه فردوسی مشهد، ایران.
* نویسنده مسئول: مشهد، میدان آزادی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
Email: j.s.fadardi@um.ac.ir

تاریخ دریافت:۱۴۰۰/۸/۲۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۱/۷/۲۰ تاریخ پذیرش:۱۴۰۱/۸/۱۰

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

مقدمه

بنا بر ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی(۱)، اختلال اضطراب بیماری با نگرانی زیاد درباره داشتن یا پیشرفت یک بیماری پزشکی جدی و تشخیص داده نشده مشخص می‌شود. نگرانی بیماران ناشی از ترس بی‌اساس از داشتن بیماری است تا نشانه‌های جسمی و این نگرانی علی‌رغم معاینات جسمی و منفی بودن آزمایشات طبی، تداوم پیدا می‌کند. در این اختلال نشانه‌های جسمی وجود ندارد و اگر هم وجود داشته باشد، جزئی هستند و اغلب نشان‌دهنده تفسیر اشتباهِ حس‌های بدنی عادی است. اضطراب بیماری سازه‌ای ابعادی است که در یک انتهای آن فقدان نگرانی در مورد سلامتی و در انتهای دیگر اضطراب بیش از حد در مورد سلامتی وجود دارد.

در ویراست چهارم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی[1] مفهوم اضطراب بیماری و خودبیمارانگاری به جای هم استفاده شده است(۲). با معرفی ویراست پنجم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی[2] در سال ۲۰۱۳ خود بیمار انگاری بازتعریف و با دو مفهوم جدید جایگزین شد: اختلال نشانه بدنی و اختلال اضطراب بیماری(۱). اختلال نشانه بدنی با نشانه های جسمی که ممکن است دلایل پزشکی داشته یا نداشته باشد، مشخص می شود که بسیار ناخوشایند بوده و به اختلال قابل توجهی در عملکرد فرد منجر می شود. همچنین، این اختلال با افکار، باورها و رفتارهای شدید و نامتناسب با نشانه‌های مربوطه مشخص می‌شود. اختلال اضطراب بیماری شامل اشتغال ذهنی بیش از حد با داشتن یا مبتلا شدن به یک بیماری جدی پزشکی مشخص می‌شود. در این اختلال نشانه‌های جسمی یا وجود ندارد و یا بسیار خفیف هستند(۱). آنچه این دو اختلال را از هم متمایز می‌سازد وجود یا عدم وجود نشانه‌های جسمی است.

اختلال اضطراب بیماری یکی از شایع‌ترین اختلالات علایم بدنی در طول عمر است(۱۶ درصد(۳)؛ ۲۸/۸ درصد(۴)) این اختلال با آسیب‌های قابل‌توجهی در حوزه‌های مختلف همراه است که عبارتند از: مسایل خانوادگی، مسایل مرتبط با عملکرد شغلی یا غیبت بیش از حد از کار، مسایلی که در زندگی روزمره فرد اختلال ایجاد می‌کند مخصوصاً زمانی که باعث ناتوانی شود(محدودیت‌های جسمی)، مسایل مالی(به‌دلیل مراجعه بیش از حد به پزشک، انجام آزمایشات مختلف و استفاده از داروهای نسخه‌شده و نسخه‌نشده)، مسایل مرتبط با سلامت روان(افسردگی و اضطراب) و همچنین، افت عملکرد تحصیلی و کاهش کیفیت زندگی. به علاوه، این اختلال هزینه‌های اقتصادی زیادی به بخش بهداشت و درمان وارد می‌کند(۶ - ۵).

یکی از عواملی که به‌عنوان ماشه چکان شروع علایم اختلال اضطراب بیماری عمل می‌کند، مطالبی در مورد سلامتی است که در بین افراد جامعه و یا در رسانه‌ها وجود دارد(۷). رسانه‌ها یکی از منابع عمده‌ی اطلاعات درباره سلامتی هستند(۸-۷). شنیدن در مورد یک بیماری از اخبار، مشاهده‌ی افراد مبتلا در تلویزیون و خواندن در مورد شیوع، نشانه‌ها، درمان و پیش‌آگهی بیماری‌ها در اینترنت می‌تواند منجر به بیش برآورد احتمال و شدت چنین شرایطی شود. به‌علاوه، این اطلاعات می‌تواند باعث شود تا افراد آسیب‌پذیر به هنگام جستجوی شواهدی برای تایید ترس از بیماری، تمرکز بیشتری بر بدن خود پیدا کنند. به نظر می‌رسد که امروزه با افزایش دسترسی به اطلاعات بهداشتی و پزشکی از طریق اینترنت و همچنین تمرکز بیشتر رسانه‌ها بر مسایل مربوط به سلامتی، شیوع اضطراب بیماری در جمعیت عمومی رو به افزایش باشد(۸).

تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای کاهش اضطراب بیماری مورد بررسی قرار گرفته است. این روش‌های درمانی را می‌توان در دو دسته درمان‌های روان‌شناختی و درمان‌های دارویی قرار داد. یکی از روش‌های درمانی روان‌شناختی برای اختلال اضطراب بیماری که بیشترین

[1]. DSM-IV
[2]. DSM-5

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

حمایت تجربی را دارد، درمان شناختی‌رفتاری است(۹-۷). بارسکی و آهرن(۹) با هدف قرار دادن ادراک‌ها و شناخت‌های بدنی در این اختلال، درمان شناختی‌رفتاری پیشنهادی خود برای مبتلایان به خودبیمارانگاری را مورد آزمون قرار دادند. بنا بر پیشنهاد آن‌ها رویدادهای تهدیدکننده زندگی ممکن است موجب شکل‌گیری این باور در فرد شود که مبتلا به یک بیماری شده است. این باور به‌توجه صِرف به اطلاعات مرتبط با سلامتی و حس‌های بدنی مرتبط با باورهای فرد منجر می‌شود. همچنین، این فرد شواهدی که برخلاف باورهایش باشد را نادیده می‌گیرد(۹). در این مداخله پیشنهادی تفسیرهای اشتباه و اسنادهای نادرست حس‌های بدنی و باورهایی که اعتقاد آن‌ها به داشتن بیماری را پررنگ می‌کند، هدف قرار می‌دهد. این کار به وسیله تصحیح تفسیرها و اسنادهای نادرست از طریق بازسازی شناختی، حذف رفتارهای ناسازگارانه و بازگردانی توجه انجام می‌شود(۹). دو مرور نظام‌مند اخیر(۱۱-۱۰) از کارایی درمان شناختی‌رفتاری در درمان اضطراب بیماری حمایت می‌کند. یک مرور نظام‌مند دیگر در مورد بیماری‌های بدنی‌شکل و نشانه‌های فیزیکی بدون توجیه پزشکی گزارش کرد که درمان شناختی‌رفتاری یکی از موثرترین مداخلات در اختلالات ذکرشده بوده است(۱۲).

رفتارهای اطمینان‌جویی و اجتناب از ویژگی‌های رفتاری اضطراب بیماری است(۱۳). یکی از روش‌های درمانی که مداخله در این بعد را هدف قرار می‌دهد، درمان از طریق مواجهه و پیشگیری از پاسخ است که به نظر می‌رسد به اندازه درمان شناختی موثر باشد(۱۵-۱۴). بیمارانی که اجتناب نمی‌کنند، یاد می‌گیرند تا با ماشه‌چکان‌های برانگیزاننده اضطراب مواجه شوند که این به مرور زمان اضطراب را کاهش می‌دهد(۱۳۸). همچنین، به‌منظور کاهش فرآیندهای شناختی ماشه‌چکان اضطراب بیماری، روش‌هایی مثل تمرین تعدیل اسناد مورد استفاده قرار گرفته‌اند(۱۶). سایر روش‌های درمانی روان‌شناختی مورد استفاده در کاهش اضطراب بیماری عبارتند از: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و آموزش‌روانی. نتایج مطالعات انجام شده بر روی روش‌های درمانی اخیر حاکی از اثربخشی این روش‌ها در کاهش اضطراب بیماری است(۲۲-۱۸).

درمان‌های دارویی نیز اثربخشی خود را در درمان اختلال اضطراب بیماری نشان داده‌اند. داروهایی که در این روش درمانی مورد استفاده قرار گرفته‌اند عبارتند از: ایمی‌پرامین(۲۳)، کلومی‌پرامین(۲۴)، فلوکستین(۲۶-۲۵) و امی‌تریپتیلین(۲۷). به غیر از داروهای ضدافسردگی، انواع مختلفی از بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز مثل پیموزاید نیز مورد استفاده قرار گرفته‌اند. با وجود این، ضدافسردگی‌ها موثرتر بوده و به‌عنوان درمان انتخابی در نظر گرفته می‌شوند(۲۸).

یافته‌های یک مطالعه مروری(۲۹) انجام‌شده در خارج از کشور بر روی موثرترین روش‌های درمانی برای اختلال اضطراب بیماری نیز نشان می‌دهد که درمان‌های شناختی‌رفتاری، ذهن‌آگاهی، آموزش بیمار و برنامه‌های بازتوانی در کاهش نشانه‌های اضطراب بیماری اثربخش هستند. به‌علاوه، این پژوهش(۲۹) برای درمان‌های دارویی، اثربخشی محدودی گزارش کرده است.

در ایران نیز از روش‌های درمانی مختلفی برای درمان اضطراب بیماری استفاده شده است(به‌عنوان مثال؛ درمان شناختی رفتاری و زیرمجموعه‌های آن، طرحواره-درمانی، آموزش‌روانی). با وجود این، میزان اثربخشی روش‌های درمانی موجود و این‌که کدام روش درمانی در کاهش نشانه‌های اضطراب بیماری تأثیرگذارتر است، روشن نبود. در داخل کشور نیز پژوهشی وجود نداشت که مقدار واقعی اثر روش‌های درمانی موجود بر کاهش نشانه‌های این اختلال را روشن کرده باشد. بنابراین، نیاز به انجام پژوهشی به روش مرور نظام‌مند و فراتحلیل برای دستیابی به هدف فوق ضروری به نظر می‌رسید. بدین منظور از مرور نظام‌مند و روش فراتحلیل در پژوهش حاضر استفاده شد. در فراتحلیل، داده‌های آماری مطالعات مشابه و قابل‌مقایسه ترکیب شده و خلاصه‌ای کمی از داده‌ها استخراج می‌شود. هدف این روش،

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

جمع‌بندی اطلاعات حاصل از پژوهش‌های مختلف و خلاصه‌سازی آن‌ها بدون اثرپذیری عینی از نظر شخصی است.

تا زمان حاضر فقط یک پژوهش مروری در مورد درمان‌های مورد استفاده در اضطراب بیماری وجود دارد که در خارج از کشور صورت گرفته است. از آنجا که عوامل فرهنگی مانند؛ ارزش‌ها، اعتقادات مذهبی و انتظارات منتقل شده از طریق جامعه می‌تواند فراوانی، تظاهر، چگونگی تفسیر تغییرات و حس‌های بدنی و همچنین، درمان را در اختلال اضطراب بیماری تحت تأثیر قرار دهد(۳۱ -۳۰)، ضرورت توجه به تفاوت‌های فرهنگی در اثربخشی روش‌های درمانی متفاوت، می‌تواند یافته ارزشمندی محسوب شود. به‌طور خلاصه، با توجه به اینکه اختلال اضطراب بیماری، اختلالی است که:

(الف) شیوع آن رو به افزایش است؛

(ب) هزینه‌های زیادی را به فرد و بخش بهداشت و درمان جامعه وارد می‌کند؛ و

(ج) شیوه‌های مداخله‌ای متنوعی برای درمان آن وجود دارد و

(چ) از آنجا که در خارج از کشور روش‌های درمانی موجود برای اضطراب بیماری مورد مرور قرار گرفته‌اند و با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای به بررسی مروری و فراتحلیل تحلیل پژوهش‌های انجام‌شده داخلی در این حیطه نپرداخته است، ضروری به‌نظر می‌رسید تا مروری بر روی روش‌های درمانی موجود برای اضطراب بیماری در ایران انجام شود تا از این طریق کمکی به انتخاب موثرترین شیوه‌های درمانی موجودِ این اختلال بر روی جمعیت ایرانی شود. به‌علاوه، با انجام فراتحلیل می‌توان میزان اثربخش بودن درمان‌های موجود را بررسی کرد.

مواد و روش ها

جستجو در پایگاه داده

در این مطالعه که از نوع مرور نظام‌مند است به بررسی پیشینه درمان اضطراب بیماری در افراد مبتلا به اضطراب بیماری پرداخته شد. جستجوی منابع داخلی و خارجی در پایگاه‌های اطلاعاتی؛ Noormags، SID، Magiran، Google Scholar و Irandoc، Pubmed، ProQuest انجام گرفت. به منظور جستجو در منابع فارسی از کلیدواژه‌های هیپوکندری، هیپوکندریا، هیپوکندریازیس/سیس، خودبیمار انگاری، خود بیمارپنداری، اضطراب بیماری، اضطراب سلامتی، اضطراب سلامت، ترس از بیماری، درمان، مداخله، آموزش، تعدیل، اثربخشی و مشاوره و برای جستجو در منابع انگلیسی از کلیدواژه‌های Hypochondria llness ypochondriac،I ،H Hypochondriasis Anxiety، Health Anxiety، Illness fear، Health Concerns، Intervention، Modification، Training، effectiveness، Treatment، Therapy،Counselling و Iran استفاده شد. تمام ترکیبات احتمالی این کلمات نیز در جستجو مورد استفاده قرار گرفتند. جستجو در تمام مقالات و پایان‌نامه‌های منتشر شده تا اسفند ۱۴۰۰ انجام گرفت که در مرحله اول تعداد ۱۸۷ مقاله و پایان‌نامه بازیابی شد.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود منابع به پژوهش شامل این موارد بود:

(الف) به زبان فارسی و یا انگلیسی در مجلات علمی-پژوهشی یا پایگاه‌های اطلاعات الکترونیک انتشار یافته باشند؛

(ب) در مورد مداخله در اضطراب بیماری داده کمّی گزارش کرده باشند؛ و

(ج) یک شرایط کنترل وجود داشته باشد.

معیارهای خروج شامل این موارد بود:

(الف) مطالعاتی که در آن‌ها اضطراب بیماری در بستر یک بیماری جسمی مورد پژوهش قرار گرفته باشد؛

(ب) زبان منبع، زبانی غیر از فارسی یا انگلیسی باشد؛

(ج) مقالات مروری؛

(د) گزارش‌های موردی؛

(ه) منابع تکراری؛ و

(و) منابعی که متن کامل آن ها با وجود مکاتبه با نویسنده مسئول، قابل دسترسی نباشد.

بعد از پایان جستجو، عنوان منابع براساس معیارهای ورود و خروج مورد غربالگری قرار گرفت. ابتدا منابع تکراری و موارد غیرمرتبط از پژوهش خارج شدند. سپس چکیده منابع باقی مانده به دقت مورد مطالعه قرار گرفت و براساس معیارهای ورود و خروج، تعداد

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

دیگری از منابع کنار گذاشته شد. در آخر، متن کامل منابع مورد بررسی قرار گرفتند و موارد واجد شرایط به مرور نظام‌مند وارد شدند(n=۱۴؛ ۱۲ مقاله و ۲ پایان نامه). فرآیندنمای گردش مطالعات وارد شده و خارج‌شده از پژوهش برطبق مدل پریزما[3] در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است.

استخراج داده‌ها

داده‌های استخراج شده از منابع عبارتند از:

(الف) مشخصات منبع منتشر شده؛

(ب) مشخصات شرکت‌کنندگان؛

(ج) طرح پژوهش؛

(د) روش مداخله؛

(ه) تعداد جلسات؛

(و) نوع گروه کنترل؛

(ز) ابزار اندازه‌گیری؛

(ح) نتایج؛ و

(ط) اندازه اثر.

در مورد منابعی که اندازه اثر را گزارش نکرده بودند، برای بدست آوردن اندازه اثر با نویسنده مسئول مکاتبه شد و در صورت عدم پاسخگویی نویسندگان، شاخص d کوهن با استفاده از میانگین، انحراف استاندارد و اندازه نمونه(در صورت موجود بودن اطلاعات) محاسبه شد. داده‌های استخراج شده از منابع در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

یافته‌ها

از ۱۴ منبعی که به مرور نظام‌مند وارد شده بودند، ۵ مورد از طرح آزمایشی و ۹ مورد از طرح نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل استفاده کرده بودند. تعداد کل شرکت‌کنندگان در پژوهش‌های مورد بررسی ۴۰۰ نفر و تعداد شرکت‌کنندگان در هر یک از پژوهش‌ها بین ۱۰ تا ۵۰ نفر بود. چهار مورد بین ۲۰-۱۰ نفر، هشت مورد مورد بین ۳۰-۲۰ نفر، یک مورد بین ۴۰-۳۰ نفر و یک مورد بین ۵۰-۴۰ نفر شرکت‌کننده داشتند. جامعه پژوهش شامل افراد مبتلا به اضطراب بیماری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و مشاوره(۶ مورد)، زنان(۴ مورد)، دانشجویان(۲ مورد)، پرستاران(۱ مورد) و سالمندان(۱ مورد) بود. گروه کنترل در همه پژوهش‌های مورد بررسی، از نوع لیست انتظار بوده و برای شرکت‌کنندگان در گروه کنترل، مداخله‌ای ارائه نشده است. ابزار مورد استفاده شامل مقیاس نگرش به بیماری کلنر(۶ مورد)، فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت(۵ مورد)، پرسشنامه خودبیمارانگاری مایرز(۱ مورد)، پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز(۱ مورد) و مقیاس افکار اضطرابی ولز(۱ مورد) بود. بیشترین روش مداخله مورد استفاده در پژوهش‌های مذکور، شاملِ درمان شناختی‌رفتاری و زیر مجموعه‌های آن(۶ مورد)، طرحواره‌درمانی(۲ مورد)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(۲ مورد)، خاطره‌پردازی(۲ مورد)، معنادرمانی(۲ مورد) و آموزش(۲ مورد) بود که در ادامه به توصیف آن‌ها پرداخته می‌شود.

درمان شناختی‌رفتاری

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بیشتر پژوهش‌های وارد شده به مرور نظام‌مند(۳۷-۳۲) از درمان شناختی‌رفتاری و زیر مجموعه‌های آن به‌عنوان روش مداخله در اضطراب بیماری استفاده کرده‌اند(۴۲/۸ درصد). تمام پژوهش‌های ذکر شده، درمان شناختی-رفتاری را به صورت گروه‌درمانی به کار برده‌اند. دامنه طول مدت جلسات درمان بین ۹۰-۴۵ دقیقه و تعداد جلسات بین ۱۲-۱۰ جلسه بود. محتوای جلسات درمان شناختی‌رفتاری شامل این موضوعات بود: آشنا کردن افراد با درمان‌های غیر دارویی، معرفی مدل درمان شناختی‌رفتاری، توضیح مدل سه ستونی و شناسایی افکار، ویژگی‌های افکار خودکار، باورهای هسته‌ای و خطاهای منطقی، آموزش روش پیکان عمودی، تن‌آرامی پیش‌رونده، پیکان رو به پایین پیشرفته، مواجهه و پیشگیری از پاسخ، تهیه فهرست اصلی باورها و بحث در مورد آنها، تحلیل کارآمدی، اصلاح افکار ناکارآمد و به چالش کشیدن آن‌ها، بررسی انتقادی شواهد

[3]. PRISMA

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

حمایت‌کننده از افکار غیرمنطقی. در پنج مورد از پژوهش‌ها، کاهش معنادار در نشانه‌های اضطراب بیماری در مقایسه با گروه کنترل(لیست انتظار) در پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است(۳۵-۳۲، ۳۷) و در یک مورد تغییرات در اضطراب بیماری در مرحله پیگیری معنادار نبود(۳۶). اندازه اثر این مطالعات در دامنه ۰/۲۳ تا ۳/۹۶ قرار دارد. قابل ذکر است که اکثر این پژوهش‌ها دارای حجم نمونه اندک هستند. نیمی از آنها فاقد پیگیری بوده(۳۷-۳۴) و نیم دیگر پیگیری‌های کوتاه مدت(حداکثر سه ماه) داشته‌اند(۳۳-۳۲، ۳۶).

طرحواره‌درمانی

مداخله از طریق طرحواره‌درمانی در کاهش نشانه‌های اضطراب بیماری در دو پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است(۳۹-۳۸). پژوهش‌های یاد شده کاهش معنادار در نشانه‌های اضطراب بیماری را در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل(لیست انتظار) گزارش کرده‌اند. روش اجرای طرحواره‌درمانی در یکی از مطالعات(۳۹) به صورت گروهی و در دیگری به صورت درمان انفرادی بود(۳۸). طول مدت جلسات درمان ۴۵ دقیقه و تعداد جلسات در هر دو مطالعه ۲۰ جلسه بود. درمان بر روی موضوعات زیر متمرکز بود: برقراری ارتباط، آموزش، بررسی افکار، پیشایدها و پسایندها، شناسایی افکار تحریف شده، مواجهه، اصلاح افکار ناکارآمد، آموزش الگوی طرحواره محور، شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد، اصلاح طرحواره‌ها با استفاده از تکنیک‌های هیجانی، اصلاح طرحواره‌ها با استفاده از تکنیک‌های رفتاری و اصلاح طرحواره‌ها با استفاده از تکنیک‌های شناختی. اندازه اثر این مطالعات در دامنه ۳/۰۶-۳/۶۷ قرار دارد. حجم نمونه در هر دو مطالعه، کم و پیگیری آنها کوتاه‌مدت بود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

دو پژوهش در مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پرداخته‌اند(۳۵، ۴۰). در یکی از این پژوهش‌ها درمان به صورت انفرادی(۴۰) و در دیگری به صورت گروهی(۳۵) اجرا شد. تعداد جلسات درمان انفرادی ۸ و درمان گروهی شامل ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بود. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل این موارد بود: تمرین توجه آگاهی، نا امیدی سازنده، تمرین فرونشانی فکر، راهبردهای پذیرش، راهبردهای گسلش، راهبردهای رفتار انگاشتن، راهبردهای روشن‌سازی ارزش‌ها، راهبردهای اقدام متعهدانه در مسیر ارزش‌ها، راهبردهای توجه آگاهی، خلق اگوهای بزرگ‌تر عمل متعهدانه. نتایج یکی از پژوهش‌ها(۳۵) حاکی از اثرگذاری درمان و کاهش معنادار اضطراب بیماری در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل است. این پژوهش دوام اثرات درمان را مورد پیگیری قرار نداده بود. پژوهش دیگر(۴۰) کاهش در نشانه‌های اضطراب بیماری را در پس‌آزمون و پیگیری نشان نداد. اندازه اثر این دو مطالعه(۳۵، ۴۰) به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۱۷ محاسبه شد. حجم نمونه در هر دو مطالعه بزرگ نبود.

خاطره‌پردازی

از بین پژوهش‌های وارد شده به مرور نظام‌مند، دو مطالعه به بررسی اثربخشی خاطره‌پردازی بر کاهش علایم اضطراب بیماری پرداخته‌اند(۴۲-۴۱). این دو مطالعه بر روی افراد ۷۵-۵۵ ساله انجام گرفته است. درمان با تعداد جلسات ۸ و ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی برگزار شد. موضوع جلسات در خاطره‌پردازی شامل خاطرات مربوط به این موارد بود: حوادث سرنوشت‌ساز عمده در زندگی، زندگی خانوادگی، تاریخچه عشق‌ها و نفرت‌ها، تجارب همراه با استرس و حرفه یا کار عمده زندگی بود. در هر دو پژوهش کاهش معناداری در علایم اضطراب بیماری در گروه آزمایش در پس‌آزمون گزارش شد. هیچ‌کدام از این پژوهش‌ها مرحله پیگیری نداشتند. اندازه اثر این دو مطالعه(۴۲-۴۱) به‌ترتیب ۱/۳۳ و ۰/۸۰ به دست آمد. پژوهش‌های یاد شده بر روی نمونه‌های کوچک انجام گرفته بودند.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

معنادرمانی

تنها در یک مطالعه تأثیر معنادرمانی بر افراد مبتلا به اضطراب بیماری(n=۱۸) مورد بررسی قرار گرفته(۳۹) که ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای را شامل می‌شد. موضوعات پوشش داده شده توسط این درمان عبارتند از: شناسایی درک بیمار از مفاهیم مرگ، آزادی، انتخاب و مسئولیت-پذیری، شناسایی ترس‌های مراجع، آگاهی از جایگاه و پیامدهای آزادی و انتخاب در سلامت یا عدم سلامت، مواجهه با ترس‌ها و افزایش مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران، قبول واقعیت مرگ و درک نقش هدفمندی در افزایش بهره‌مندی از زندگی سالم و درک معنی و هدف زندگی، انتخاب هدف‌های جدید و تعهد نسبت به آنها. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده کاهش معنادار اضطراب بیماری در مبتلایان به این اختلال در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترلِ لیست انتظار بود. اندازه اثر این مطالعه ۱/۴۳ به دست آمد. حجم نمونه پژوهش یاد شده کم بود.

آموزش

در یکی از پژوهش‌های مورد بررسی در مطالعه حاضر اثربخشی آموزش بهداشت خواب بر علایم اضطراب بیماری در ۳۶ پرستار زن مورد بررسی قرار گرفته است(۴۳). این آموزش شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به صورت گروهی برگزار شد. مداخله شامل ارایه آموزش‌هایی در زمینه محیط خواب، مواد غذایی مصرف‌شده، برنامه خواب، فعالیت‌های قبل از خواب، رفتارهای روزانه و نگرش‌های فرد در زمینه خواب که ممکن است در بی‌خوابی یا اختلالات خواب دخیل باشد، بود. این پژوهش کاهش معناداری در نشانه‌های اضطراب بیماری در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل گزارش کرد. جزئیات بیشتر در مورد پژوهش‌ها در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

به منظور انجام فراتحلیل بر روی داده‌های جمع‌آوری شده، از نرم‌افزار جامع فراتحلیل[4] استفاده شد. در این مرحله دو پژوهش به علت عدم دسترسی به متن کامل و عدم دسترسی به اطلاعات لازم از ورود به فراتحلیل بازماندند. اندازه اثر روش‌های درمانی با مقایسه میانگین نمره اضطراب بیماری در گروه درمان و گروه کنترل در پس آزمون نسبت به خط پایه محاسبه شد. از آنجایی که d کوهن در نمونه‌های کوچک، ممکن است دچار سوگیری باشد، از شاخص Hedges's g که شکل اصلاح‌شده d کوهن است، در گزارش نتایج استفاده شد(۶۱). نتایج حاصل از فراتحلیل اندازه اثر روش‌های درمانی در جدول شماره ۲ گزارش شده است. یافته‌ها بر اساس مدل اثرات تصادفی محاسبه شده است. با توجه به اینکه هدف از درمان اضطراب بیماری، کاهش نشانه‌ها بعد از مداخله است، بنابراین، هر چه مقدار اندازه اثر(Hedges's g) منفی و بزرگ‌تر باشد، نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر آن روش مداخله است. خط عمودی صفر در نمودار پر شاخه در سمت راست جدول شماره ۲، نمرات Hedges's g منفی و مثبت را از هم جدا می‌کند. اگر پژوهشی در سمت منفی نمودار پر شاخه باشد، به‌نفع گروه درمان و اگر در سمت مثبت باشد، به نفع گروه کنترل خواهد بود(۶۱).

همان‌طور که در جدول شماره ۲ قابل مشاهده است بیشترین مقدار اندازه اثر مربوط به طرحواره-درمانی(پژوهش شماره ۹) و روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ(پژوهش شماره ۱) و کمترین اندازه اثر مربوط به خاطره‌پردازی گروهی(پژوهش شماره ۱۰) است. مقدار محاسبه شده Hedges's g برای همه روش‌های درمانی و با استفاده از مدل اثرات تصادفی منفی ۰/۹۷۴ بوده که در سطح خطای p=۰/۰۰۰ معنادار است. اندازه اثر محاسبه شده با توجه به طبقه‌بندی کوهن(۶۲) در طبقه بزرگ قرار می‌گیرد.

یکی از آیتم‌هایی که در فراتحلیل مورد بررسی قرار می‌گیرد، سوگیری انتشار است. سوگیری انتشار ناشی از این است که مجلات به چاپ مقالات دارای نتایج معنادار از نظر آماری گرایش بیشتری دارند تا مقالات غیرمعنادار(۶۲). جهت بررسی سوگیری انتشار، نمودار

[4]. Comprehensive Meta-Analysis (CMA)

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

قیفی با استفاده از نرم‌افزار جامع فراتحلیل ترسیم(نمودار ۲) و مقدار N ایمن از خطا محاسبه شد (آماره S-F).

در صورت نبود سوگیری انتشار، پژوهش‌ها در نمودار قیفی که با دایره‌های کوچک نشان داده شده‌اند، باید به صورت متقارن قرار بگیرند و هرچه به سمت بالای نمودار نزدیک می‌شویم، خطای استاندارد کاهش یافته و به عبارتی، از سوگیری در انتشار مقالات کاسته شود. همان‌طور که نمودار شماره ۲ نشان می‌دهد تعداد ۵ پژوهش از سایر پژوهش‌ها جدا افتاده و بنابراین، از محاسبات حذف می‌شوند(۵۹). همچنین، آزمون N ایمن از خطا نشان می‌دهد که با آلفای ۰/۰۵، تفاوت بین تعداد پژوهش‌های مشاهده شده(N=۱۲) و تعداد مطالعات جا افتاده(N=۲۵۷) قابل توجه است(Z=-9/277, p<0/000)، به این معنی که تعداد ۲۵۷ پژوهش غیرمعنادار دیگر(یعنی پژوهش‌های بیانگر فرضیه صفر) باید وجود داشته باشد تا سطح معناداری از ۰/۰۰۰ به بالای ۰/۰۵ برسد و معنادار نبودن آماری اثر کلی حاصل شود.

بحث

نتایج مرور پیشینه در مطالعه حاضر حاکی از آن است که مداخلات درمانی برای اضطراب بیماری مربوط به نه سال اخیر بوده و دارای قدمت زیادی نیست. همچنین، پژوهش‌های انجام گرفته در این حوزه بسیار اندک هستند. نتایج در تقریباً همه مقالات مورد بررسی که به صورت درمان گروهی انجام شده است، اثربخش گزارش شده‌اند و تنها یک پژوهش که به صورت انفرادی به مداخله پرداخته است دارای نتایج غیرمعنادار بود که ممکن است به خاطر سوگیری در انتشار مقالات باشد، به این معنی که احتمال منتشر شدن مقالاتی که نتایج مثبتی را گزارش کرده‌اند، بیشتر است. در پژوهش حاضر، با توجه به نتایج فراتحلیل، طرحواره‌درمانی، مجموعه درمان‌شناختی‌رفتاری، معنادرمانی و خاطره‌پردازی به ترتیب دارای بیشترین اندازه اثر بودند. این یافته با یافته‌های تنها پژوهش مروری موجود در مورد موثرترین درمان‌های اضطراب بیماری(۲۹) تفاوت دارد. در پژوهش یاد شده، موثرترین درمان‌ها به ترتیب درمان شناختی‌رفتاری، ذهن‌آگاهی و آموزش روانی بودند. یکی از دلایل این تفاوت می‌تواند مسایل مربوط به بحث فرهنگی باشد. فرهنگ در مورد اینکه کدام تغییرات و حس‌های بدنی بیشترین منبع ترس باشند، زمان جستجوی درمان و پاسخدهی به درمان تأثیرگذار است(۱۳). به علاوه، در پژوهش یاد شده، از روش فراتحلیل استفاده نشده و نتایج گزارش شده بر مبنای اندازه اثر محاسبه شده از هر پژوهش(کوهن d) است. به طور کلی، نتایج فراتحلیل انجام شده بر روی پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که بر اساس طبقه‌بندی کوهن(۶۲) مجموع مداخلات روان‌شناختی شامل درمان‌های شناختی‌رفتاری، طرحواره‌درمانی، معنادرمانی و خاطره‌پردازی بر کاهش نشانه‌های اضطراب بیماری اثربخشی بالایی دارند(Hedges's g=-۰/۹۷۴). در پژوهش حاضر، هیچ مطالعه‌ای که به بررسی اثربخشی درمان‌های دارویی و مداخلات عصب/شناختی بر اضطراب بیماری پرداخته باشد، وجود نداشت.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بیشترین درمان استفاده شده به عنوان روش مداخله در پژوهش‌های مورد مطالعه، درمان شناختی‌رفتاری و زیر مجموعه‌های آن است. به علاوه، درمان شناختی‌رفتاری در همه مطالعه‌های مورد بررسی دارای اثربخشی بر اضطراب بیماری بودند. در چندین فراتحلیل انجام شده نیز نشان داده شده است که درمان شناختی‌رفتاری، یک درمان اثربخش برای اضطراب بیماری است(۱۰، ۴۵-۴۴) و بیشتر از سایر درمان‌های روان‌شناختی به عنوان روش مداخله در کاهش علایم اضطراب بیماری مورد استفاده قرار گرفته است(۲۹). همچنین، این یافته‌ها همخوان با یافته‌های مرور نظام‌مند(۴۶) در مورد اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری در اضطراب بیماری است. این شیوه درمانی به مراجع کمک می‌کند تا عوامل دخیل در اضطراب بیماری را شناسایی کرده و به فرد در مورد چگونگی از بین بردن چرخه معیوب اضطراب کمک می‌کند. همچنین، فرد یاد می‌گیرد که تمرکز بر علایم یا احساسات بدنی به

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

برانگیخته شدن باورهایی درباره نامناسب بودن کاربرد بخش‌های مختلفی از بدن می‌انجامد(۴۷). به طور کلی، درمان شناختی‌رفتاری به دنبال دستیابی به اهدافِ کاهش وارسی بدنی و تلاش برای اطمینان‌جویی در مورد نشانه‌های ابتلا به بیماری، اجتناب نکردن از موقعیت‌های مرتبط با بیماری و بازسازی شناختی است(۴۸).

بر طبق یافته‌های پژوهش حاضر طرحواره‌درمانی(درمان مورد استفاده برای اختلالات مزمن) که دارای بزرگ‌ترین اندازه اثر در بین درمان‌های مورد بررسی در مرور حاضر است یکی از روش‌های درمانی است که می‌تواند به بهبود نشانه‌های اضطراب بیماری کمک کند. از آنجا که اضطراب بیماری اختلالی است که در صورت عدم درمان میل به مزمن شدن دارد(۱)، بنابراین، استفاده از این روش مداخله در درمان اضطراب بیماری می‌تواند توجیه‌پذیر باشد. طرحواره‌های مربوط به بیماری، ساختارهای شناختی ثابتی هستند که در حالت معمول نافعال و نهفته هستند. وقتی فرد در معرض رویدادهای استرس‌زای زندگی قرار می‌گیرد، این طرحواره‌های مرتبط با بیماری فعال می‌شوند و شبکه گسترده‌ای از اطلاعات سازمان یافته شخصی که عمدتاً ناخوشایند هستند را در دسترس قرار می‌دهند(۴۹). این مسأله به نوبه خود منجر به بروز اضطراب بیماری می‌شود. هدف اصلی در طرحواره‌درمانی اصلاح و بهبود این طرحواره‌هاست، که به عنوان عوامل ایجاد-کننده و نگهدارنده اختلال عمل می‌کنند و معمولاً بر اثر تجارب دوران کودکی شکل گرفته‌اند(۵۱ -۵۰).

یکی دیگر از روش‌های مداخله در پژوهش حاضر معنادرمانی است. تنها یک مطالعه به بررسی اثربخشی معنادرمانی در اضطراب بیماری پرداخته بود که نتایج آن نشان‌دهنده موثر بودن معنادرمانی در کاهش نشانه-های اضطراب بیماری در افراد مبتلا به این اختلال بود. یکی از عوامل مرتبط با اضطراب بیماری، اضطراب مرگ است(۵۲). همچنین، یکی از موضوعات مهمی که در معنادرمانی به آن پرداخته می‌شود مرگ و ترس از آن است(۳۹). معنادرمانی با هدف مداخله قرار دادن این مولفه می‌تواند به کاهش نشانه‌های اضطراب بیماری منجر شود.

درمان از طریق خاطره‌پردازی نیز یکی از روش‌های مداخله است که نشان داد می‌تواند در کاهش نشانه‌های اضطراب بیماری در سالمندان موثر باشد. این روش درمانی که برگرفته از رویکرد اریکسون است بر پذیرش گذشته فرد، نگاه به گذشته به عنوان دوره‌ای ارزشمند و رضایت‌بخش، پیدا کردن معنا در زندگی، کاهش فاصله بین واقعیت و ایده‌آل، پذیرش رویدادهای منفی گذشته و شناسایی یک الگوی پیوسته بین گذشته و حال متمرکز است(۵۴-۵۳). قابل ذکر است که درمان از طریق خاطره‌پردازی در پژوهش حاضر به منظور مداخله مستقیم در اضطراب بیماری طراحی نشده بود، بلکه هدف آن کمک به فرد سالمند برای گذر و حل آخرین مرحله از رشد یعنی مرحله رشد یکپارچگی شخصیت در برابر ناامیدی است(۵۵). در پژوهش‌های مختلف، اثربخشی خاطره‌پردازی بر مشکلات دوره سالمندی و غیر از آن مثل دمانس، بی خوابی و افسردگی، اضطراب، استرس پس از سانحه و ... مورد بررسی قرار گرفته که نتایج معناداری را در کاهش و بهبود مشکلات ذکر شده نشان داده‌اند(۵۸-۵۶). دو پژوهش وارد شده به مطالعه حاضر(۴۲ -۴۱) تنها مواردی هستند که اثربخشی خاطره‌پردازی را بر اضطراب بیماری مورد پژوهش قرار داده‌اند. از آنجا که اضطراب و نگرانی در مورد ابتلا به بیماری‌های گوناگون در افراد سالمند شایع است(۵۹)، استفاده از این روش مداخله در کاهش اضطراب بیماری در افراد سالمند می‌تواند قابل‌توجیه باشد.

درمان با استفاده از روش مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در کاهش نشانه های اضطراب بیماری موثر است(۳۵). این یافته همخوان با یافته های پژوهش‌های پیشین انجام گرفته بر روی اضطراب بیماری است(۶۴-۶۳). این روش درمانی به صورت غیرمستقیم باعث تغییر در الگوهای رفتاری منفی و افکار خودآیند منفی شده و به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می‌کند(۶۵) به نظر می‌رسد که اثربخشی این روش از طریق کمک به

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

بیمار برای پذیرش وضعیت موجود و آگاه شدن نسبت به خود و مشاهده‌گری رفتارهای خود اتفاق می‌افتد(۶۶). وقتی فرد بر وضعیت موجود و حاضر متمرکز می‌شود و از فکر کردن به آینده دست بر می‌دارد، اضطراب کاهش می‌یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد آگاهی فراگیر که شامل زندگی در لحظه حال، اشتغال به فعالیت و دوری از افکار منفی در مورد مسأله‌ای که وجود دارد، است، پذیرش و علاقه به جریان زندگی را ایجاد می‌کند. به این ترتیب، افکار و احساسات فرد بدون هیچ کنترلی به آگاهی راه می‌یابند و فرد با پذیرش آنها می‌تواند آنچه که تهدیدآمیز به نظر می‌رسید را مورد ارزیابی مجدد قرار دهد، به طوری که قابل تحمل باشند(۳۵). در نتیجه، فرد می‌تواند به جای تمرکز هیجانی بر مسأله، به دنبال حل مسأله برای مشکل موجود برآید.

نتیجه‌گیری

بر مبنای نتایج پژوهش حاضر، موثرترین شیوه درمانی برای اختلال اضطراب بیماری در ایران، طرحواره درمانی و مجموعه درمان‌های شناختی‌رفتاری است و از این روش‌های درمانی می‌توان به عنوان خط اول درمان اختلال اضطراب بیماری استفاده کرد. اکثر درمان‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر، دارای نتایج معنادار در کاهش علایم اضطراب بیماری بودند، اما از آن‌جایی که هیچ‌کدام از پژوهش‌های موردِ مرور، گروه کنترل فعال نداشته و همگی از شرایط عدم مداخله برای گروه کنترل استفاده کرده‌اند، احتمال دارد عوامل مشترک شرکت در گروه باعث ایجاد تغییرات در پس‌آزمون در گروه آزمایش شده باشد، عواملی مانند تبادل اطلاعات و دریافت بازخورد از هم‌گروهی‌ها، ایجاد امیدواری، عمومیت داشتن مشکل فرد و انسجام گروهی(۶۰). بنابراین، بهتر است به نتایج حاصل از پژوهش‌های یاد شده با احتیاط نگریسته شود. با توجه به اینکه روش‌های درمانی متنوعی برای اضطراب بیماری در پژوهش‌های خارج از کشور مورد بررسی قرار گرفته‌اند و از طرفی مطالعات در حوزه مداخلات اثربخش بر اضطراب بیماری در ایران بسیار محدود هستند، پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌های بیشتری در این خصوص انجام شود تا با قطعیت بیشتری بتوان در مورد روش‌های موثر در درمان اختلال اضطراب بیماری(اختلال مزمنی که آسیب ها و هزینه‌های مادی و غیر مادی زیادی هم برای فرد مبتلا و هم جامعه دارد) تصمیم‌گیری کرد. یکی از روش‌های نوین مداخله که در طی سال های گذشته رایج شده است و اثربخشی خود را بر روی بسیاری از اختلالات روانی و از جمله اختلالات اضطرابی نشان داده است، درمان از طریق تعدیل سوگیری‌های شناختی با تمرکز بر روی تفسیرهای ناکارآمد ضمنی افراد است(۷۰-۶۷). محققان حاضر در حال بررسی اثربخشی این روش بر روی کاهش علایم اضطراب بیماری می‌باشند که نتایج آن منتشر خواهد شد. با وجود این، در مداخله مشابهی با استفاده از روش تعدیل سوگیری تفسیر بر روی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی(۶۵) مشخص شد که هدفِ مداخله قرار دادن سوگیری تفسیر منفی در افراد مبتلا به اضطراب بیماری از طریق مواجه ساختن آنها به صورت ضمنی و غیرمستقیم با تفسیرهای مثبت می‌تواند به کاهش سوگیری تفسیر منفی و علایم اضطراب اجتماعی منجر شود. بنابراین، به عنوان یک روش مداخله می‌توان این نوع از درمان برای اختلال اضطراب بیماری را نیز مورد بررسی قرار داد. همچنین، می‌توان مداخله بالا را با تصویربرداری مغزی و بررسی تغییراتی که در سطح نورونی اتفاق می‌افتد، همزمان مورد استفاده قرار داد. به علاوه، نیاز است تا پژوهش‌های بیشتری بر روی مداخلات مختلف در اضطراب بیماری به منظور مقایسه اثربخشی آنها انجام شود. همچنین، اثربخشی مداخلات گروهی در مقایسه با مداخله به صورت انفرادی چیزی است که نیاز به بررسی دارد. در نهایت، از آنجا که در مطالعات مورد بررسی در پژوهش حاضر از شرایط عدم مداخله به عنوان شرایط کنترل استفاده شده است، پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آینده برای مقایسه اثربخشیِ درمان از گروه کنترل فعال نیز استفاده شود.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۱ : مرور نظام‌مند مطالعات مربوط به درمان اضطراب بیماری در ایران

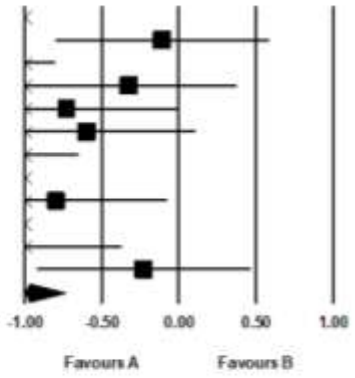
نویسنده و سال	مشخصات شرکت‌کنندگان	نوع مداخله	گروه کنترل	ابزار اندازه گیری	نتایج	اندازه اثر
قربانعلی‌پور و میرزا ۱۳۹۵	۳۰ فرد مبتلا به اضطراب بیماری	مواجهه و پیشگیری از پاسخ	لیست انتظار	مقیاس نگرش به بیماری کلنر	کاهش معنادار اضطراب بیماری در پس آزمون و پیگیری یک ماهه	۳/۵۲
محققی، دوستی و جعفری ۱۳۹۴	۳۰ نفر دانشجو	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	لیست انتظار	مقیاس افکار اضطرابی ولز (زیر مقیاس اضطراب سلامتی)	عدم تأثیر معنادار بر اضطراب بیماری در پس آزمون	۰/۱۷
قربانعلی پور و دیگران ۱۳۹۰	۱۸ فرد مبتلا به خودبیمارپنداری	درمان شناختی رفتاری	لیست انتظار	مقیاس نگرش به بیماری کلنر	کاهش معنا دار خودبیمارپنداری در پس آزمون و پیگیری یک ماهه	۱/۶
محمدخانی شالی و دیگران ۲۰۱۲	۳۰ دانشجوی پرستاری	درمان شناختی	لیست انتظار	پرسشنامه اضطراب سلامت فرم کوتاه	کاهش معنا دار اضطراب بیماری در پس آزمون	۰/۲۳
ایری و دیگران ۱۳۹۷	۳۰ زن مطلقه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	لیست انتظار	پرسشنامه اضطراب سلامت فرم کوتاه	کاهش معنادار در اضطراب بیماری در پس آزمون	۰/۸۹
ایری و دیگران ۱۳۹۷	۳۰ زن مطلقه	رفتاردرمانی دیالکتیکی	لیست انتظار	پرسشنامه اضطراب سلامت فرم کوتاه	کاهش معنادار در اضطراب بیماری در پس آزمون	۰/۸۳
رضایی و همکاران ۱۳۹۶	۳۰ فرد مبتلا به اضطراب بیماری	درمان شناختی رفتاری	لیست انتظار	مقیاس نگرش نسبت به بیماری کلنر	کاهش معنادار در اضطراب بیماری در پس آزمون	۳/۹۶
عبداله زاده و خبازی ۱۳۹۶	۳۰ فرد سالمند	خاطره پردازی	لیست انتظار	پرسشنامه اضطراب سلامت فرم کوتاه	کاهش معنادار در اضطراب بیماری در پس آزمون	۱/۳۳
قربانعلی پور و اسماعیلی ۱۳۹۱	۱۸ فرد مبتلا به اضطراب بیماری	طرحواره درمانی	لیست انتظار	مقیاس نگرش به بیماری کلنر	کاهش معنادار در اضطراب بیماری در پس آزمون و پیگیری یک ماهه	۳/۶۷
صیدی و عبدالحسینی ۱۳۹۶	۳۰ زن سالمند	خاطره پردازی	لیست انتظار	خودبیمارانگاری مایرز	کاهش معنادار در اضطراب بیماری در پس آزمون	۰/۸
قربانعلی پور و همکاران ۱۳۹۴	۲۰ فرد مبتلا به خودبیمارپنداری	طرحواره درمانی	لیست انتظار	مقیاس نگرش به بیماری کلنر	کاهش معنادار در اضطراب بیماری در پس آزمون و پیگیری	۳/۰۶
قربانعلی پور و همکاران ۱۳۹۴	۱۸ فرد مبتلا به خودبیمارپنداری	معنادرمانی	لیست انتظار	مقیاس نگرش به بیماری کلنر	کاهش معنادار در اضطراب بیماری در پس آزمون و پیگیری	۱/۴۳
ارحمی عیسی لو و همکاران ۱۳۹۶	۳۶ زن پرستار	آموزش بهداشت خواب	لیست انتظار	پرسشنامه اضطراب سلامتی_فرم کوتاه	کاهش معنادار در اضطراب بیماری در پس آزمون	--
داستان و حسینی ۱۳۹۸	۵۰ مادر دارای دانش آموز با مشکلات ویژه یادگیری	درمان شناختی رفتاری	لیست انتظار	پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز	کاهش معنادار در اضطراب بیماری در پس آزمون	--

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

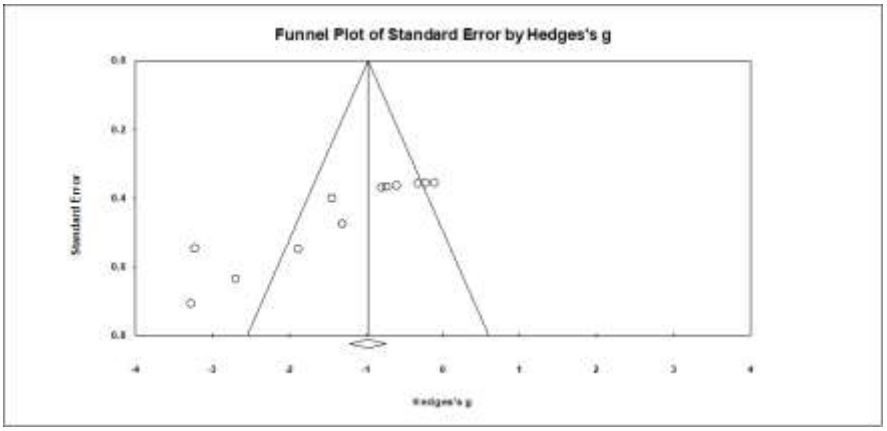
جدول شماره ۲: شاخص Hedges's g و نمودار پرشاخه مداخلات وارد شده به فراتحلیل

Meta Analysis

Study name	Hedges's g	Standard error	Variance	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value
1.000	-3.226	0.547	0.300	-4.299	-2.153	-5.893	0.000
2.000	-0.107	0.356	0.126	-0.804	0.590	-0.302	0.763
3.000	-1.880	0.550	0.302	-2.957	-0.802	-3.419	0.001
5.000	-0.325	0.358	0.128	-1.026	0.376	-0.908	0.364
6.000	-0.730	0.368	0.135	-1.451	-0.010	-1.987	0.047
7.000	-0.601	0.364	0.132	-1.314	0.112	-1.653	0.098
8.000	-1.438	0.401	0.161	-2.223	-0.652	-3.587	0.000
9.000	-3.274	0.708	0.502	-4.663	-1.886	-4.622	0.000
10.000	-0.798	0.370	0.137	-1.523	-0.073	-2.158	0.031
11.000	-2.692	0.637	0.405	-3.940	-1.444	-4.228	0.000
12.000	-1.304	0.475	0.226	-2.236	-0.372	-2.744	0.006
4.000	-0.227	0.356	0.127	-0.926	0.471	-0.638	0.523
	-0.974	0.122	0.015	-1.212	-0.735	-8.005	0.000



نمودار شماره ۲: نمودار قیفی اندازه اثر و خطای استاندارد پژوهش‌ها در مدل اثرات تصادفی



References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Talaei A, fayazi bordbar M. Hypochondrias in resident students of Mashhad university of medical sciences. J ilam uni med scien. 2009;17(1):8-18.
4. Delshad A, Sanati Z, Hatamikia M, Mohammadi S. Hypochondriasis and related factors in population of 20-50 years old in Gonabad city. Quarterly of Horizon of Medical Sciences. 2014;19(5):17-22.
5. Bobevski I, Clarke DM, Meadows G. Health anxiety and its relationship to disability and service use: Findings from a large epidemiological

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

survey. Psychosomatic Medicine. 2016;78(1):13-25.
6. Kobori O, Okita M, Shiraishi T, Hasegawa T, Iyo M. Health anxiety and healthcare costs in Japanese individuals: an Internet survey. Health Psychol Behav Med. 2014;2(1):833-840.
7. Furer P, Walker JR, Stein MB. Treating health anxiety and fear of death: A practitioner's guide. New York, NY, US: Springer Science; 2007.
8. Taylor S, Asmundson GJG. Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. New York, NY, US: The Guilford Press; 2004.
9. Barsky AJ, Ahern DK. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. Jama. 2004;291(12):1464-1470.
10. Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. Cognitive behaviour therapy for health anxiety: A systematic review and meta-analysis. Behav Cogn Psychother. 2017;45(2):110-123.
11. Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S, Davis ML, Smits JA, Powers MB. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. Behav Res Ther. 2014; 58:65-74.
12. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014(11): Cd011142.
13. Abramowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America. 2006;29(2):503-519.
14. Weck F, Neng JM, Richtberg S, Jakob M, Stangier U. Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2015;83(4):665-676.
15. Weck F, Nagel LC, Höfling V, Neng JMB. Cognitive therapy and exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): a 3-year naturalistic follow-up. J Consult Clin Psychol. 2017;85(10):1012-1017.
16. Kerstner T, Witthöft M, Mier D, Diener C, Rist F, Bailer J. A diary-based modification of symptom attributions in pathological health anxiety: effects on symptom report and cognitive biases. J Consult Clin Psychol. 2015;83(3):578-589.
17. Eilenberg T, Fink P, Jensen JS, Rief W, Frostholm L. Acceptance and Commitment Group Therapy (ACT-G) for Health anxiety: A Randomized Controlled Trial. Psychol Med. 2016;46(1):103-115.
18. Eilenberg T, Hoffmann D, Jensen JS, Frostholm L. Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. Behaviour Research and Therapy. 2017; 92:24-31.
19. Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Fabbri S, Cazzaro M. Explanatory therapy in hypochondriasis. The journal of clinical psychiatry. 2000.
20. Greeven A, van Balkom AJ, Visser S, Merkelbach JW, van Rood YR, van Dyck R, Van der Does AW, Zitman FG, Spinhoven P. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. American Journal of Psychiatry. 2007;164(1):91-9.
21. Hedman E, Axelsson E, Andersson E, Lekander M, Ljotsson B. Exposure-based cognitive–behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. The British journal of psychiatry. 2016 Nov;209(5):407-413.
22. Newby JM, Smith J, Uppal S, Mason E, Mahoney AE, Andrews G. Internet-based cognitive behavioral therapy versus psychoeducation control for illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2018;86(1):89.
23. Wesner RB, Noyes R Jr. Imipramine: an effective treatment for illness phobia. J Affect Disord. 1991;22(1-2):43-48.
24. Stone AB. Treatment of hypochondriasis with clomipramine. J Clin Psychiatry. 1993;54(5):200-201.
25. Fallon BA, Liebowitz MR, Schneier F. An open trial of fluoxetine for hypochondriasis. Paper presented at the American Psychiatric Association Meeting New Orleans.1991.
26. Viswanathan R, Paradis C. Treatment of cancer phobia with fluoxetine. Am J Psychiatry. 1991;148(8):1090.
27. Kellner R, Fava GA, Lisansky J, Perini GI, Zielezny M. Hypochondriacal fears

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

and beliefs in DSM-III melancholia: Changes with amitriptyline. J Affect Disord. 1986;10(1):21-26.
28. Khare S, Srivastava MN. Validity of current treatment protocols to overcome hypochondriasis. J Clin Diagn Res. 2017;11(1).
29. Petricone-Westwood D, Jones G, Mutsaers B, Leclair CS, Tomei C, Trudel G, et al. A systematic review of interventions for health anxiety presentations across diverse chronic illnesses. Inter J Behavior Med. 2019;26(1):3-16.
30. Eilami O, Moslemirad M, Naimi E, Babuei A, Rezaei K. The effect of religious psychotherapy emphasizing the importance of prayers on mental health and pain in cancer patients. Journal of religion and health. 2019 Apr;58(2):444-451.
31. Koç V, Kafa G. Cross-cultural research on psychotherapy: the need for a change. Journal of Cross-Cultural Psychology. 2019 Jan;50(1):100-15.
32. Ghorbanalipour M & Mirza M. The effectiveness of checking control and assurance in reducing illness anxiety. J Clinic Psy. 2016;31(3):89-96.
33. Ghorbanali Pour M, Borjali A, Sohrabi F. Efficacy of cognitive behavioral intervention focused on the fear of death in the reduction of the symptoms of hypochondriasis. J Clini Psy (Andishe va Raftar). 2011;5(19):35-44.
34. Mohamadkhani Shali E, Alipor A, Hasanzadeh Pashang S. Effect of cognitive therapy training in groups on health anxiety among nursing students. Par Jah Uni Med Scien. 2013;11(2):45-52.
35. Iri H, Makvandi B, Bakhtiarpour S, Hafezi F. Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Dialectical Behavioral Therapy on health Anxiety, Psychosocial Adjustment and Cognitive Emotion Regulation of Divorced Women. Med J Mash Uni Medi Scie. 2019;61(1):79-88.
36. Rezaei S, Darabi A, Rahnedjat AM. The Effectiveness of cognitive behavioral therapy on decreasing health anxiety. EBNESINA. 2018;20(2):61-67.
37. Dastan A, Hosseini M. Effectiveness of cognitive behavioral therapy on hypochondriasis and social anxiety in mothers of students with learning disorder. unpublished thesis. Gachsaran Azad University. 2019.
38. Ghorbanali pour M, Esmaili A. Evaluating the effectiveness of schema therapy in hypochondria treatment. J clinic psychol stud. 2012;3(9):47-62.
39. Ghorbanali pour M, Moghadamzadeh A, Jafari E. Effectiveness of schema therapy and logo therapy on dealth anxiety in individual with hypochondriasis. Rese Clini Psychol Counse. 2016;7(1):52-66.
40. Mohagheghi H, Dousti P, Jafari D. The effectiveness of acceptance and cCommitment therapy on reduction, generalized anxiety disorder, social phobia and health anxiety in students.J Clinic Psychol Stud. 2016;6(23):81-94.
41. Abdollahzadeh H, khabbazi M. Effectiveness of integrative reminiscence on health anxiety, death depression and perceived stress in elderly. Health Psy. 2017;6(2):100-114.
42. Seidi Z, Abdolhoseini A. The effectiveness of group reminiscence on hypochondriasis and anxiety of menopause women. J Health Bree. 2017;5(3):49-57.
43. Arhami eisaloo Z. The effectiveness of sleep health education on sleep quality, interpersonal problems and health anxiety in nurses.MS unpublished thesis. 2017.
44. Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. J Cancer Surviv. 2013;(7):300–322.
45. Kerstner T, Witthöft M, Mier D, Diener C, Rist F, Bailer J. A diarybased modification of symptom attributions in pathological health anxiety: effects on symptom report and cognitive biases. J Consult Clin Psychol. 2015; 83:578–89.
46. Axelsson E, Hedman-Lagerlof E. Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2019;19(6):663-676.
47. Furer P, Walker JR. Death Anxiety: A cognitive behavioral approach. J Cogni Psycho. 2008; 22: 167–182.
48. Salkovskis PM, Warwick HM, Deale AC. Cognitive behavioral treatment for severe and persistent health anxiety (hypochondriasis). Brief Treat Crisis Interven. 2003;3(3):353-367.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

49. Bamber R M. CBT for occupational stress in health professionals. London: Rutledge Publishing. 2006.
50. Rafaeli E, Bernstein D P, Young J E. Schema therapy: the CBT distinctive features series. London, UK: Routledge. 2011.
51. Taylor C, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? a Systematic review across mental health disorders. Psychol psychother. 2017; 90(3): 456–479.
52. Menzies R E, Sharpe L, Dar-Nimrod I. The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. Brit J Clinic Psycholo. 2019; 58(4): 452-467.
53. Mohammadzaddeh A, Dolatshahi, B, Mohammadkhani P. The effectiveness of integrative reminiscence therapy on depression symptoms of elder adults. Salmand. 2011;6(19):23–28.
54. Musavi M, Mohammadian S, Mohammadinezhad B. The effect of group integrative reminiscence therapy on mental health among older women living in Iranian nursing homes. Nursing open. 2017;4(4):303–309.
55. Mohammad Zadeh A. Effectiveness of integrative reminiscence on depression symptoms among older people living in Sadeghiyeh center. MS thesis. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2010.
56. Jo KH, An GJ. Effects of a group reminiscence program on self-forgiveness, life satisfaction, and death anxiety among institutionalized older adults. Korean J Adult Nurs. 2018;30(5):546-554.
57. Wu D, Chen T, Yang H, Gong Q, Hu X. Verbal responses, depressive symptoms, reminiscence functions and cognitive emotion regulation in older women receiving individual reminiscence therapy. J Clin Nurs. 2018; 27:2609– 2619.
58. Allen AP, Doyle C, Roche RAP. The impact of reminiscence on autobiographical memory, cognition and psychological well-being in healthy older adults. Europe's J Psychol. 2020;16(2): 317-330.
59. Boston A F. Health anxiety among older people: a study of health anxiety and safety behaviors in a cohort of older adults. MS thesis. Massey University. 2008.
60. Lambert M J, Ogles B M: The efficacy and effectiveness of psychotherapy; in Lambert MJ (ed): Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, ed 5. New York, Wiley and Sons. 2004.
61. Mousavi Dough Abadi M S. Effectiveness of attentional bias modification interventions in behavioral addictions: systematic review and meta-analysis. MS thesis. Ferdowsi University of Mashhad. 2019.
62. Cohen J. A power primer. Psychological bulletin. 1992;112(1):155.
63. Eilenberg T, Kronstrand L, Fink P, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy for health anxiety–Results from a pilot study. Journal of anxiety disorders. 2013 Jun 1;27(5):461-468.
64. Hoffmann D, Rask CU, Hedman-Lagerlöf E, Jensen JS, Frostholm L. Efficacy of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: results from a randomized, controlled trial. Psychological medicine. 2020:14:1-1.
65. Shannon J. The shyness and social anxiety workbook for teens: CBT and act skills to help you build social confidence. New Harbinger Publications. 2012.
66. Ebrahimi Moghadam H, Malmir T., rahmani F, Ramezan Alizadeh Z. investigate the effectiveness of group training based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on aggression and anxiety in patients with panic. Journal of Psychological Studies, 2018; 13(4): 141-156.
67. Khalili-Torghabeh S, Fadardi JS, Mackintosh B, Reynolds S, Mobini S. Effects of a multi-session Cognitive Bias Modification program on interpretative biases and social anxiety symptoms in a sample of Iranian socially-anxious students. J Exp Psychopathol. 2014; 5(4):514-527.
68. Samie Fard M, Salehi Fadardi J. The Effectiveness of a Cognitive Bias Modification–Interpretation (CBM-I) on Reducing Frustration related to Negative Interpretation Bias and its Outcomes for Indices of Substance Abuse Behaviors. In the First International Congress of Alcohol Abuse. 2014: 21-23.
69. Chen R, Zheng J, Li T, Zhang Q, Li C, Cui L. Cognitive bias modification of interpretation training for Chinese undergraduates with depressive symptoms. Curr Psychol. 2020; 6:1-4.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

70. Rozenman M, Gonzalez A, Logan C, Goger P. Cognitive bias modification for threat interpretations: Impact on anxiety symptoms and stress reactivity. Depress and anxie. 2020; 37(5):438-448.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-12]