



INTERNATIONAL ASSOCIATION  
RAZI  
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM

Philipps  
Universität  
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT  
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE  
UND SONSTIGE PSYCHOLOGISCHE  
BEREICHE  
University of Applied Sciences  
Department of Psychological  
Sciences & Psychotherapy

## چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

## ارتباط اضطراب و افسردگی بر شکایات جسمانی در نابینایان شهر اصفهان

رویا حکمت روان<sup>۱</sup> - سیدمحمد رضا صمصام شریعت<sup>۲</sup> - فاطمه خانی<sup>۳</sup> - محمدجواد خادمی<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف اصلی این پژوهش ارتباط اضطراب و افسردگی با شکایات جسمانی در نابینایان بود و روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بوده است. جامعه در این تحقیق کلیه نابینایان شهر اصفهان که حدوداً ۴۰۰ نفر برآورد می‌شدند، که در مراکز آموزشی مجتمع توان بخشی شهدای ۷ تیر و مجتمع توان بخشی فاطمه زهرا (س) و نابینایانی که در سازمان بهزیستی کل استان اصفهان پرونده دارند را شامل شده است، که به صورت تصادفی ساده نمونه‌ای از بین کلیه آنان تعداد ۱۱۳ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش: پرسشنامه‌ی سلامت عمومی GHQ. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف پراکندگی) و نیز آمار استنباطی (همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام) استفاده گردید و یافته‌ها نشان داد که رابطه‌ی معناداری بین اضطراب و افسردگی با شکایات جسمانی بوده است.

**کلیدواژه:** اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی، نابینایان

### The relationship between anxiety and depression with Somatization in Blind people of Isfahan city

#### Abstract

The purpose of this study was related between anxiety and depression with Somatization in Blind people of Isfahan city. The research method was descriptive correlation. The study population (113) comprised all Blind people of Isfahan city in 1391(400) that were present in Educational centers (Rehabilitation Organization of Shohadaye hafte tir, Fateme Zahra and Social Welfare)

<sup>۱</sup>. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد خوراسگان: Roya\_hekmatravan@yahoo.com

<sup>۲</sup>. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد خوراسگان

<sup>۳</sup>. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد خوراسگان

<sup>۴</sup>. کارشناس روانشناسی عمومی مؤسسه‌ی آموزش عالی غیر انتفاعی امین فولاد شهر اصفهان

were randomly selected. The research tool; General Health Questionnaire «GHQ». Regression was used to analyze the data and the results showed Anxiety and depression can predict their Somatization ( $P < 0.01$ ).

**Key words:** Somatization, anxiety, depression, Blind people

#### مقدمه

زندگی بشر در طی قرون متمادی دستخوش تغییر و دگرگونی هایی بوده که گاه تحت کنترل انسان، و گاه وقوع این تغییرات خارج از حیطه ی کنترل انسانی بوده است. یکی از گسترده ترین قلمروهای پژوهش در چند دهه اخیر اضطراب<sup>۱</sup> و حوزه های وابسته به آن است. اگر چه نویسندگان، قرن بیستم را عصر اضطراب نامیده اند، اما به طور حتم اضطراب در تمام دوران همراه بشر بوده است. اضطراب مفهوم جدیدی نیست و حتی در آثار مصریان باستان از آن سخن به میان آمده است (عشایری و همکاران، ۱۳۸۸).

تعاریف متفاوتی از اضطراب بیان شده است. اضطراب را معمول ترین پاسخ به محرک تنش زا (اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۵)، مستلزم مفهوم نایمی (دادستان، ۱۳۸۶)، حالتی فراگیر، ناخوشایند، مبهم و همراه با برانگیختگی دستگاه عصبی خودکار، سردرد، تعرق، تپش قلب، گرفتگی ماهیچه های سینه، ناراحتی گوارش و بی قراری (محمدطهرانی و همکاران، ۱۳۹۰)، همچنین نوعی احساس ترس و ناراحتی بی دلیل (عشایری و همکاران، ۱۳۸۸) و نیز پاسخ به تهدیدی که ناشناخته، مبهم یا متعارض است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۹)، تعریف کرده اند. سلامت عمومی به عنوان عملکرد سازگار فرد در محیط پیرامون وی تعریف می شود که می تواند تحت تاثیر عوامل مختلف جسمانی، روانی، اجتماعی قرار گیرد. از بین همه ی عوامل، اضطراب می تواند اثرات منفی شدیدی بر سلامتی افراد داشته باشد. افرادی که تحت تاثیر اضطراب شدید هستند در مقایسه با افراد دیگر احتمال دارد که به بیماریهای رایج مبتلا شوند. در هر حال اضطراب می تواند فرد را در برابر بیماریهای جسمانی آسیب پذیرتر ساخته و در دراز مدت به سوی مرگ کشاند (فونتانا و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). همانطور که مطرح شد، اضطراب پیامدهای گوناگونی دارد، یکی از شایع ترین پیامدهای آن، افسردگی<sup>۳</sup> است. افسردگی حالت روانی ناخوش که با دل زدگی، یأس و خستگی پذیری مشخص می شود و در بیشتر مواقع با اضطرابی کم و بیش شدید، همراه است (محمدیان و همکاران، ۱۳۸۹). افسردگی در جامعه امروز یک بیماری جدی به شمار میرود. این بیماری

<sup>1</sup> . Anxiety

<sup>2</sup> . Fontana & et al.

<sup>3</sup> . Depression

یکی از شایع ترین بیماری های مزمن بوده و از هر ۱۰ نفر بیمار سرپایی، یک نفر به افسردگی اساسی مبتلا می باشد (وولی و سیمون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

مشخصه ی وجود افسردگی، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، افکار مرگ و خودکشی، تغییر در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم و اعمال نباتی «خواب، اشتها و فعالیت جنسی» است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). علت واحد شناخته شده ای برای افسردگی وجود ندارد اما ترکیبی از عوامل ژنتیک، بیوشیمیایی، محیطی و فاکتورهای سایکولوژیک در ایجاد افسردگی نقش دارند. این اختلال می تواند به طور بارزی موجب افت عملکرد بیمار در همه ی زمینه های شغلی، روابط اجتماعی و خانوادگی و همچنین موجب عدم احساس لذت و فشار عاطفی و روانی شود. بیماران مبتلا به افسردگی ممکن است به حدی از ناامیدی برسند که به فکر خودکشی بیافتند. به طوری که تا دو سوم مبتلایان افکار خودکشی داشته و حدود ۱۵-۱۰ درصد هم، اقدام به خودکشی می کنند. این اختلال می تواند به طور بارزی موجب افت عملکرد بیمار در همه ی زمینه های شغلی، روابط اجتماعی و خانوادگی و همچنین موجب عدم احساس لذت و فشار عاطفی و روانی شود. بیماران مبتلا به افسردگی ممکن است به حدی از ناامیدی برسند که به فکر خودکشی بیافتند. به طوری که تا دو سوم مبتلایان افکار خودکشی داشته و حدود ۱۵-۱۰ درصد هم، اقدام به خودکشی می کنند (کاپلان<sup>۲</sup> و سادوک، ۲۰۰۸). در حال حاضر افسردگی، چهارمین بیماری شایع در جهان محسوب می شود و بر اساس آمار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، ۳۴۰ میلیون نفر در جهان، از افسردگی رنج می برند و طبق برآوردهای انجام شده، پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰، این بیماری به دومین بیماری شایع در جهان بدل شود (قائم محمدی، ۱۳۸۳).

اضطراب و افسردگی، می توانند بر روی جسم انسان، تأثیر گذارند و نوع واکنش فرد را نسبت به محیط و شرایط، تغییر دهند. امروزه اغلب متخصصان و دست اندرکاران حوزه های علمی اعتقاد دارند که انسان موجودی روانی، اجتماعی و جسمانی است و برای شناخت او باید هر سه بعد او را مدنظر قرار داد و توجه داشت که این سه بعد، اثر متقابلی بر یکدیگر دارند. اعتقاد به یکپارچگی روان و تن و اثر متقابل آنها بر یکدیگر موجب ظهور رشته ی جدیدی در پزشکی شده است به نام سایکوسوماتیک<sup>۳</sup> یا روان تنی (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۵). اصطلاح اختلالات روان تنی یا اختلالات روانی- فیزیولوژیکی، اشاره به حالت جسمانی ای دارد که در آنها، حوادث پرمعنای روان شناختی به طور تنگاتنگی با نشانه های بدنی، مرتبط هستند. این مشکلات و اختلالات شامل اختلالات قلبی- عروقی، تنفسی، معده ای- روده ای، استخوانی- عضلانی، دستگاههای تناسلی- ادراری و پوست هستند (روزنهان و سلگمن، ۱۳۸۲). معمولاً اصطلاح اختلال روان تنی، هنگامی به کار می رود که شخص دارای نشانه های فیزیکی و

<sup>1</sup> . Whooley & Simon

<sup>2</sup> . Kaplan

<sup>3</sup> . Psychosomatic

جسمی است که به نظر می‌رسد، عمدتاً به وسیله‌ی عوامل روان‌شناختی ایجاد یا تشدید شده‌اند. ظهور و بروز اختلالات روان‌تنی، نیازمند آن است که عوامل روان‌شناختی و نشانه‌های جسمی، به‌طور هم‌زمان در پیوند با یکدیگر باشند (آرونا و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). بیماری‌های «سایکوسوماتیک» بیماری‌های جسمی هستند که عوامل روانی در شروع و تشدید آنها مؤثرند. منظور این نیست که فقط علل روانی در به‌وجود آوردن این اختلالات دخالت دارند بلکه عوامل دیگر هم دخالت داشته‌اند. عوامل روانی به‌صورت عوامل تسریع‌کننده یا کاتالیزور عمل می‌کنند. اختلالات روان‌تنی به‌طور ناگهانی به‌وجود نمی‌آیند بلکه ابتدا توسط نشانه‌هایی مثل استفراغ، تپش قلب و رنگ‌پریدگی ظاهر شده و استرس‌ها و ضربه‌های روحی به‌طور تدریجی روی فرد تأثیر می‌گذارند و اثر تجمعی آنها سبب بروز بیماری‌های سایکوسوماتیک می‌شوند (تلوزاد، ۱۳۸۵). جسمی‌سازی یا (شکایت جسمانی)<sup>۲</sup>، ناراحتی‌های جسمی مکرر و متعددی هستند که فاقد مبنای جسمی هستند. این ناراحتی‌ها در سر، کمر و دیگر قسمت‌های بدن نمود پیدا می‌کند (دادستان، ۱۳۸۰). شکایات موجود در اختلالات جسمی کردن، معمولاً به‌طریقی افراطی، مبهم یا اغراق‌آمیز نشان داده می‌شود (ساراسون و ساراسون، ۱۳۸۷). در واقع، اختلالات روان‌تنی، به‌وجود نوعی رابطه و تعامل پیچیده و چندوجهی زمینه‌ها و استعدادها، زیستی و فیزیولوژیک از یک سو و عوامل و فشارهای محیطی و روانی از سوی دیگر، اشاره دارد (ریاحی، ۱۳۸۸). در صورتی که استرس شدید یا طولانی مدت باشد، واکنش نسبت به آن، طی سه مرحله روی می‌دهد. این سه مرحله شامل آماده‌باش، مقاومت و تسلیم است که بدن را، به‌سازش با استرس وادار می‌کند. سازش می‌تواند مقدمه‌ی ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، عفونت، بیماری‌های خودایمنی، سرطان، دیابت و هم‌چنین اختلالات روان‌شناختی و یا ملقمه‌ای از اختلال‌های روان‌تنی باشد (سابان و کتناسی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). اختلالات روان‌تنی به‌طور ناگهانی به‌وجود نمی‌آیند بلکه ابتدا توسط نشانه‌هایی مثل استفراغ، تپش قلب و رنگ‌پریدگی ظاهر شده و استرس‌ها و ضربه‌های روحی به‌طور تدریجی روی فرد تأثیر می‌گذارند و اثر تجمعی آنها سبب بروز بیماری‌های سایکوسوماتیک می‌شوند (تلوزاد، ۱۳۸۵).

بدون بینایی، ادراک و تفکر از خود و از افراد پیرامون بسیار متفاوت خواهد بود (بیرد و همکاران<sup>۴</sup>، 1997). از مهمترین مباحثی که باید به آن پردازیم، شناخت نابینا<sup>۵</sup> و چگونگی درک او از محیط و برقراری ارتباط با محیط اطراف و مردم است. در زمینه برقراری ارتباط با مردم اعم از بینا و نابینا آنچه که حائز اهمیت است، تلاش‌های خود نابینا و راهنمایی‌های مددکاران است و در زمینه ارتباط با محیط نیز نابینا رفته رفته مهارت‌هایی کسب می‌کند تا بتواند درک نسبتاً درستی از فضا داشته باشد (رودباری، ۱۳۸۷). در واقع، در یک

1. Aruna & et Al.

2. summarization

3. Sabban & Kvetnansky-

4 - Baird & et al.

5. Blind

واژه نامه ی توصیفی بیش از ۱۵۰ توضیح برای اصطلاح نابینا وجود دارد. نابینایی قانونی مطابق تعریف اداره ی تأمین اجتماعی<sup>۱</sup> عبارت است از میزان دیدی که در چشم برتر بیش از ۲۰ درصد دید ندارد و قابل اصلاح نیست، مبنای اندازه گیری این میزان دید، آزمون اسنلن<sup>۲</sup> است (مایکل و همکاران، ۱۳۸۹). امروزه بیشتر پژوهشگرانی که فرآیند های روانشناختی را مطالعه می کنند، نظرات ساده انگارانه یا اختصاصی بودن و مستعد بودن اندام را برای توجیه علایم جسمی خاص رد می کنند و از دیدگاه تعاملی به علایم جسمانی می نگرند. آنان معتقدند که نقایص بدنی موجب مشکلات روانشناختی می شوند و مشکلات روانشناختی چه بسا موجب نقایص بدنی شوند، از این رو آنان تخمین زده اند که بین ۲۵ تا ۵۰ درصد از بیماران درمان شده در درمانگاه های پزشکی به اندازه ی بیماری های جسمانی دارای بیماری های روانشناختی هستند (لیپوسکی<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵).

بازنگری تحقیقات داخلی و خارجی: در همین راستا، علی پور (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان داد که افشای هیجانی نوشتاری، اگرچه در زمان نوشتن دردناک است، اما در طولانی مدت بر تعدیل و کاهش استرس و اضطراب، تأثیر مثبت دارد و هم چنین باعث کاهش پدیده ی بازداری شده و کمک می کند تا سلامت روانی و جسمی فرد، بهبود یابد. این یافته را، پژوهش های پنه باکر<sup>۴</sup> (1997) و اسمیت<sup>۵</sup> (۱۹۹۸) نیز، تأکید کرده اند. همچنین بیان کرد برون ریزی احساسات و هیجانات با ساختار نوشتاری در کاهش استرس ادراک شده و بازداری بیماران مبتلا به اختلال روان تنی، تأثیر قابل توجهی دارد. بنابراین با توجه به اینکه امروزه، بسیاری از بیماری ها در دسته ی بیماری های روان تنی قرار می گیرند و هم چنین با توجه به اهمیت سلامت روان و استفاده از روش های خودیار مقرون به صرفه مانند نوشتن، آموختن روش های خودیار حمایتی و بررسی تعارضات در طولانی مدت، می تواند تأثیر مثبت قابل توجهی در مدیریت استرس و پاسخ این بیماران به درمان های دیگری چون روان درمانی و دارودرمانی داشته باشد و در نهایت منجر به بهبود سلامت روانی و جسمانی آنان شود. در پژوهش های رادمش و شفیع (۱۳۸۱) و وفایی و پوررحیمی (۱۳۸۳)، همبستگی و ارتباط برخی از اختلالات روان تنی، نظیر بیماری های پوستی و آسم با میزان تنیدگی، تأیید شده است اما در تحقیق ریاحی (۱۳۸۸)، این ارتباط مورد تأیید قرار نگرفت. یافته های پژوهش خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۵)، نشان داد که مداخلات خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی- رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک نقش مؤثری در درمان اختلالات روان تنی یا عضلانی استخوانی نظیر کمردرد و گردن درد دارد. یافته ی فوق را، نتایج تحقیقات مک مورلند و سوتر<sup>۶</sup> (۲۰۰۰)، ایوانز و برانفورت<sup>۷</sup> (۲۰۰۱) نیز، بیان داشته اند. مطالعات

<sup>1</sup> - Social Security Administration

<sup>2</sup> - snellen test

<sup>3</sup> . Lipwski

<sup>4</sup> . Pennebaker

<sup>5</sup> . Smyth

<sup>6</sup> . Mcmorland & Suter

<sup>7</sup> . Evans & Bronfort

انجام شده بر روی ویژگی‌های روانی ناینایان، به عنوان مثال افسردگی (بهرامی پور و ارغنده، ۱۳۸۳) بیانگر آن است که این گروه از افراد نیازمند روش‌های کاربردی خاص خود هستند. نتایج تحقیق حسینی و مرتضوی (۱۳۸۹)، نشان داد که ۹٪ درصد پذیرش‌ها در بیمارستان عمومی مورد ارجاع به روانپزشکی روان تنی قرار می‌گیرند هر چند میزان آن از مطالعات دیگر کمتر می‌باشد (برون هیم و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸ و هویز و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱) اما با مطالعات دیگر قابل مقایسه می‌باشد (گالا و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). پژوهش‌های آتش‌پور و مهدی زادگان (۱۳۷۶)، به افسردگی خفیف در ناینایان و به ویژه در دختران نابینا اشاره داشته‌اند. شیریم و همکاران (۱۳۸۸)، در تحقیقی نشان دادند که آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، باعث کاهش نشانگان جسمانی و اضطراب می‌شود. نتایج پژوهش خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد که مداخلات خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی رفتاری به تنهایی در درمان اختلال روان تنی عضلانی استخوانی «کمر درد و گردن درد» و اختلالات روانی زیربنایی آن از جمله اضطراب، افسردگی، سوءظن و بدبینی به دیگران، وسواس و مشکلات ارتباطی نقش بسیار مؤثری دارد. پورسعید و همکاران (۱۳۸۹)، در تحقیقی نشان دادند که برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی، روشی مؤثر برای افزایش سازگاری دانشجویان نابینا و کم بینا است و این یافته‌ها را پژوهش‌های آتش‌پور و کاظمی (۱۳۸۷)، اعرابی (۱۳۸۰)، مستعلمی و همکاران (۱۳۷۷) و ساجدی (۱۳۸۷) تأیید کرده‌اند. خلیلیان و همکاران (۱۳۷۹)، در بررسی پیوند میان عوامل استرس‌زا و شکایت‌های جسمانی نتیجه گرفتند که بین عوامل استرس‌زا و شکایت‌های جسمانی رابطه معنا دار وجود دارد. پور کاظم و همکاران (۱۳۸۶)، به بررسی اثر بخشی آموزش کنترل استرس، علایم استرس و بهبود نشانه‌های جسمانی پرداختند، به این نتیجه رسیدند که آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس در کاهش علایم استرس و نشانه‌های جسمانی مؤثرند.

یافته‌های میدوس و فوا<sup>۴</sup> (۱۹۹۹)، از طرفی نشان داد که درمان‌های مبتنی بر افشاسازی، باعث کاهش استرس ادراک شده‌ی آزمودنی‌ها می‌شود و از طرفی دیگر، درست همان گونه که افکار منع شده، احساسات و رفتارها در ارتباط با یک طغیان عاطفی، استرس ایجاد می‌کند، انتظار می‌رود که نوشتن و گفتن درباره‌ی این تجربیات نیز، باید استرس‌بازداری را کاهش دهد. یافته‌های پورتر و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) نیز، مؤید این مطلب است. ولسکا و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۰۳) در مطالعاتی که بر روی 2555 نفر که مبتلا به درد در ناحیه‌ی پشت، گردن و کمر بودند دریافتند که کلیه‌ی بیمارانی که پشت درد و کمر درد داشتند توسط کایروپراکتیک درمان شدند. فریرا<sup>۷</sup>

1. Bronheim & et al.

2. Huyse & et al.

3. Gala & et al.

4. Meadows & Foa

5. porter & et al.

6. Wolska, Hurwitz & Morgenstern

7. Ferreira

(۲۰۰۳)، با انجام یک مطالعه فراتحلیلی به بررسی قابلیت درمان های کایروپراکتیک در درمان دردهای ناحیه پشت در ۳۴ پژوهش پرداختند. آنان قابلیت درمان دردهای ناحیه پشت را با استفاده از تطبیق و تنظیم مفاصل و ستون فقرات با دست یا کایروپراکتیک گزارش کردند. شکل و کالتر<sup>۱</sup> (۱۹۹۷)، نیز با مطالعه ی ۳۱ بیمار مبتلا به کمر درد دریافتند که در مجموع درمان کایروپراکتیک به نتایج مطلوب تری از سایر روش ها «مثل فیزیوتراپی» منجر شد. جی و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۸۷)، به مقایسه ی روشهای خانواده درمانی شناختی رفتاری، دارو درمانی و کنترل توجه در درمان دردهای استخوانی در کودکان پرداختند. آنها دریافتند که خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی رفتاری مؤثرترین شیوه درمانی برای کنترل این دردها بود. جانسون و داهل<sup>۳</sup> (۱۹۹۸)، تأثیر برنامه های کنترل شناختی رفتاری را بر گروهی از افراد مبتلا به دردهای عضلانی استخوانی بررسی کردند. نتایج نشان داد که برنامه های کنترل شناختی رفتاری به صورت منظم می تواند به طور موفقیت آمیزی دردهای عضلانی استخوانی را درمان کنند. چنان که مشاهده شد هم مداخلات درمانی ترکیبی و هم مداخلات درمانی انفرادی منجر به بهبودی افراد مبتلا به بیماری های عضلانی استخوانی «کمر درد و گردن درد» گردیده است. همزمانی ابتلا به یک اختلال جسمی و یک اختلال روانی باعث طولانی شدن مدت بیماری، اقامت بیشتر در بیمارستان و عدم پاسخ مناسب به درمان های رایج می شود (جانسون و همکاران، ۱۹۹۲ و کوینگ و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹). همچنین همزمان شدن اختلال جسمی با اختلال روانی باعث افزایش هزینه های درمانی میگردد (کلارک و اسمیت<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵ و سیمون و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵). گاهی نیز همزمانی این دو اختلال باعث مشکل شدن تشخیص صحیح می شود (فارد<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵).

در هر حال، هدف اصلی در این پژوهش ارتباط اضطراب و افسردگی با شکایات جسمانی در ناینیان است و به این منظور از پرسشنامه ی ویژگی های سلامت عمومی<sup>۸</sup>، استفاده شده است.

فرضیه ی پژوهش: بین رابطه ی اضطراب و افسردگی بر شکایات جسمانی در ناینیان شهر اصفهان، تفاوت معناداری وجود دارد.

---

<sup>۱</sup> . Shekelle & Coulter

<sup>۲</sup> . Jay & et al

<sup>۳</sup> . Johansson & Dahl

<sup>۴</sup> . Koenig & et al.

<sup>۵</sup> . Clarke & Smith

<sup>۶</sup> . Simon & et al.

<sup>۷</sup> . Fard

<sup>۸</sup> . General Health Questionnaire (GHQ)

## روش

روش، جامعه، نمونه‌ی آماری و روش نمونه‌گیری: روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بوده است. جامعه در این تحقیق کلیه نایبانیان شهر اصفهان که حدوداً ۴۰۰ نفر برآورد می‌شدند، که در مراکز آموزشی مجتمع توان بخشی شهدای ۷ تیر و مجتمع توان بخشی فاطمه زهرا (س) و نایبانیی که در سازمان بهزیستی کل استان اصفهان پرونده دارند را شامل شده است. در این پژوهش به صورت تصادفی ساده نمونه‌ای از بین کلیه نایبانیان تعداد ۱۱۳ نفر به طور تصادفی انتخاب و تعداد ۴۹ نفر در گروه شاغل و ۶۴ نفر در گروه بیکار جایگزین شدند.

## ابزار پژوهش

از آنجایی که گروه نمونه‌ی مورد بررسی نایبانیان شهر اصفهان بوده اند، امکان استفاده از تعدد پرسشنامه‌های جداگانه برای هر یک از متغیرهای پژوهش وجود نداشت لذا، در این پژوهش با استفاده از یک پرسشنامه به منظور بررسی رابطه‌ی بین اضطراب، افسردگی و شکایات جسمانی در نایبانیان استفاده شد.

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی: این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال و ۴ زیر مقیاس نشانه‌های بدنی و شکایات جسمانی، علائم اضطراب، علائم اختلال در عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی می‌باشد. این پرسشنامه سلامت عمومی برای اولین بار توسط کلبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم و به طور وسیعی به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به کار برده شده است. علائم جسمانی، سؤال‌های ۱ تا ۷ که شامل احساس سلامت و تندرستی، احساس نیاز به داروهای تقویتی، احساس ضعف و سستی، احساس بیماری، سردرد، احساس و سرد شدن و احساس فشار به سر است. علائم اضطراب و اختلال خواب، سؤال‌های ۸ تا ۱۴ که شامل بی‌خوابی در هنگام نگرانی، بیدار شدن در وسط خواب، احساس فشار دائمی، عصبانیت و کج خلقی، هراسان و وحشت زده بودن، عدم توانایی انجام امور، عصبی بودن و دلشوره داشتن است، علائم اختلال در عملکرد اجتماعی، سؤال‌های ۵ تا ۲۱ که شامل توانایی مشغول نگهداشتن خود، صرف وقت بیش از حد معمول در کارها، احساس خوب انجام دادن و رضایت از کارها، احساس مفید بودن در کارها، احساس لذت از فعالیت‌های روزمره است و علائم افسردگی، سؤال‌های ۲۲ تا ۲۸ که شامل احساس بی‌ارزشی، احساس ناامیدی کامل در زندگی، احساس بی‌ارزشی بودن زندگی، افکار خودکشی، احساس بد بودن وضع اعصاب، آرزوی مردن و خلاص شدن از زندگی، فکر خائنه دادن به زندگی خود را است، در بر می‌گیرد. گلدبرگ و هیلیر<sup>۱</sup> (۱۹۷۸) سلامت روانی را با پرسشنامه‌ی سلامت عمومی می‌سنجد و آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ و ضریب باز آزمایی<sup>۲</sup> آن را ۰/۸۱ گزارش کردند. هم چنین ولیجو و همکاران<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> - Goldberg & Hillier

<sup>۲</sup> - General Health Questionnaire (GHQ)

<sup>۳</sup> - Vallejo & et al.



(۲۰۰۷)، ضریب آلفای کرونباخ را برای مؤلفه‌های سلامت روانی به ترتیب علایم شکایت جسمانی ۰/۸۴، علایم اضطراب ۰/۸۳، علایم اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۱، علایم افسردگی ۰/۸۵ و برای کل پرسشنامه سلامت عمومی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و اعتبار آن را ۰/۸۰ گزارش کردند.

روش اجرا: ابتدا به مطالعه‌ی نظری پیرامون متغیرهای مورد پژوهش که اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی و ناینایان بود انجام گرفت، سپس پرسشنامه و ابزار مورد نیاز تهیه گردید و جامعه که شامل کلیه‌ی ناینایان شهر اصفهان بود انتخاب شد و از میان آنها گروه نمونه تکمیل گردیده داده‌های به دست آمده با توجه به اهداف، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

روش تجزیه و تحلیل یافته‌ها: داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ی پژوهش با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف پراکنندگی) و نیز آمار استنباطی (همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام به منظور بررسی رابطه‌ی بین اضطراب و افسردگی بر شکایت جسمانی در ناینایان شهر اصفهان) استفاده گردید.

#### یافته‌ها:

در جدول ۱، آمار توصیفی مربوط به شاخص‌های سلامت عمومی ارائه شده است.

جدول ۱: آمار توصیفی مربوط به شاخص‌های سلامت عمومی

| متغیرها            | تعداد | میانگین | انحراف پراکنندگی | واریانس |
|--------------------|-------|---------|------------------|---------|
| اضطراب             | ۱۱۲   | ۶/۴۲    | ۴/۳۳             | ۱۸/۸۱   |
| افسردگی            | ۱۱۲   | ۲/۴۷    | ۳/۶۰             | ۱۳/۰۳   |
| نقص عملکرد اجتماعی | ۱۱۲   | ۱۱/۴۲   | ۵/۰۳             | ۲۵/۴۰   |
| شکایات جسمانی      | ۱۱۲   | ۵/۳۳    | ۳/۷۳             | ۱۳/۹۴   |

چنانکه در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین شاخص‌های سلامت عمومی؛ اضطراب (۶/۴۲)، افسردگی (۲/۴۷) و نقص عملکرد اجتماعی (۱۱/۴۲) و شکایات جسمانی (۵/۳۳) در ناینایان می‌باشد.

نتیجه بررسی این فرضیه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: همبستگی بین شکایات جسمانی با شاخص های روانی

|                    |         |         |              |               |
|--------------------|---------|---------|--------------|---------------|
| نقص عملکرد اجتماعی | افسردگی | اضطراب  |              |               |
| -۰/۰۵۹             | **۰/۳۱۸ | **۰/۵۵۸ | ضریب همبستگی | شکایات جسمانی |
| ۰/۲۶۸              | ۰/۰۰۰   | ۰/۰۰۰   | معناداری     |               |

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می شود، بین شاخص شکایات جسمانی با شاخص های سلامت عمومی؛ اضطراب ( $r=0.558, p<0.01$ ) و افسردگی ( $r=0.318, p<0.01$ ) رابطه ی معناداری وجود دارد. واریانس مشترک شکایات جسمانی با شاخص های مذکور به ترتیب ۳۱ و ۱۰ درصد می باشد.

در جدول ۳ نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون همزمان برای پیش بینی شاخص شکایات جسمانی از طریق شاخص های سلامت عمومی ارائه شده است.

جدول ۳: ضریب همبستگی چند گانه بین شکایات جسمانی و شاخص های سلامت عمومی به همراه تحلیل واریانس رگرسیون

| خطای استاندارد برآورد | مجذور ضریب همبستگی چند گانه تعدیل شده | مجذور ضریب همبستگی چند گانه | ضریب همبستگی چند گانه | معناداری | ضریب F | شاخصهای آماری |      |
|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|----------|--------|---------------|------|
|                       |                                       |                             |                       |          |        | همزمان (ورود) | الگو |
| ۳/۱۳                  | ۰/۲۹۳                                 | ۰/۳۱۲                       | ۰/۵۵۹                 | ۰/۰۰۰    | ۱۶/۳۳۶ | همزمان (ورود) | ۱    |

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می شود تحلیل رگرسیون ( $P<۰/۰۱$  و  $F=۱۶/۳۳۶$ ) از اعتبار لازم برای پیش بینی شکایات جسمانی از طریق شاخص های سلامت عمومی برخوردار بوده است. به عبارت دیگر حداقل یکی از متغیرهای پیش بین (شاخص های سلامت عمومی) دارای توان پیش بین معنادار برای پیش بینی شکایات جسمانی به اندازه ۲۹ درصد بوده اند.

در جدول ۴ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مربوط به شاخص های سلامت عمومی برای پیش بینی شکایات جسمانی ارائه شده است.

جدول ۴: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد شاخص های سلامت عمومی برای پیش بینی شکایات جسمانی

| معداری | t     | ضرایب استاندارد | ضرایب غیراستاندارد    |       | ضرایب و معناداری آنها<br>متغیرهای پیش بین | رتبه |
|--------|-------|-----------------|-----------------------|-------|---|------|
|        |       | Beta            | خطای استاندارد برآورد | B     |   |      |
| ۰/۰۱۷  | ۲/۴۳  | -               | ۰/۹۰۹                 | ۲/۲۰۹ | مقدار ثابت                                | ۱    |
| ۰/۰۰۰  | ۵/۷۵  | ۰/۵۴۰           | ۰/۰۸۱                 | ۰/۴۵۶ | اضطراب                                    | ۲    |
| ۰/۹۴۱  | ۰/۰۷۴ | ۰/۰۰۶           | ۰/۰۶۱                 | ۰/۰۰۴ | نقص عملکرد اجتماعی                        | ۳    |
| ۰/۷۲۲  | ۰/۳۵۷ | ۰/۰۳۴           | ۰/۱۰۰                 | ۰/۰۳۶ | افسردگی                                   | ۴    |

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می شود از بین تمامی شاخص های سلامت عمومی، تنها اضطراب ( $P < ۰/۰۱$  و  $B = ۰/۵۴۰$ ) قادر به پیش بینی معنادار شکایات جسمانی بوده است. بر این اساس و بر یافته های ارائه شده در جدول ۴ معادله پیش بین برای پیش بینی شکایات جسمانی از طریق شاخص های سلامت عمومی به شرح زیر است:

$$\text{(اضطراب)} = ۲/۲۰۹ + ۰/۵۴۰ \times \text{شکایات جسمانی}$$

در جدول ۵ نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی شکایات جسمانی از طریق شاخص های سلامت عمومی ارائه شده است.

جدول ۵: ضریب همبستگی گام به گام بین شکایات جسمانی و شاخص های سلامت عمومی همراه تحلیل واریانس رگرسیون

| خطای استاندارد برآورد | مجدور ضریب همبستگی چند گانه تعدیل شده | مجدور ضریب همبستگی چند گانه | ضریب همبستگی گام به گام | معداری | ضریب F | شاخصهای آماری | رتبه |
|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------|--------|---------------|------|
|                       |                                       |                             |                         |        |        | الگو          |      |
| ۳/۱۱                  | ۰/۳۰۵                                 | ۰/۳۱۱                       | ۰/۵۵۸                   | ۰/۰۰۰  | ۴۹/۷۲۸ | گام به گام    | ۱    |

چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود در مرحله آخر تحلیل رگرسیون ( $P < ۰/۰۱$  و  $F = ۴۹/۷۲۸$ ) از اعتبار لازم برای پیش‌بینی شکایات جسمانی از طریق شاخص‌های سلامت عمومی برخوردار بوده است. به عبارت دیگر متغیرهای پیش‌بین باقی مانده (شاخص‌های سلامت عمومی) در مرحله آخر دارای توان پیش‌بین معنادار برای پیش‌بینی شکایات جسمانی به اندازه ۳۰ درصد بوده‌اند.

در جدول ۶ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مربوط به شاخص‌های سلامت عمومی برای پیش‌بینی شکایات جسمانی ارائه شده است.

جدول ۶: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد شاخص‌های سلامت عمومی برای پیش‌بینی شکایات جسمانی

| معناداری | t     | ضرایب استاندارد | ضرایب غیراستاندارد    |       | ضرایب و معناداری آنها | متغیرهای پیش‌بین |
|----------|-------|-----------------|-----------------------|-------|-----------------------|------------------|
|          |       | Beta            | خطای استاندارد برآورد | B     |                       |                  |
| ۰/۰۰۰    | ۴/۲۶۸ | -               | ۰/۵۲۷                 | ۲/۲۵۱ | مقدار ثابت            | ۱                |
| ۰/۰۰۰    | ۷/۰۵۲ | ۰/۵۵۸           | ۰/۰۶۸                 | ۰/۴۸۰ | اضطراب                |                  |

چنانکه در جدول ۶ مشاهده می‌شود در مرحله آخر از بین تمامی شاخص‌های سلامت عمومی، تنها اضطراب ( $P < ۰/۰۱$  و  $B = ۰/۵۵۸$ ) قادر به پیش‌بینی معنادار شکایات جسمانی بوده است. بر این اساس و نیز بر اساس یافته‌های ارائه شده در جدول ۶ معادله پیش‌بین برای پیش‌بینی شکایات جسمانی از طریق شاخص‌های سلامت عمومی به شرح زیر است:

$$\text{(اضطراب)} = ۰/۵۵۸ + ۲/۲۵۱ = \text{شکایات جسمانی}$$

## بحث

پژوهش اخیر، به بررسی رابطه‌ی بین اضطراب و افسردگی بر شکایات جسمانی پرداخت و نتایج نشان داد که بین شاخص‌های شکایات جسمانی با شاخص‌های سلامت عمومی؛ یعنی اضطراب و افسردگی رابطه‌ی معناداری وجود دارد و با استفاده از تحلیل‌های آماری (تحلیل رگرسیون)، نشان داده شد که حداقل یکی از متغیرهای پیش‌بین (شاخص‌های سلامت عمومی) دارای توان پیش‌بین معنادار برای پیش‌بینی شکایات جسمانی به اندازه ۲۹ درصد بوده و از بین تمامی شاخص‌های سلامت عمومی، تنها اضطراب قادر به پیش‌بینی

معنادار شکایات جسمانی بوده است. همچنین مشاهده شد که تحلیل رگرسیون از اعتبار لازم برای پیش‌بینی شکایات جسمانی از طریق شاخص‌های سلامت عمومی برخوردار بوده است. به عبارت دیگر متغیرهای پیش‌بین باقی‌مانده (شاخص‌های سلامت عمومی) در مرحله آخر دارای توان پیش‌بین معنادار برای پیش‌بینی شکایات جسمانی به اندازه ۳۰ درصد بوده و از بین تمامی شاخص‌های سلامت عمومی، تنها اضطراب، قادر به پیش‌بینی معنادار شکایات جسمانی بوده است. بنابراین با کاهش میزان اضطراب، میتوان از میزان بروز علائم جسمانی کاست، این یافته‌ها با تحقیقات علی‌پور (۱۳۹۰) با بیان این نتیجه که به وسیله‌ی نوشتن و افشای هیجانی نوشتاری، می‌توان اضطراب و استرس را کاهش داد و، پژوهش خلیلیان و همکاران (۱۳۷۹) مبنی بر ارتباط معنادار بین عوامل استرس‌زا و شکایات جسمانی، هم‌چنین پورکاظم و همکاران (۱۳۸۶) مبنی بر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس که منجر به کاهش نشانه‌های جسمانی می‌شود و با یافته‌های شیربیم و همکاران (۱۳۸۸) در مورد اینکه آموزش مدیریت استرس باعث کاهش نشانگان جسمانی و اضطراب می‌شود، یکسان می‌باشد. همچنین می‌توان با افزایش سازگاری از طریق آموزش مهارت‌های زندگی، میزان مقاومت فرد را در برابر مسائل مختلف افزایش داد و از بروز اضطراب و افسردگی جلوگیری کرد، که این یافته‌ها را در نتیجه‌ی پژوهش پورسعید و همکاران (۱۳۸۹) که نشان دادند با آموزش مهارت‌های زندگی به دانشجویان نابینا و کم‌بینا، می‌توان میزان سازگاری آنها را افزایش داد، ملاحظه کرد و تحقیقات آتش‌پور و کاظمی (۱۳۸۷)، اعرابی (۱۳۸۰) و ساجدی (۱۳۸۷) نیز، آن را تأیید کرده‌اند. از طرفی دیگر، نشانه‌های جسمانی را می‌توان با راهبردهای درمان شناختی رفتاری همراه با کایروپراکتیک کاهش داد تا اضطراب و افسردگی فرد، کاهش پیدا کند و در تأیید این رابطه، نتیجه‌ی تحقیقات خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۵) که نشان داد مداخلات خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک نقش مؤثری در درمان اختلالات روان‌تنی یا عضلانی استخوانی نظیر کمردرد و گردن درد دارد و پژوهش مک‌مورلند و سوتر (۲۰۰۰)، همسو است. در این راستا، همچنین می‌توان به یافته‌های تحقیق فریرا (۲۰۰۳) که نشان داد دردهای ناحیه‌ی پشت را می‌توان با استفاده از تنظیم و تطبیق مفاصل و ستون فقرات با دست یا کایروپراکتیک درمان کرد و یافته‌ی شکل و کالتر (۱۹۹۷) مبنی بر اینکه در مجموع درمان کایروپراکتیک نتایج مطلوب تری از سایر روشها مثل فیزیوتراپی دارد و هم‌چنین پژوهش جانسون و داهل (۱۹۹۸) که نشان داد برنامه‌های کنترل شناختی رفتاری به صورت منظم می‌تواند به طور موفقیت‌آمیزی دردهای عضلانی استخوانی را درمان کنند، اشاره کرد.

از آنجایی که در جوامع امروزی، وجود نابینایان غیر قابل انکار است، لذا پیشنهاد می‌شود که با استفاده از امکانات موجود در جامعه، برنامه‌های آموزشی مؤثری از جمله کارگاه‌های شناخت اضطراب و افسردگی، راهکارهای مقابله با آنها، تعیین و تحلیل عوامل ایجادکننده‌ی اضطراب و افسردگی، کارگاه‌های آموزش مهارت‌های زندگی برای نابینایان تدارک و برگزار شود. همچنین برای تسهیل فرآیند پذیرش نابینا بودن و کاهش علائم بالینی اختلالات روانی در نابینایان و همچنین توانبخشی نابینایان، می‌توان از خدمات مشاوره

ای و روان‌درمانی و نیز فعالیت‌های ورزشی، هنری، موسیقی، بهره‌جست و برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود که متغیرهای جامعه‌شناختی نظیر اشتغال، ازدواج، بومی بودن، درآمد و نیز متغیرهای روانشناختی چون هوش و استعداد تحصیلی کنترل شوند. این پژوهش، با همکاری مراکز آموزشی مجتمع توان‌بخشی شهدای ۷ تیر و مجتمع توان‌بخشی فاطمه زهرا (س) و نابینایانی که در سازمان بهزیستی کل استان اصفهان پرونده دارند، انجام شده است، لذا نویسندگان مقاله، از حمایت این مراکز تشکر و قدردانی کرده و سپاس خود را از مسئولان آن مراکز، اعلام می‌دارند.

### منابع فارسی

- اتکینسون، ر. اتکینسون ر. اسمیت، ا. بم، د و نولن- هوکسما. (۱۳۸۵). متن کامل زمینه‌ی روان‌شناسی هیلگارد. ترجمه‌ی محمدنقی براهنی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- اعراب، ش. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سازگاری اجتماعی نوجوانان دختر شرکت‌کننده در برنامه‌های اوقات فراغت سازمان بهزیستی استان اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. اصفهان: دانشگاه آزاد واحد خوراسگان.
- آتش‌پور، ح. کاظمی، ا. (۱۳۸۷). مهارت‌های زندگی: عزت‌نفس، اعتماد به نفس، افزایش رفتار قاطعانه «ابراز وجود»، گوش‌دادن موثر، مقابله با احساس کسالت و بی‌حوصلگی. اصفهان: ابوعطا.
- آتش‌پور، ح و مهدیزادگان، ا. (۱۳۷۶). افسردگی در نابینایان. مجله‌ی تعلیم و تربیت. استثنایی، شماره‌ی نهم.
- بهرامی‌پور، م و ارغنده، ف. (۱۳۸۳). رابطه اختلالات خواب و افسردگی در نوجوانان دختر و پسر نابینا و نیمه‌بینا. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. شماره ۲۱ و ۲۲.
- پورکاظم، ط. نوری، ا. باقریان سراوردی، ر و ادیبی، پ. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی آموزش کنترل استرس بر علایم استرس و بهبودی علایم سوء‌هاضمه‌ی غیر زخمی. مقاله‌ی ارایه شده در اولین همایش سراسری طب روان‌تنی ۲-۳ خرداد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- پورسعید، ر. حبیب‌اللهی، س و فرامرزی، س. (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان سازگاری دانشجویان نابینا و کم‌بینا. مجله‌ی راهبردهای آموزش. دوره‌ی سوم، شماره‌ی ۳.
- تلوزاد، م. (۱۳۸۵). اختلالات روان‌تنی «سایکوسوماتیک». فصلنامه‌ی پیام‌زن. شماره‌ی ۱۷۶.

حسینی، ح و مرتضوی، م. (۱۳۸۹). فراوانی میزان ارجاع و تشخیص های روان پزشکی در بیمارستان امام خمینی ساری در سالهای ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ی بیستم، شماره ی ۸.

خدایاری فرد، م. صادقی، خ و عابدینی، ی. (۱۳۸۵). خانواده درمانی شناختی رفتاری همراه با کایروپراکتیک در درمان اختلالات روان تنی. برگرفته از سایت [WWW.SID.IR](http://WWW.SID.IR)

خلیلیان، ع. حسن زاده، ر و ضرغامی، م. (۱۳۷۹). بررسی ارتباط بین عوامل استرس زا و شکایت جسمانی. مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۰(۲۶):۶۵-۶۱.

دادستان، پریرخ. (۱۳۸۶). روان شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. جلد اول. چاپ هشتم. انتشارات سمت.

دادستان، پریرخ. (۱۳۸۰). روانشناسی مرضی تحولی. جلد اول. تهران: انتشارات سمت.

رادمنش، م و شفیعی، ص. (۱۳۸۱). آسیب شناسی روانی بیماری های روان تنی پوست. فصل نامه ی بیماری های پوست. دوره ی ۵، شماره ی ۳.

رودباری، ا. (۱۳۸۷)، «مقایسه استفاده از یک دست و دو دست و تاثیر برتری جانبی در سرعت بریل خوانی دانش آموزان نابینا پایه های چهارم و پنجم ابتدایی»، پایان نامه ی کارشناسی ارشد رشته ی روان شناسی کودکان استثنایی، تیرماه. روزنهان، د و سلیگمن، م. (۱۳۸۲). آسیب شناسی روانی. ترجمه ی سید محمدی، یحیی. تهران: نشر سالوان.

ریاحی، محمداسماعیل. (۱۳۸۸). ارتباط میزان استرس و شیوع نشانه های اختلالات روان تنی در همسران شاهد. برگرفته از سایت [WWW.SID.IR](http://WWW.SID.IR)

ساجدی، س. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر روابط بین فردی، ابراز وجود و عزت نفس دختران نابینای مجتمع فاطمه الزهرا س. پایان نامه کارشناسی ارشد. اصفهان: دانشگاه آزاد واحد خوراسگان.

سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۹). دستنامه ی پزشکی بالینی. ترجمه ی محسن ارجمند، فرزین رضاعی و نادیا فغانی جدیدی. ویرایش پنجم، (۲۰۱۰). چاپ اول. انتشارات ارجمند.

ساراسون، ایرون. جی و ساراسون، باربارا. آر. (۱۳۸۷). روان شناسی مرضی. ترجمه ی بهمن نجاریان، محمدعلی اصغری مقدم و محسن دهقانی. جلد اول. چاپ هفتم. انتشارات رشد.

شیربیم، ز. سودانی، م. و شفیع آبادی، ع. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت های مدیریت استرس بر کاهش نشانگان جسمانی و اضطراب دانشجویان. مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان. سال ۷، شماره ۳.

عشایری، ح. هومن، ح. جمالی فیروزآبادی، م و وطن خواه، ح. (۱۳۸۸). اثربخشی درمانهای حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و باز پردازش، درمان دارویی و شناخت درمانی در کاهش علائم اضطراب. برگرفته از سایت [WWW.SID.IR](http://WWW.SID.IR)

علی پور، ا. نوربالا، ا. یزدان فر، م و آگاه هریس، م. (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله ی افشای هیجانی در کاهش استرس و بازداری بیماران دارای اختلال روان تنی. فصلنامه ی دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دوره ی ۹، شماره ی ۲.

قائم محمدی، و. (۱۳۸۳). طراحی برنامه ی آموزشی جهت پیشگیری از ابتلا به افسردگی در معلمان شهرستان یزد. پایان نامه ی کارشناسی ارشد بهداشت، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

مایکل، ام. هاردمن، کیلفورد، جی. درو و ام. وینستون اگن. (۱۳۸۹). روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی. ترجمه علیزاده، حمید و همکاران. چاپ دوم. تهران: نشر دانژه.

محمدطهرانی، ح. فاضلی، م و محمدطهرانی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی حساسیت زدایی حرکت چشم بازپردازش در کاهش اضطراب. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار). دوره ی ششم. شماره ی ۲۲.

محمدیان، ی. شهیدی، ش. زاده محمدی، ع و مهکی، ب. (۱۳۸۹). اثر شعر درمانی گروهی بر کاهش نشانه های افسردگی در دانشجویان. برگرفته از سایت [WWW.SID.IR](http://WWW.SID.IR)

مستعملی، ح. (۱۳۷۷). تاثیر آموزش مهارتهای اجتماعی به روش گروهی بر افزایش اعتماد به نفس دختران نابینای شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

وفایی، ب و پوررحیمی، ف. (۱۳۸۳). بررسی نقش عوامل استرس زای زندگی در حمله ی آسم. مجله پزشکی ارومیه. دوره ی ۱۵. شماره ی ۲.

## منابع لاتین

Aruna P, Puviarasan N, Pallaniappan B. (2005). An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorder. *Expert Syst Appl*; 28 (4): 673-9.



Baird, S. M., P. Mayfield, & P. Barker. (1997). "mother' interpretation of the Behavior of their infants with visual and other impairment during interaction" *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 91(5), 484-93.

Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, Muskin PR, Schindler BA, Yates WR, et al. (1998). The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. *The Academy of Psychosomatic Medicine. Psychosomatics* 39(4): S8-30.

Clarke DM, Smith GC. Consultation-liaison psychiatry in general medical units. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29(3): 424-432.

Evans. N. & Bronfort. (2001). *Chronic Neck Pain. (Spine)*. January, (p. 131).

Fard K. Psychiatric diagnoses among inpatient psychiatric consultations in a general hospital. *Andeesheh Va Raftar* 2005; 11(40): 6-14. (Persian)

Ferreira. (2003). *Effects of Manipulative Therapy on Low back pain. (J.M.P.T)*. April, (p.42).

Fontana .Am, Hyra .D, Godfreg.L,. *Impact of a deer -led stress inoculation training intervention on state anxiety and heart .(1999)*.4(1):45-63.

Gala C, Rigatelli M, De Bertolini C, Rupolo G, Gabrielli F, Grassi L. (1999). A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. *Italian C-L Group. Gen Hosp Psychiatry* 21(4): 310-317.

Goldberg, D, P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Maudsley Monograph No. 21. Oxford: Oxford University Press.*

Huysse F, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. (2001). Consultation- Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry* 23(3): 124-132.

Jay, S. M. Elliott, C. H., Katz, E., & Siegel, S. E. (1987). Cognitive – behavioral and pharmacologic interventions for children distress during painful medical procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55,860-865.

Johansson, H., & Dahl, Jo, A. (1998). Effect of a cognitive behavioral pain management program. *Behavior Research and therapy*. 36, (1), 915-930.

Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. (1992) Service utilization and social morbidity association with digressive symptom in the community. *JAMA* 267(11): 1478-1483.

Kaplan HI, Sadocks BJ. (2008). *Synopsis of psychiatry behavioral sciences: clinical psychiatry. Translated to Persian by: Rafiee H, Rezaee F. 10th ed. Tehran: Arjmand Pub; p: 80: 38-87.*

Koenig HG, Shelp F, Goli V, Cohen HJ, Blazer DG. (1989). Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression. *J Am Geriatr Soc* 37(7): 599-606.

Lipwski,Z.J.(1985).*Psychosomatic Medicin and Lisaon psychiatry* . New York:Plenum press.

Mcmorland, L., & Suter, H. (2000). Treatment on Vertebral. *J.M.P.T. March*, 131-54.

Meadows EA, Foa EB. (1999). Cognitive- behavioral treatment of traumatized adults. In: Saigh PA, Bremer JD, Bremner JD (eds). *Posttraumatic stress disorder: a Comprehensive text*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon: 376-390.

Pennebaker JW.(1997). *Opening up: the health power of expressing emotion*. New York: Guilford Press.

Porter LS, Keefe FJ, Hurwitz H, et al. (2005). Disclosure patients with Gastrointestinal cancer and their spouses. *Psychooncology*; 14: 1030-1042.

Sabban EL, Kvetnansky R.(2001). Stress-triggered activation of gene expression in catecholaminergic systems: dynamic of transcriptional events. *Trends Neurosci*. 24 (2): 91-8.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's. (2007). *Synopsis of Psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Shekelle & Coulter. (1997). National board of chiropractic Examiners Review of Research on chiropractic. (p.63).

Simon G, Ormel J, VonKorff M, Barlow W. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry*; 152(3): 352-357.

Smyth JW. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *J Consult Clin Psychol*; 66(1): 174-184.

Vallejo, M. A. , Jordan C. M. Diaz M. I, Comeche MI. Ortega J. (2007). Psychological Assessment via the Internet: A reliability and validity study of online (vs Paper – and–pencli) versions of the mental health questionnaire (GHQ28) and the symptoms checklist 90revised (SCL90R).

Whooley MA, Simon GE. (2000). Managing depression in medical outpatients. *N Engl J Med.*; 26(343): 1942-50.

Wolska & Hurwitz & Morgenstern. (2003). National board of chiropractic Examiners Review of Research on chiropractic. (p. 23).