



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

INTERNATIONAL ASSOCIATION
FOR RAZI & KASHGARI
ENGLISH & CHINESE
University Classification
Department of Psychosomatic
Medicine & 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)

بررسی ارتباط راهبردهای مقابله‌ای با شدت بیماری، افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در

بیماران مبتلا به آسم

مریم سلیمی ترکمانی^۱ - دکتر بهروز بیرشک^۲ - دکتر بنفشه غرایی^۳ - دکتر روزبه نقشین^۴ - سپیده فیروزی^۵

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی ارتباط راهبرد های مقابله‌ای با شدت بیماری، افسردگی، اضطراب و و سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آسم انجام شد. **روش:** در یک طرح پژوهشی پس‌رویدادی، ۱۰۰ نفر (۶۷ زن و ۳۳ مرد) از بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به مطب پزشکان متخصص ریه در تهران مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بلینگز و موس، پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم گردآوری و به کمک روش همبستگی و تحلیل واریانس مورد تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای به ویژه راهبرد هیجان‌مدار با شدت بیماری و سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آسم ارتباط معناداری دارد. **نتیجه‌گیری:** استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار شدت بیماری، افسردگی، اضطراب و سطح کیفیت زندگی را در این بیماران پیش‌بینی می‌کند به این صورت که بیمارانی که از راهبرد های هیجان‌مدار استفاده می‌کنند بیماریشان در مقایسه با بیمارانی که از راهبردهای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند از لحاظ کنترل در سطح نامطلوب تری بود، شدت اضطراب و افسردگی نیز در آنها بالاتر و سطح کیفیت زندگی نیز در آنها پایین تر بود.

کلید واژه‌ها: راهبردهای مقابله‌ای، آسم، اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی

^۱ نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. Maryam553944@yahoo.com

^۲ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران - انیستیتو روانپزشکی تهران

^۳ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران - انیستیتو روانپزشکی تهران

^۴ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، فوق تخصص ریه

^۵ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

relationship between coping styles and anxiety, depression and quality of life in patients with Asthma

Background & aim: this study is aimed to investigate relationship between coping styles and anxiety, depression and quality of life in patients suffering from Asthma.

Methods & Materials: the present study comprised 100 patients with Asthma referring to private clinics in Tehran. In addition to questionnaires relating to demographic information, quality of life, the present study included Beck anxiety inventory (BAI), Beck depression Inventory (BDI). Data was analyzed using descriptive statistics, correlation and multiple regression

Results: The results showed that coping styles specially emotion-based styles has direct significant relationship with depression and anxiety and indirect relationship with quality of life.

Conclusion: In patients with Asthma, the more the point of emotion-based coping style, the more is severity of Asthma, anxiety and depression and also has lower level of quality of life.

Key words: Quality of life, Asthma, depression, *anxiety, coping styles*

مقدمه

آسم یک مشکل بهداشتی عمده در اغلب نقاط دنیا می باشد که هنوز تشخیص و معالجه آن یک معضل بهداشتی است و سالانه تعداد زیادی از مبتلایان به این بیماری جان خود را از دست می دهند. آسم بیماری التهابی و مزمن راه های هوایی است که با انسداد مجاری تنفسی موجب حملات عود کننده تنفس می شود (شریدان^۲ و رادماچر^۳، ۱۹۹۱). بیماری آسم اگرچه به ظاهر یک بیماری جسمی تلقی می شود ولی اهمیت عوامل روانشناختی در ایجاد این بیماری موضوعی است که در تحقیقات دهه های اخیر بسیار مورد بررسی قرار گرفته است. مهم ترین این عوامل که تا کنون تحقیقات بسیاری بر روی آن صورت گرفته است عبارتند از: شخصیت، استرس،

¹ Asthma

² Sheridan

³ Rodmocher

عوامل هیجانی و نقش خانواده که شامل تعامل والد- فرزند و سبک های دلبستگی می باشد (محمود علیلو، انصارین، بیرامی، هاشمی و قره گوزلو، ۱۳۸۶). در ایران طبق آمار گزارش شده توسط کلینیک آسم و آلرژی ۱۰٪ ایرانیان مبتلا به آسم هستند (رحیمیان بوگر، ۱۳۸۸). مشخص شده است که علایم روانشناختی نقش مهمی در شروع دوره های آسم دارد. شواهد متراکم و فزاینده ای نشان میدهند که بین علایم روانپزشکی و تشدید آسم در کودکان و بزرگسالان رابطه ای اساسی وجود دارد (فلدمن^۱، محمود^۲ و مورالس^۳، ۲۰۰۵). به طور کلی پژوهش ها مسیر سببی مستقیمی بین آسم و مشکلات روانشناختی را نشان نداده اند اما نتایج نشان داده است که دامنه وسیعی از مشکلات روانپزشکی در افراد مبتلا به آسم بالاتر است. علایم روانپزشکی نظیر حملات وحشتزدگی یا علایم ترس نیز ممکن است از طریق تنگی نفس با تشدید آسم همراه باشد از طرفی مشکلات روانپزشکی در کودکان و بزرگسالان مبتلا به آسم میتواند توانمندی های مدیریت آسم را به چالش بکشد. پژوهش ها بر رابطه ای خاص بین آسم، اضطراب و علایم افسردگی در گروه های سنی مختلف تاکید می کنند. پژوهش های بالینی نیز رابطه ای اساسی بین سطوح بالای علایم درونی سازی و آسم کودکان نشان داده اند. رابطه بین خلق افسرده، مدیریت ضعیف آسم و آسیب بیشتر نیز در کودکان و بزرگسالان دیده شده است. این احتمال وجود دارد که فشار روانی همراه با آسم ایجاد علایم در کودکان و بزرگسالان را تسریع می نماید (سولیس^۴ و بروکارت^۵، ۲۰۰۶). مقابله با بیماری های مزمن مانند آسم نه تنها متاثر از ویژگی های بیماری می باشد، بلکه متاثر از ویژگی های رفتاری و روانشناختی بیمار نیز می باشد. اگرچه در این مورد که عوامل روانشناختی و جنبه های رفتاری تا چه حد بر بیماری آسم تاثیر می گذارند توافق کمی وجود دارد، بیشترین تحقیقات نشان می دهند که عوامل روانشناختی می توانند بر شیوه های مقابله تاثیر بگذارند و از تغییرات بیماری تاثیر بپذیرند. روش های مقابله ای^۶ افراد و الگو های پاسخ دهی افراد به شرایط استرس زای محیطی و نیز شرایطی مانند بیماری بر روی شرایط فرد بسیار تاثیر گذار می باشد. راهبرد های مقابله ای مختلف اثرات متفاوتی بر سلامت روان و جسم افراد دارد. راهبرد های مقابله ای مختلف که

¹ Feldeman

² Mahmood

³ Morales

⁴ Sovlis

⁵ Brochart

⁶ coping styles

یا به صورت متمرکز بر مشکل و یا به صورت متمرکز بر هیجان و یا اجتنابی می باشند. برای مثال نشان داده شده است که در بیماران آسمی درماندگی و اضطراب و وابستگی با نرخ بالاتری از بستری شدن مرتبط بودند. (توت کورشینسکا^۱، دو^۲، چویی^۳، ۲۰۰۰). در مورد شیوع اختلالات روانپزشکی در میان بیماران مبتلا به آسم تحقیقات زیادی صورت گرفته است. از جمله این تحقیقات بررسی ای است که کیتون^۴ و ریچاردسون^۵ (۲۰۰۴) انجام داده اند و در طی آن متون پزشکی مربوط به کودکان و نوجوانان را که در مورد میزان شیوع همبودی های اختلال اضطرابی در بیماران آسمی می باشد را مورد بررسی قرار دادند. بر اساس این تحقیق هم کودکان و هم نوجوانان مبتلا به آسم به نظر می رسد که نرخ شیوع بالاتری از اختلالات اضطرابی دارند. در جمعیت های مبتلا به آسم تا حدود یک سوم افراد معیار های لازم برای اختلالات اضطرابی را داشتند. در جمعیت های بزرگسال مبتلا به آسم، نرخ تخمین زده شده برای اختلال پانیک از ۶.۵٪ تا ۲۴٪ متفاوت است که به نظر می رسد نشان دهنده این است که همبودی بالایی از اختلالات اضطرابی در بیماران آسمی وجود دارد.

دوهلن^۶ و جانسون^۷ در پژوهشی تحت عنوان "ارتباط اضطراب و افسردگی با پیامد های در مان در بیماران مبتلا به بیماری های انسدادی انسدادی ریه" که در سال ۲۰۰۲ در سوئد انجام شد، به این نتیجه رسیدند که ۴۰٪ از این بیماران به درجاتی از افسردگی مبتلا هستند. مطالعات نشان می دهند که حالت های خلقی منفی مانند اضطراب و افسردگی بر شدت کار کرد ریه در بیماران آسمی تاثیر می گذارند. چندین مطالعه نشان داده اند که شیوع طول عمر بیماری های ریوی مانند آسم، برونشیت و آمفیزم در بیمارانی با اختلال پانیک^۳ برابر نرخی می باشد که در بیماران مبتلا به سایر اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی وجود دارد (گودوین، ۲۰۰۴).

¹Tovt-Korshynska

² Dew

³ Chohey

⁴ Keaton

⁵ Richardson

⁶Dohlen

⁷ Johnson

جونیر^۱، گویال^۲، فری^۳ و فینی^۴ در سال ۱۹۹۶ در پژوهشی تحت عنوان "ارزیابی کیفیت زندگی در کودکان مبتلا به آسم" به این نتیجه رسیدند که زندگی ۶۱.۲٪ از بیماران مبتلا به آسم نا مطلوب است. کیفیت زندگی پایین در این بیماران باعث افزایش شدت بیماری، بستری شدن های مکرر، فرسودگی، خستگی، آمادگی بیشتر برای جذب مشکلات رفتاری و محدودیت در فعالیت ها می شود (هایدر^۵، برتراند^۶ و فالیسارد، ۲۰۰۳). شوتر^۷ و دورهور در سال ۲۰۰۷ در پژوهشی تحت عنوان "بررسی رابطه بین کیفیت زندگی زندگی ویژه آسم و کنترل آسم" به این نتیجه رسیدند که بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند به میزان بیشتری نشانه ها و علائم بیماری آسم مانند خس خس سینه و سرفه را نشان می دهند و مشکلات هیجانی و روانشناختی نیز در آنها بیشتر می باشد. اکیک و کارا^۸ (۲۰۰۵) در پژوهشی با عنوان "بررسی رابطه عواطف منفی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آسم" که به منظور ارزیابی تاثیر سطح هیجان منفی و تاثیر آن روی کیفیت زندگی در بیماران آسمی انجام شد، نشان دادند که سطوح عاطفه منفی بر شدت بیماری و کیفیت زندگی این بیماران تاثیر دارد.

استرس همواره یکی از مهمترین جنبه های زندگی آدمی بوده است. به خصوص در مورد بیماران که استرس زاهای زندگی به گونه ای مضاعف می شوند، بررسی این استرس ها و شیوه های مقابله این افراد یا این استرس زها می تواند نکات مهمی را نشان دهد. شاید بتوان گفت که استرس فی نفسه بد و مشکل ساز نیست، بلکه مهم چگونگی مقابله با این شرایط است لذا راهبرد هایی که فرد برای مقابله انتخاب می کند جزئی از نیمرخ آسیب پذیری وی محسوب می شود. در مورد مقابله تعاریف زیادی وجود دارد که شباهت های زیادی با یکدیگر دارند. به برخی از این تعاریف و رویکردها اشاره می شود: مقابله تلاش های شناختی و رفتاری برای کنترل فشارهای

¹-Juniper

² Guyall

³ ferry

⁴ Feeny

⁵ Hayder

⁶ Bertrand

⁷ Schoter Dorhofe

⁸ Ekici ,Kara

درونی و بیرونی خاص است که به عنوان منابع فردی مورد ارزیابی قرار می گیرد (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴؛ به نقل از ادواردز^۱، هانیگان^۲، برنارد^۳ و فترگیل^۴، ۲۰۰۰). شیوه های مختلفی را که که فرد برای رویارویی با یک موقعیت استرس زا به کار میگیرد را اغلب اغلب به عنوان راهبرد های مقابله ای تعریف کرده اند. استفاده از اصطلاح مقابله در دهه ۱۹۶۰ برای توصیف دسته ای معین از مکانیسم های دفاعی سازشی باز می گردد. امروزه تعریفی که به شکل فراوان و رایج از این اصطلاح به کار می رود به این شرح است: " پاسخ فرد به استرس زا های درونی و بیرونی که فراتر از منابع فرد ارزیابی می شوند و می توانند سلامتی فرد را به خطر اندازند (لازاروس و فولکمن، ۱۹۹۳ به نقل از محمدی ۱۳۸۴). فولکمن و لازاروس (۱۹۸۸) دو نوع مقابله را از هم متمایز می سازند: ۱- مقابله متمرکز بر مساله: یک راهبرد مواجهه ای است و فرد بدین وسیله می کوشد تا خود تهدید یعنی علت ناراحتی کاهش دهد. ۲- مقابله متمرکز بر هیجان: یک راهبرد اجتنابی است و فرد بدین وسیله می کوشد به تنظیم هیجانات متعاقب فشار روانی پرداخته و پریشانی و ناراحتی روانشناختی را کاهش دهد (به نقل از زارعی دوست، ۱۳۸۲). به رغم تغییر مفاهیم روانشناختی در حوزه بیماری های جسمانی هنوز تمایلی به در نظر گرفتن حالاتی تحت عنوان بیماری های روان تنی وجود دارد. در میان این سندروم ها آسم بارز می باشد. این بیماری به نظر براساس شماری از دید گاه های قدیمی است که شامل شخصیت آسیب پذیر، تعارض ها، هیجان ها و فشار های روانشناختی می شوند. از این رو همواره پژوهشگران به بررسی متغیر های روانشناختی در این بیماران علاقه فراوان داشته اند و علاوه بر تعیین نرخ اختلالات روانپزشکی در این بیماران، رابطه این بیماری را با بسیاری از عوامل مطرح شده در روانشناسی مورد بررسی قرار داده اند (رحیمیان بوگر، ۱۳۸۸).

در بررسی حاضر ارتباط راهبردهای مقابله ای با شدت بیماری، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آسم مورد بررسی قرار گرفت و تلاش شد این فرضیه ها در پژوهش مورد بررسی قرار گیرند: ۱- بین نوع راهبرد های مقابله ای و شدت بیماری در بیماران مبتلا به آسم ارتباط معنا دار وجود دارد. ۲- بین نوع راهبرد های مقابله ای و شدت اضطراب در افراد مبتلا به آسم ارتباط

¹ Edwards

² Hannigan

³ Burnard

⁴ Fothergil

معنا دار وجود دارد. ۳- بین نوع راهبرد های مقابله ای و شدت افسردگی در افراد مبتلا به آسم ارتباط معنا دار وجود دارد. ۴- بین نوع راهبرد های مقابله ای و سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آسم ارتباط معنا دار وجود دارد.

روش ها

پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه ای یا پس رویدادی می باشد. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به آسم مراجعه کننده به مطب پزشکان متخصص ریه در تهران بودند. بر اساس نمونه در دسترس انتخاب شد. نمونه مورد مطالعه ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به مطب پزشکان متخصص ریه در تهران بودند که ملاک های زیر را دارا بودند: ابتلا به بیماری آسم که توسط پزشک معالج تایید شده است. سابقه بیش از یک سال ابتلا به بیماری آسم وجود داشته باشد. دامنه سنی بین ۱۵ تا ۶۵ سال، سطح تحصیلات حداقل سیکل، نداشتن شرایط بحرانی در زمان پر کردن پرسشنامه، از قبیل شرایط جسمانی نامناسب که مانع از پر کردن پرسشنامه ها شود. ملاک های خروج از مطالعه نیز شامل ابتلا به سایر بیماری های مزمن، از قبیل دیابت، بیماری های قلبی داشتن سرطان یا سایر بیماری های صعب العلاج ابتلا به افسردگی و اضطرابی که تحت درمان دارویی باشد، می شد. نمونه این پژوهش به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و به صورت در دسترس انتخاب شدند. ملاک های ورود و خروج بیماران در اختیار پزشک متخصص ریه قرار گرفت. پزشک متخصص ریه بر اساس ملاک های ارائه شده، بیماران واجد شرایط را در جریان پژوهش قرار داد. پس از انتخاب آزمودنی ها بر اساس ملاک های ورود و خروج پژوهشگر نیز توضیحات کاملی در مورد نحوه اجرا به آزمودنی ها ارائه داد و رضایت نیز به صورت شفاهی از بیماران در یافت شد. سپس کلیه آزمودنی ها ابزارهای پژوهش یعنی، پرسشنامه اضطراب بک را جهت تعیین شدت اختلالات اضطرابی، پرسشنامه افسردگی بک جهت تعیین شدت اختلالات افسردگی، پرسشنامه راهبردهای مقابله ای و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم را تکمیل نمودند. آزمونگر با توجه به علایم بیماران و استفاده از معیار GINA شدت بیماری را تعیین می کرد.

ابزارهای اندازه گیری

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی در بزرگسالان مبتلا به آسم^۱ بود که توسط مارکز^۲ و همکاران در دانشگاه سیدنی استرالیا بین سال های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۲ تهیه و تدوین شده است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش دهی^۳ ۶۹ آیتمی است که کیفیت زندگی را در ۵ بعد عملکرد تنفسی، فعالیت جسمانی، عملکرد خلقی، عملکرد اجتماعی و درک کلی از سلامتی می سنجد. پرسشنامه پاسخ های مقابله ای بلینگر و موس (۱۹۸۱، به نقل از عنایتیان، ۱۳۷۸). این پرسشنامه را که حاوی ۱۹ ماده می باشد که در آن، بحران شخصی، تجارب فشار زا و نحوه در گیری با رویداد های مذکور در آن قید شده بود، برای ارزیابی پاسخ های مقابله ای تنظیم نمودند. پاسخ های مقابله ای به ۳ بخش شناختی فعال، رفتاری فعال و اجتنابی با د نظر گرفتن روایی صوری تقسیم شده و اعتبار و همسانی درونی گزارش شده بر اساس سه خرده مقیاس بین ۴۴.۰ تا ۸۰.۰ می باشد. - پرسشنامه افسردگی بک^۴: پرسشنامه افسردگی بک (BDI) ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی ای. تی. بک^۵، وارد مندلسون^۶، موک^۷، و ارباف^۸ معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در ۱۹۷۸ منتشر گردید (ای. تی. بک، راش^۹، شاو^{۱۰}، و ایمری^{۱۱}، ۱۹۷۹). اگرچه، فرم اخیر موسوم به BDI-IA که در آن ماده های پرسشنامه روشن تر اصلاح شده اند، اما معلوم شد که این فرم همبستگی بالایی با (۹۴٪) با یکدیگر دارند (لایت فوت^{۱۲}، اولیور^{۱۳}، ۱۹۸۵). در سال ۱۹۹۶ برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه ها در این آزمون تجدید نظر اساسی صورت گرفت (BDI-II) (بک و همکاران، ۱۹۹۶). بدین ترتیب این آزمون با ملاک های تشخیصی اختلال های افسردگی DSM-IV هماهنگی بیشتری یافت. به منظور انعکاس نشانه هایی که با افسردگی شدید تر همراهند ۴ ماده آن تغییر داده شد. برای بهتر

¹ Asthma Quality of Life Questionair

²-Marks

³-The Beck Depression Inventory

⁴-A.T.Beck

⁵-Ward Mendelson

⁶-Mock

⁷-Erbaugh

⁸-Rush

⁹-show

¹⁰-Emery

¹¹-Lightfoot

¹²-Oliver

نشان دادن کاهش اشتها و خواب در ۲ ماده آن تجدید نظر به عمل آمد. به علاوه، متن یا جمله بندی بسیاری از ماده های دیگر تغییر یافت (فتیحی آشتیانی، ۱۳۸۸). این آزمون از نوع خودسنجی است و برای تکمیل آن بین ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان لازم است. دامنه نمره ها بین حداقل ۰ تا ۶۳ قرار دارد، اما تنها در سطوح بسیار شدید افسردگی نمره های ۴۰ تا ۵۰ به دست می آید. به طور معمول، نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیر بیمار در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می گیرد (ای.تی.بک، ۱۹۹۶، به نقل از گراث مارنات، ۲۰۰۳). از زمان معرفی BDI در سال ۱۹۶۱، ارزیابی های جدی روانسنجی در مورد آن صورت گرفته است. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد BDI| BDI-IA اصلی حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی آن ۰.۷۳ تا ۰.۹۲. با میانگین ۰.۸۶ است (ای.تی.بک، استیر^۱، و گاربین^۲، ۱۹۸۸). ضرایب اعتبار حاصل از باز آزمایی برحسب فاصله بین دفعه های اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰.۴۸ تا ۰.۸۶ قرار دارند (بک و همکاران، ۱۹۹۸). اما اجرای هفتگی این آزمون طی هفت هفته در مورد دانشجویان کاهش نمره ها تا ۴۰.۰ نشان داده است (اهاو^۳، یانون^۴، گربشتاین^۵، و شیر لینگ^۶، ۱۹۹۸ به نقل از گراث مارنات، ۲۰۰۳). - پرسشنامه اضطراب بک^۷: ارزیابی علایم علایم اضطراب در تشخیص گذاری ها و درمان از اهمیت خاص برخوردار است. هر چند تاکنون مقیاس های زیادی، با توجه به دیدگاه های مختلف به وجود آمده است (مثل کاستلو^۸، ۱۹۷۶، اندلر^۹، ۱۹۹۱، زونگ^{۱۰}، ۱۹۶۵)، بررسی این مقیاس ها نشان می دهد که که احتمالاً مشکلاتی در مفهوم سازی نظری و ویژگی روش شناختی آنها وجود دارد (دابسون^{۱۱}، ۱۹۸۵، مندلر^{۱۲} و همکاران، ۱۹۷۲). با توجه به این مشکلات، آیرون بک و همکارانش (۱۹۹۰) پرسشنامه اضطراب بک BAI را معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت علایم اضطراب بالینی را در افراد می سنجد. پرسشنامه اضطراب بک، یک پرسشنامه خود گزارشی است که برای اندازه گیری

¹ -Steer

² -Garbin

³ -Ahave

⁴ -Iannone

⁵ -Grebstein

⁶ -Schirling

⁷ -Beck Anxiety Inventory (BAI)

⁸ -Costell

⁹ -Endler

¹⁰ -Zung

¹¹ -Dabson

¹² -Mendels

شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). مطالعات انجام شده نشان می دهد که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار می باشد. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰.۹۲، اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰.۷۸۵ و همبستگی ماده های آن از ۰.۳۰ تا ۰.۷۶۰ متغیر می باشد. پنج نوع روایی محتوا همزمان سازه تشخیصی و عامل برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشد (بک و همکاران، ۱۹۸۸). برخی تحقیقات در ایران در مورد خصوصیات روانسنجی این آزمون انجام گرفته است. به عنوان مثال: غرابی (۱۳۷۲) ضریب اعتبار آن را با روش باز آزمایی و به فاصله دو هفته ۰.۸۰ گزارش کرده است. همچنین کاویانی و موسوی (۱۳۷۸)، در بررسی ویژگی های روانسنجی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب روایی در حدود ۰.۷۲ و ضریب اعتبار آزمون-آزمون مجدد به فاصله یک ماه را تا ۰.۸۳ و آلفای کرونباخ ۰.۹۲ را گزارش کردند (به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). -**مقیاس^۱ GINA برای طبقه بندی شدت بیماری آسم:** تعیین شدت این بیماری از طریق وجود علائم روزانه، علائم شبانه و آزمایشات بالینی از جمله اسپرومتری صورت می گیرد. در پژوهش حاضر برای تقسیم بندی شدت بیماری افراد مبتلا به آسم از طبقه بندی GINA میزان کنترل آسم که مربوط به افراد بالای ۱۲ سال می باشد استفاده شد. این تقسیم بندی بیماران را به لحاظ کنترل بیماری در ۳ وضعیت قرار می دهد: ۱- وضعیت کنترل مطلوب ۲- وضعیت کنترل نسبتاً مطلوب ۳- وضعیت کنترل نامطلوب. این تقسیم بندی بر اساس شدت علائم و دفعات بروز، دفعات بیدار شدن های شبانه و تداخل در فعالیت های معمول و استفاده از بتا آگونیست ها برای کنترل نشانه ها صورت می گیرد. به این صورت که برای بیماری در وضعیت کنترل مطلوب دفعات بروز علائم ۲ روز در هفته یا کمتر می باشد، دفعات بیداری های شبانه ۲ بار در ماه یا کمتر می باشد. بیماری هیچ گونه تداخلی در زندگی و فعالیت های روزمره معمول ایجاد نمی کند و دفعات استفاده از بتا آگونیست ها ی short-acting برای کنترل نشانه ها ۲ بار در هفته یا کمتر می باشد. اما در مورد بیماری در وضعیت کنترل نسبتاً مطلوب دفعات بروز علائم بیشتر از ۲ روز در هفته، دفعات بیداری ۳ تا ۱ بار در هفته، دفعات استفاده از بتا آگونیست ها کمتر از ۲ روز در هفته می باشد و بیماری محدودیت هایی را در زندگی بیمار ایجاد می کند. در وضعیت کنترل نامطلوب علائم در

تمام طول روز ظاهر می شوند، بیداری های شبانه ۴ بار در هفته یا بیشتر می باشند، در طول روز چندین بار از بتا آگونیست ها استفاده می شود و بیماری محدودیت های وسیعی در فعالیت ها و زندگی روزمره بیمار ایجاد می کند (سیسل، ۱۹۹۶).

یافته ها

همان طور که در جدول ۱ آمده، نمرات اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اسم در حد متوسط (۶۳/۲۱ و ۷۶/۲۴) می باشد. راهبرد متمرکز بر هیجان نیز به طور معناداری بیشتر از راهبرد متمرکز بر مسئله می باشد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی و شدت بیماری

مقیاس ها	میانگین
	(انحراف استاندارد)
کیفیت زندگی	۱۲۶/۰۳ (۲۰/۳۴۹)
راهبرد مقابله ای مسئله مدار	۹/۶۱ (۲/۴۹۰)
راهبرد مقابله ای هیجان مدار	۲۰/۴۱ (۴/۹۰۷)
اضطراب	۲۱/۶۳ (۸/۸۶۶)
افسردگی	۲۴/۷۶ (۹/۴۰۱)

فرضیه ۱: بین نوع راهبرد مقابله ای و شدت بیماری در بیماران مبتلا به آسم ارتباط معنادار وجود دارد.

یافته ها در مورد فرضیه اول نشان می دهند که تنها راهبرد متمرکز بر هیجان است که می تواند شدت بیماری به طرز معناداری پیش بینی کند.

جدول ۲: آزمون رابطه بین نوع راهبرد مقابله ای و شدت بیماری در بیماران مبتلا به آسم

نام متغیر	B	S.E.	WALD	درجه آزادی	sig	Exp(B)
راهبرد متمرکز بر هیجان	۰/۵۶۴	۰/۱۶۷	۱۱/۴۶۱	۱	۰/۰۰۱	۱/۷۵۷
راهبرد متمرکز بر مسئله	۰/۳۶۳	۰/۲۲۴	۲/۶۱۷	۱	۰/۱۰۶	۱/۴۳۸

به منظور بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله ای و شدت بیماری بیماران مبتلا به آسم از تکنیک آماری رگرسیون لجستیک استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصله، تنها راهبرد متمرکز بر هیجان بر شدت بیماری تاثیر معناداری دارد. در رابطه با تاثیر راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان $B=0.564$ نشان دهنده رابطه مثبت و مستقیم است. یعنی با افزایش نمره افراد در راهبرد متمرکز بر هیجان به عنوان متغیر پیش بین شدت بیماری آنها نیز بهبود می یابد. $Exp=1.757$ به این معنی است که افزایش هر واحد به نمره راهبرد متمرکز بر هیجان با افزایش بخت بهبود یافتن بیماری با عاملی برابر ۱.۷۵۱ همراه است. در رابطه با سودمندی این نتایج با توجه به $WALD=11.461$ و $Sig=.001$ می توان چنین اظهار کرد که راهبرد مقابله ای هیجان مدار می تواند شدت بیماری بیماران مبتلا به آسم را پیش بینی کند.

اما در رابطه با راهبرد متمرکز بر مسئله باید گفت که $B=0.363$ نشان دهنده رابطه مثبت و مستقیم بین دو متغیر است. به این معنی که با افزایش نمره راهبرد متمرکز بر مسئله شدت بیماری بیماران نیز به سمت وضعیت مناسب پیش می رود. $Exp=1.438$ نیز نشان می دهد که افزایش هر واحد به نمره راهبرد متمرکز بر مسئله با افزایش بخت بهبود یافتن بیماری با عاملی برابر ۱.۴۳۸ همراه است. در رابطه

با سودمندی این نتایج با توجه به $WALD=2.617$ و $Sig=.106$ باید گفت که نمره افراد در راهبرد متمرکز بر مسئله نمی تواند شدت بیماری افراد را پیش بینی کند.

فرضیه شماره ۲: بین نوع راهبرد مقابله ای و شدت اضطراب در بیماران مبتلا به آسم رابطه معناداری وجود دارد.

به منظور بررسی رابطه نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان و شدت اضطراب از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصله (جدول ۳)، همبستگی بالایی ($R = .656$) بین نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان و شدت اضطراب وجود دارد. مقدار $R^2 = .43$ نشان می دهد که متغیر مستقل تأثیری متوسطی در تبیین تغییرات مشاهده شده در جمعیت نمونه از نظر شدت اضطراب داشته است. ضریب بتا $Beta = .656$ ، جهت مثبت و رابطه مستقیم بین دو متغیر را نشان می دهد. ضریب 1.185 $B =$ حاکی از این است که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان) 1.185 واحد به متغیر وابسته (شدت اضطراب) افزوده می شود. در مورد معنی دار بودن رابطه فوق با توجه به مقادیر $T = 8.602$ و $f = 73.988$ $Sig = .001$ رابطه فوق تایید می شود، یعنی بین نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان و شدت اضطراب رابطه معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر هر چه نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان بالاتر رود شدت افسردگی آنها نیز بیشتر خواهد شد. در جدول ۳ به منظور بررسی رابطه بین نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و شدت اضطراب از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصله، همبستگی متوسطی ($R = 0.347$) بین نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و شدت اضطراب وجود دارد. مقدار $R^2 = 0.120$ نشان می دهد که متغیر مستقل تأثیری کمی در تبیین تغییرات مشاهده شده در جمعیت نمونه از نظر شدت اضطراب داشته است. ضریب بتا $Beta = -0.347$ ، جهت منفی و رابطه معکوس بین دو متغیر را نشان می دهد. ضریب -1.234 $B =$ حاکی از این است که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله) -1.234 واحد به متغیر وابسته (شدت اضطراب) افزوده می شود. در مورد معنی دار بودن رابطه فوق با توجه به مقادیر $T = -6.583$ و 13.379

$f = 0.001 = \text{Sig}$ رابطه فوق تایید می‌شود، یعنی نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و شدت اضطراب رابطه معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله شدت اضطراب آنها کاسته می‌شود.

جدول ۳: آزمون رگرسیون بین نمره افراد در راهبرد مقابله‌ای و شدت اضطراب

نام متغیر	R	R ²	ضریب B	Beta	t	F	sig
راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان	۰/۵۶۵	۰/۴۳۰	۱/۱۸۵	۰/۶۵۶	۰/۶۰۲	۷۳/۹۸۸	۰/۰۰۱
راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله	۰/۳۴۷	۰/۱۲۰	-۱/۲۳۴	۰/۳۴۷	۰/۶۵۸-	۱۳/۳۷۹	۰/۰۰۱

فرضیه شماره ۳: بین نوع راهبرد مقابله ای و شدت افسردگی در افراد مبتلا به آسم ارتباط معنادار وجود دارد.

در جدول ۴ به منظور بررسی رابطه بین نمره آزمودنی‌ها در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان و شدت افسردگی از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصله، همبستگی متوسطی ($R = 0.656$) بین نمره آزمودنی‌ها در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان و شدت افسردگی وجود دارد. مقدار $R^2 = 0.43$ نشان می‌دهد که متغیر مستقل تأثیری متوسطی در تبیین تغییرات مشاهده شده در جمعیت نمونه از نظر شدت افسردگی، داشته است. ضریب بتا $Beta = 0.656$ ، جهت مثبت و رابطه مستقیم بین دو متغیر را نشان می‌دهد. ضریب $B = 1.185$ حاکی از این است که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (نمره آزمودنی‌ها در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان)، 1.185 واحد به متغیر وابسته (شدت افسردگی) افزوده می‌شود. در مورد معنی دار بودن رابطه فوق با توجه به

مقادیر $T=8.602$ و $F=73.99$ و $Sig=.000$ رابطه فوق مورد تایید می باشد. یعنی بین نمره آزمودنی‌ها در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان و شدت افسردگی رابطه معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر هر چه نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان بیشتر باشد شدت افسردگی آنها نیز بیشتر می شود. در جدول ۴ به منظور بررسی رابطه بین نمره آزمودنی‌ها در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و شدت افسردگی از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصله، همبستگی پایینی ($R=.474$) بین نمره آزمودنی‌ها در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و شدت افسردگی وجود دارد. مقدار $R^2=.224$ نشان می‌دهد که متغیر مستقل تأثیری کمی در تبیین تغییرات مشاهده شده در جمعیت نمونه از نظر شدت افسردگی داشته است. ضریب بتا $Beta=-.474$ ، جهت منفی و رابطه معکوس بین دو متغیر را نشان می‌دهد. ضریب $B=-1.788$ حاکی از این است که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (نمره آزمودنی‌ها در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله)، -1.788 واحد به متغیر وابسته (شدت افسردگی) افزوده می‌شود. در مورد معنی دار بودن رابطه فوق با توجه به مقادیر $T=-5.322$ و $Sig f=.001=28.323$ رابطه فوق تایید می‌شود، یعنی بین نمره آزمودنی‌ها در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و شدت افسردگی رابطه معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر هر چه نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله بیشتر باشد شدت افسردگی آنها کمتر می‌شود.

جدول ۴: آزمون رابطه بین نمره آزمودنی‌ها در راهبرد مقابله ای و شدت افسردگی

نام متغیر	R	R ²	ضریب B	Beta	t	F	سطح معناداری
راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان	۰/۶۵۶	۰/۴۳	۱/۱۸۵	۰/۶۵۶	۸/۶۰۲	۷۳/۹۹۸	۰/۰۰۱
راهبرد متمرکز بر مسئله	۰/۷۴۷	۰/۲۲۴	۱/۷۸۸-	-۰/۴۷۴	۵/۳۲۲-	۲۸/۳۲۳	۰/۰۰۱

فرضیه شماره ۴: بین نوع راهبرد مقابله ای و سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آسم ارتباط معنادار وجود دارد.

در جدول ۵ به منظور بررسی رابطه بین نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان و سطح کیفیت زندگی از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصله، همبستگی متوسطی ($R = .469$) بین نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان و سطح کیفیت زندگی وجود دارد. مقدار $R^2 = .220$ نشان می‌دهد که متغیر مستقل تأثیر بسیار ناچیزی در تبیین تغییرات مشاهده شده در جمعیت نمونه از نظر شدت، داشته است. ضریب بتا $Beta = -.496$ ، جهت منفی و رابطه معکوس بین دو متغیر را نشان می‌دهد. ضریب $B = -1.978$ حاکی از این است که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان) -1.978 واحد به متغیر وابسته (سطح کیفیت زندگی) افزوده می‌شود. در مورد معنی دار بودن رابطه فوق با توجه به مقادیر $T = -5.196$ و $f = 27.000$ ، $Sig = 0.001$ رابطه فوق تایید می‌شود، یعنی بین نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان و سطح کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر هرچه نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان بیشتر باشد سطح کیفیت زندگی آنها کاهش می‌یابد. جدول ۵ به منظور بررسی رابطه بین نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و سطح کیفیت زندگی از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصله، همبستگی ضعیفی ($R = .278$) بین میزان نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و سطح کیفیت زندگی وجود دارد. مقدار $R^2 = .077$ نشان می‌دهد که متغیر مستقل تأثیر ناچیزی در تبیین تغییرات مشاهده شده در جمعیت نمونه از نظر سطح کیفیت زندگی، داشته است. ضریب بتا $Beta = 278$ ، جهت مثبت و رابطه مستقیم بین دو متغیر را نشان می‌دهد. ضریب $B = 2.272$ حاکی از این است که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله)، 2.272 واحد به متغیر وابسته (سطح کیفیت زندگی) افزوده می‌شود. در مورد معنی دار بودن رابطه فوق با توجه به مقادیر $T = 2.831$ و $f = 8.013$ ، $Sig = .006$ رابطه فوق تایید می‌شود. یعنی بین نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و سطح کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش نمره راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله افراد سطح کیفیت زندگی آنها نیز افزایش می‌یابد. در جدول ۵ به منظور بررسی رابطه بین نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و سطح کیفیت زندگی از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصله، همبستگی

ضعیفی ($R = 278$) بین میزان نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و سطح کیفیت زندگی وجود دارد. مقدار $R^2 = 0.07$ نشان می‌دهد که متغیر مستقل تاثیر ناچیزی در تبیین تغییرات مشاهده شده در جمعیت نمونه از نظر سطح کیفیت زندگی، داشته است. ضریب بتا $Beta = 278$ ، جهت مثبت و رابطه مستقیم بین دو متغیر را نشان می‌دهد. ضریب $B = 2.272$ حاکی از این است که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله)، 2.272 واحد به متغیر وابسته (سطح کیفیت زندگی) افزوده می‌شود. در مورد معنی دار بودن رابطه فوق با توجه به مقادیر $T = 2.831$ و $f = 8.013$ و $Sig = 0.006$ رابطه فوق تایید می‌شود. یعنی بین نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و سطح کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش نمره راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله افراد سطح کیفیت زندگی آنها نیز افزایش می‌یابد.

جدول 5: آزمون رابطه بین نمره افراد در راهبرد مقابله ای و سطح کیفیت زندگی

سطح	F	t	Beta	B	ضریب	R^2	R
0/001	27	-5/196	-0/469	1/978-	0/220	0/469	راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان
0/006	8/013	2/831	0/278	2/272	0/077	0/278	راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که بین نوع راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و شدت بیماری آسم در این بیماران رابطه ای مثبت و مستقیم وجود دارد، به این معنی که با افزایش نمره افراد در راهبرد متمرکز بر مسئله شدت بیماری در این بیماران به سمت وضعیت مناسب پیش می‌رود اما این رابطه چندان معنادار نمی‌باشد. اما بین راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان و شدت بیماری رابطه مستقیم و معناداری به دست آمد،

یعنی این راهبرد تاثیر معناداری بر شدت بیماری آسم دارد یعنی با افزایش نمره افراد در راهبرد متمرکز بر هیجان شدت بیماری در این بیماران به سمت وضعیت نامناسب پیش می رود. به این صورت که شدت بیماری آسم در بیمارانی که از راهبرد متمرکز بر هیجان استفاده می کردند بیشتر بود. همسو با نتایج پژوهش حاضر، در پژوهشی که بر روی ۵۰۰ نفر بزرگسال مبتلا به آسم صورت گرفت، مشخص شد که مقابله های هیجانی در بیماران مبتلا به آسم شدید بیشتر دیده می شود (لاووی^۱، بوتیلر^۲، باکون^۳، لمیره^۴، مارتین^۵، حمید^۶، لودویگ^۷، اولیونستین^۸ و ارنست^۹، ۲۰۱۰). همسو با نتایج تحقیق حاضر کامپاز و همکاران (۲۰۰۱)، به نقل از رحیمیان بوگر (۱۳۸۷) نشان دادند که بین مقابله انطباقی و مسئله مدار و بهبود بیماری های مزمن تنفسی و عود کمتر رابطه مثبتی وجود دارد.

همسو با نتایج تحقیق حاضر کامپاز و همکاران (۲۰۰۱)، به نقل از رحیمیان بوگر (۱۳۸۷)، نشان دادند که بین مقابله انطباقی و مسئله مدار و بهبود بیماری های مزمن تنفسی و عود کمتر رابطه مثبتی وجود دارد.

از جمله بیماری های دیگری که به نقش عوامل روانشناختی در آن اشاره شده است و علایمی از جسمانی سازی در آن دیده می شود، سندروم روده تحریک پذیر (IBS) می باشد. خرامین، نیلی، محمدی، مبشری (1387) نقص در شیوه های مقابله ای را در بیماران ایرانی مبتلا به IBS گزارش کردند.

بیماری های قلبی نیز از دیگر بیماری هایی است که عوامل روانشناختی از جمله راهبرد های مقابله ای در مورد این بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. همین دلیل با توجه به کمبود مطالعات در حوزه بیماران آسمی به مطالعات صورت گرفته در بیماری هایی مانند بیماری قلبی نیز اشاره می شود. برای مثال استفاده از راهبردهای مسئله مدار برای مقابله با رویداد های استرس زا در بیماران انفارکتوس قلبی به طور معناداری کمتر از افراد سالم بوده است. در عوض آنها از راهبرد های هیجانی و نامناسب بیشتر استفاده نمودند (حیدری پهلویان،

¹ Lavoie

² Bouthillier

³ Bacon

⁴ Lemiere

⁵ Martin

⁶ Hamid

⁷ Ludwig

⁸ Olivenstein

⁹ Ernst

قراخانی، محجوب، ۱۳۸۹). چنین یافته ای موید نتایج پژوهش حاضر می باشد که نشان می دهند استفاده از راهبردهای هیجان محور با شدت بیشتر در این بیماران ارتباط دارد.

کراتز^۱ و مک کنی^۲ (2002) نیز در پژوهشی که در مورد بیماران مبتلا به سرطان سیستماتیک انجام دادند، به بررسی پاره ای از عوامل روانشناختی در این بیماران پرداختند که از جمله این عوامل سبک های مقابله با استرس در این بیماران بود. محققان نشان دادند که این بیماران چه قبل از شروع بیماری و چه بعد از آن به طور معناداری راهبردهای هیجان مدار و به خصوص راهبردهای اجتنابی و بازداری هیجانی را بیشتر از راهبردهای متمرکز بر مسئله به کار می برند.

به طور کلی نتیجه پژوهش مذکور هماهنگ با نتایج تحقیق های متعدد، مبنی بر اینکه بین نوع راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و شدت بیماری در بیماران مبتلا به آسم و نیز بیماری های مزمن دیگری مانند بیماری های قلبی ارتباط وجود دارد، صحه می گذارد. نتایج نشان داد که بین راهبرد های مقابله ای متمرکز بر هیجان و شدت اضطراب ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد. به عبارتی هر چه نمره فرد در راهبردهای مقابله ای متمرکز بر هیجان بیشتر باشد، شدت اضطراب در این بیماران بیشتر می باشد.

نتایج نشان داد که بین راهبرد های مقابله ای متمرکز بر مسئله و شدت اضطراب ارتباط معکوس و معناداری وجود دارد. به عبارتی با افزایش نمره افراد در راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله از شدت اضطراب آنها کاسته می شود.

اطلاعات کمی در مورد راهبردهای مقابله ای در بیماران آسمی و هم چنین رابطه بین این راهبرد های مقابله ای و شدت علائم اضطراب و افسردگی در این بیماران در متون مربوطه وجود دارد. با این حال در مورد بیماران قلبی پژوهش هایی از این دست فراوان به چشم می خورد. برای مثال وبستر^۳ (2000) مدعی شد که کار گیری روش های مقابله ای هیجان مدار توسط بیماران سکنه قلبی موجب تجربه

¹ Krantz

² McCeney

³ Webster

بیشتر اضطراب و افسردگی می شود. چنانچه این بیماران مقابله های مسئله مدار را بیشتر از مقابله های هیجان مدار مورد استفاده قرار دهند، سازگاری اجتماعی و روانشناختی بهتری خواهند داشت (ککسین^۱ و نیاماتی^۲، ۲۰۰۲).

نتایج نشان داد که بین راهبرد های مقابله ای متمرکز بر هیجان و شدت افسردگی ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد. به عبارتی هر چه بیماران مبتلا به آسم از راهبردهای مقابله ای متمرکز بر هیجان بیشتر استفاده کنند، شدت افسردگی در این بیماران بیشتر می باشد. نتایج نشان داد که بین راهبرد های مقابله ای متمرکز بر مسئله و شدت افسردگی ارتباط معکوس و معناداری وجود دارد. به عبارتی هر چه بیماران مبتلا به آسم از راهبردهای مقابله ای متمرکز بر مسئله بیشتر استفاده کنند، شدت افسردگی در این بیماران کمتر می باشد. همسو با نتایج تحقیق حاضر یافته های وبستر^۳ (2000، به نقل از اکبری ۱۳۸۷) نشان می دهد که به کارگیری روش های مقابله ای هیجان مدار توسط بیماران سکته قلبی موجب تجربه بیشتر اضطراب و افسردگی می شود.

در حالیکه چوی و همکاران (۲۰۰۲، به نقل از باقریان و همکاران، ۱۳۹۰) رابطه بین اضطراب و به کارگیری سبک های مقابله ای هیجانی در بیمارانی که سکته قلبی داشتند را نشان دادند اما چنین رابطه ای را بین افسردگی و به کارگیری سبک های مقابله ای هیجانی مشاهده نکردند. این پژوهش ها در جهت دو فرضیه اخیر پژوهش می باشد مبنی بر اینکه راهبردهای هیجان مدار با شدت افسردگی و اضطراب در بیماران آسمی ارتباط دارد.

والفورد و ویلکینسون (۲۰۰۱) در مطالعه ای نشان دادند که اکثر بیمارانی که از مقابله متمرکز بر مسئله استفاده می کنند، با وقوع سکته قلبی، غیر قابل تغییر بودن آن را می پذیرند. در حالیکه بیمارانی که از راهبرد های هیجانی و اجتنابی استفاده می کنند، خود را از نظر روانی و رفتاری برای تاثیرات سکته قلبی آماده نمی کنند. نتایج نشان داد که بین راهبرد مقابله ای متمرکز بر هیجان و سطح کیفیت

¹ Keckeisen

² Nyamathi

³ Webster

زندگی ارتباط معکوس و معناداری وجود دارد به عبارتی هر چه نمره فرد در استفاده از راهبردهای متمرکز بر هیجان بیشتر باشد، بیماران از سطح کیفیت زندگی پایین تری برخوردار هستند.

و نیز بین راهبرد مقابله ای متمرکز بر مسئله و سطح کیفیت زندگی ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد. به عبارتی هر چه نمره فرد در استفاده از راهبردهای متمرکز بر مسئله بیشتر باشد، بیماران از سطح کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند. نتایج پژوهش بارون^۱، کارتیر^۲، دیتو^۳، لابرک^۴، لائووی^۵ و باکون^۶ (۲۰۱۱) نشان دادند که اختلالات افسردگی و اضطرابی با کیفیت پایین زندگی در آسم مرتبط می باشند. اما تنها اختلالات اضطرابی ارتباط بسیار معناداری را با کیفیت پایین زندگی نشان می دهند. داشتن هم اختلالات افسردگی و هم اضطرابی تاثیر مضاعفی بر کنترل بدتر آسم یا کیفیت زندگی پایین تر نداشت. همسو با نتایج پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی در بیماری مزمن دیگری مانند دیابت نشان داد که این بیماران نمره کیفیت زندگی پایین تری کسب کردند. هم چنین نشان داده شد که بیمارانی که افسرده تر بودند کیفیت زندگی اشان پایین تر هم بود (پیمانی، ۱۳۸۴). پژوهش پدرام رازی، بصام پور، کاظم نژاد (۱۳۸۶) نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به در مانگاه ریه بیمارستان امام خمینی از بعد جسمانی نا مطلوب، از بعد اجتماعی - عملکرد شغلی نسبتا مطلوب، از بعد روانی نا مطلوب و از بعد خواب و استراحت نیز نا مطلوب بوده است. به علاوه، در پژوهش آنان کیفیت زندگی از نظر خود بیماران متوسط و ضعیف ذکر شده است و به طور کلی کیفیت زندگی واحد های مورد مطالعه نامطلوب و یا وضعیت نیمه مطلوبی داشته است.

در کل نتایج این پژوهش همسو با یافته های پژوهش های پیشین می باشد مبنی بر اینکه بین نوع راهبرد های مقابله ای و سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آسم ارتباط معنا دار وجود دارد.

¹ Barone
² Cartier
³ Ditto
⁴ Labrecque
⁵ Lavoie
⁶ Bacon

منابع

- اکبری مهدی، محمود علیلو مجید، اصلان آبادی ناصر (۱۳۸۷). ارتباط استرس و سبک های مقابله ای با بیماری کرونری قلب : نقش عامل جنسیت. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال پانزدهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۸، ص ۳۶۸ تا ۳۷۶.
- باقریان رضا، معروفی محسن، خیر ابادی غلامرضا، فتح الله گل مریم، زارع فاطمه، سبک های مقابله ای مشترک با کاهش علائم اضطراب و افسردگی در بیماران پس از سکته قلبی، کومش جلد ۱۲ ش ۴، تابستان ۹۰.
- بست، جان (۱۳۸۴). « روش های تحقیق در علوم تربیتی و رفتاری ». مترجمان: شریفی، حسن پاشا، طالقانی، نرگس. تهران، انتشارات رشد.
- حیدری پهلویان احمد، قراخانی محسن، محبوب حسین (۱۳۸۹). مقایسه میزان استرس تجربه شده و راهبردهای مقابله ای در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر و افراد سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان. دوره ۱۷ - ش ۳ - پاییز ۸۹ - شماره مسلسل ۵۷.
- رحیمیان بوگر، اسحق ۱۳۸۸. « روانشناسی بالینی سلامت (راه های پیشگیری، صورت بندی و درمان) » برای روانشناسان سلامت، روانشناسان. تهران، نشر دانژه.
- رضایی فاطمه، نشاط دوست حمید طاهر، حسین مولوی، بابک امرا (۱۳۸۸) « اثر بخشی مداخلات شناختی - رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به آسم ». تحقیقات علوم رفتاری دوره، ۷ شماره ۱، ۱۳۸۸.
- زارعی دوست الهام (۱۳۸۲). بررسی مقایسه ای منبع کنترل، شیوه های مقابله ای و باور های غیر منطقی در زنان بزهکار و غیر بزهکار شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. انیستیتو روانپزشکی تهران.
- سارافینو، ادوارد. بی. « روانشناسی سلامت ». ترجمه گروهی از مترجمان زیر نظر الهه میرزایی، تهران، انتشارات رشد، (۱۳۸۷).
- شریدان چارلی و راد ماچر سالی، «روانشناسی تندرستی، دگرگونی اساسی در مدل زیست پزشکی»، (۱۹۹۱). مترجمان: ابو تراب قنبری، حسین شجاعی تهرانی، رشت، انتشارات هدایت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان.

عنایتیان حمید (۱۳۷۸). «بررسی نگرش های نوعی، نحوه ارزیابی وقایع فشارزا و تدابیر مقابله ای در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی و زخم های گوارشی». پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. انیستیتو روانپزشکی تهران.

غرابی بنفشه (۱۳۷۲). «بررسی پاره ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی». پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. انیستیتو روانپزشکی تهران.

فتحی آشتیانی، علی، دادستانی محبوبه (۱۳۸۸). «آزمون های روان شناختی»: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران، انتشارات بعثت.

گاجل رابرت جی. «زمینه روانشناسی تندرستی». خوی نژاد غلامرضا، مترجم. تهران: آستان قدس رضوی، (۱۳۷۸).

گراث مارنات، گری (۲۰۰۳). «راهنمای سنجش روانی». ترجمه: پاشا شریفی، حسن و نیکخو، محمد رضا (۱۳۸۴). تهران: انتشارات سخن.

محمدی علیرضا. «مقایسه تجارب زندگی، پاسخ های مقابله ای و نگرش های ناکارآمد در مبتلایان به میگرن، سردرد نوع تنشی و افراد غیر بیمار». (۱۳۸۳). پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه ایران. انیستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

محمود علیلو مجید، بخشی پور، اسماعیلی، طوفان (۱۳۸۸). ویژگی های شخصیتی و سبک های مقابله ای در افراد دچار هایپر تانسیون اساسی. مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دوره ۳۲، شماره ۲، صفحه ۶۱-۶۶.

محمودعلیلو، مجید؛ انصارین، خلیل؛ بیرامی، منصور؛ هاشمی، تورج؛ قره گوزلو مریم (۱۳۸۶) «مقایسه بیماران آسمی و افراد سالم از لحاظ تیپ شخصیتی آ و هیجان های مثبت تجربه شده و نقش جنسیت در آن». مرکز تحقیقات سل و بیماری های ریوی. فصلنامه پژوهشی در سلامت روانشناختی. دوره اول، شماره دوم، تابستان ۱۳۸۶.

Barone, A. Cartier, B. Ditto, and M. Labrecque, Lavoie, S. L. Bacon, S. (2006). What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both? Chest, October 1, ; 130(4): 1039 – 1047.

Doahlen I, Janson C (2002). Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. Chest, 122(5): 1633-7.

Cecil RC ,Plum F,Bennett JC,Editors.Cecil Textbook of Medicine.Philadelphia:WB.Saunders ,1996.p.376-87.

Dahlen I,Janson C.(2002).Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease.Chest,122(5):1633-7.

Edwards,D,hannigan D,Burnard ph.(2000).Coping strategies.Journal Nursing and Health science,2,59.

Ekici, A.,Kara , T.(2006) Negative and quality of life in patients with asthma.Qual Life Res 2006,15(1):49-56.

Feldman JM, Lehrer PM, Borson S, Hallstrand TS, Siddique MI.(2005) . Health care use and quality of life among patients with asthma and panic disorder. J Asthma;42:179–84.

Fonseca ,J.A.Delgado , D,Costa L.Costa - Pereria A, et al (2004).Evaluation of the asthma life Quality /test for the screening and severity assessment of life and health.

Goodwin R, Jacobi F, Thefield W.(2003). Mental disorders and **asthma** in the community. Arch Gen Psychiatry; 60: 1125–30.

Goodwin RD, Lewinshon PM ,Seely JR.(2004) .Respiratory symptoms and mental disorders among youth: result from a prospective , longitudinal study.Psychosom Med.,66: 943-949.

Kharamin SHA, Nilli H, Mohamadi A, Mobashery GH.(2008). Comparison of Coping Skills in Peptic Ulcer, Irritable Bowel Syndrome and Normal People. Armaghan Danesh; 13(2): 95-104.

Krantz DS, McCeney MK.(2002). Effects of psychological and social factors on organic disease : A critical assessment of research on systematic cancer. Ann Rev Psychol; 53:341-369.

Keckeisen ME, Nyamathi AM (2002). Coping and adjustment to illness in the acute myocardial infarction patient. J Cardiovasc Nurs.^; 5: 25-33.

Jonas B, Wagener D, Lando J, Feldman J. Symptoms of anxiety and depression as risk factors for development of **asthma**. J Applied Biobeh R.

Holahan, C. J. , Moos, R. H. (1996). [http ://www./Google./psychnet uk.com / clinical psychology – stress.htm](http://www./Google./psychnet uk.com / clinical psychology – stress.htm).

Katon,W,J,Richardson,L.(2004).The relationship of asthma and anxiety disorders. Journal of psychosomatic research,30,29-30.

Lavoie, D. Bouthillier, S. L. Bacon, C. Lemiere, J. Martin, Q. Hamid, M. Ludwig, R. Olivenstein.(2010).Psychologic Distress and Maladaptive Coping Styles in Patients With Severe vs Moderate **Asthma**.Chest, June 1, ; 137(6): 1324 - 1331.

Lavoie KL, Bacon SL, Barone S, et al.(2006): What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both? Chest; 130:1039–1047.

Michell R M.(1999).Teaching health care providers coping.Journal of Behavioral Medicine,22,511.

Sareen Jitender ,BSc,MD,FRCPC, Frank Jacobi ,Brian J.Cox ,Shay-le eBlike. (2006).Disability and Poor Quality of Life Associated with Comorbid Anxiety Disorders and Physical Conditions.Archive of Internal Medicine.Vol.166 No.19,October 23 ,(2006).

Schoter.s, and Dorhofer D,M. (2002). Physiological and psychological reactivity in women with asthma, Behavior Research and Therapy 40 3-17.

Solvey P,Rathman A,DetweilerJB(2000).Emotional states and physical health. American psychologist,55,110,121.

Sovlis M,Borchardt CM.(2006). Anxiety disorders of childhood and adolescence: a critical review. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry; 30: 519–32.

Walford, D., & Wilkinson, B. T. (2001). The Relationship coping style and stress reactions with coronary heart disease. International Journal of Cardiology, 70, 24-79.