



اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به آسم

فاطمه رضایی^{۱*} (M.Sc.)، محمداقبر کجیاف^۲ (Ph.D.)، نجمه وکیلی زارچ^۱ (M.Sc.)، فهیمه دهقانی^۱ (M.Sc.)

۱- دانشگاه اصفهان - گروه روانشناسی - دانشجوی دکتری روانشناسی، ۲- دانشگاه اصفهان - گروه روانشناسی - دانشیار.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۱۱/۶، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۶

چکیده

مقدمه: درمان‌های روانشناختی می‌توانند سهم بسزایی در بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به آسم داشته باشند. هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، به شیوه‌ی گروهی بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به آسم است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مداخله‌ای، ۲۴ بیمار زن مبتلا به آسم انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تخصیص داده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه "سلامت عمومی- ۲۸" استفاده شد که در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، توسط افراد تکمیل گردید. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، طی ۸ جلسه بر روی گروه مداخله انجام گرفت و گروه شاهد ضمن دریافت درمان‌های متداول پزشکی، جهت درمان روانشناختی در لیست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج: یافته‌های به دست آمده نشان داد که میانگین نمرات سلامت روان در گروه مداخله (پیش‌آزمون = ۳۷/۸، پس‌آزمون = ۳۰/۳ و پیگیری = ۳۵/۷) کاهش معناداری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه شاهد (پیش‌آزمون = ۳۸/۲، پس‌آزمون = ۳۹/۹ و پیگیری = ۴۱/۷) داشته است ($P=0/0001$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر بهبود سلامت عمومی بیماران زن مبتلا به آسم است. با توجه به کاهش سلامت روان در بیماران مبتلا به آسم و مؤثر بودن مداخله، روانی لزوم توجه جدی به درمان‌های روان‌شناختی در این گروه بیماران ضروری می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: آسم، سلامت عمومی، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس.

Original Article

Knowledge & Health 2011;6(3):9-15

Effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management Therapy in General Health of Asthmatic Patients

Fateme Rezaei^{1*}, Mohammad Bagher Kajbaf², Najmeh Vakili Zarch¹, Fahimeh Dehghani¹

1- Ph.D. Student in Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. 2- Associate of Professor of Psychiatry, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

Abstract:

Introduction: Psychological therapy can have significant effects on improving the general health in asthmatic patients. The purpose of this research is to study the effectiveness of cognitive behavioral stress management (CBSM) therapy in general health of asthmatic patients.

Methods: In this experimental study, 24 female asthmatic patients were randomly assigned to experimental and control groups. The data was gathered using the Global Health Questionnaire (GHQ-28), completed in pretest, posttest and follow-up stages by the participants. While CBSM therapy was conducted in 8 sessions on the experimental group, the control group received common medical treatments and meanwhile was laid in waiting list for psychological therapy. The obtained data was analyzed with SPSS software, mainly through the analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The findings showed that mean scores of general health were decreased significantly in post-test and follow-up phases in experiment group (pre-test: 37.83 post-test: 30.33 follow-up: 35.66) compared to control group (pre-test: 38.17 post-test: 39.91 follow-up: 41.66) ($P=0.0001$).

Conclusion: The results of present study demonstrate the effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy in the improvement of general health of female asthmatic patients. Due to the decrease of mental health in asthmatic patients and the effectiveness of mental intervention, special attention should be given to psychological treatment in this group of patients.

Keywords: Asthma, General health, Cognitive behavioral stress management therapy.

Conflict of Interest: No
Received: 26 January 2010

Registration ID:
Accepted: 27 June 2011

*Corresponding author: F. Rezaei, Email: f.rezaei2002@yahoo.com

مقدمه

در میان خیل عظیم بیماری‌های مزمن، آسم از شایع‌ترین اختلالات مزمن دستگاه تنفسی است که شیوع و بروز چشمگیری دارد. آسم یک بیماری التهابی مزمن مجاری هوایی است که با افزایش پاسخ‌دهی درخت تراکتوبرونکیال به انواعی از محرک‌ها ظاهر می‌شود. طبق بررسی‌های انجام شده ۵٪ از کل جمعیت جهان مبتلا به آسم می‌باشند (۱). آمار دقیقی در مورد میزان بروز آسم در ایران وجود ندارد، ولی نتایج مطالعاتی که به‌صورت پراکنده در کشور انجام شده است نشان می‌دهد که به‌طور متوسط ۵ تا ۷٪ از جمعیت ایران به این بیماری مبتلا هستند (۲).

از جمله مهم‌ترین عوامل ابتلای به این بیماری می‌توان به عوامل ژنتیکی، آلرژن‌ها، عفونت‌ها و عوامل روانشناختی اشاره کرد (۳). در چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، آسم به‌عنوان یکی از بیماری‌های روان‌تنی که از عوامل روانشناختی اثر می‌پذیرد، طبقه‌بندی شده است (۴). در حقیقت ارتباط میان آسم و عوامل روانشناختی چندین قرن است که مورد توجه قرار گرفته است (۵). یک دیدگاه بسیار رایج در مورد بیماری آسم به این صورت مطرح شده است که آسم یک بیماری متشکل از سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی است (۶). یافته‌های عینی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد عوامل روانشناختی با آمادگی ابتلا به آسم تداخل نموده و باعث تشدید یا بهبود فرایند بیماری آسم می‌شود (۳). پژوهشگران اظهار داشته‌اند که احتمالاً تعامل بسیار زیادی میان مؤلفه‌های روانی و پزشکی در بیماران مبتلا به آسم وجود دارد. این مطلب می‌تواند تفاوت در میزان مرگ‌ومیر را در این بیماران توضیح دهد؛ به‌طوری‌که مشکلات روانشناختی به‌صورت آشکار و نهفته به‌عنوان عوامل خطرزایی محسوب می‌شوند که میزان مرگ‌ومیر را در این بیماران افزایش می‌دهند. میزان مرگ‌ومیر در بین مبتلایان به این بیماری که هم‌زمان از اختلالات روانشناختی و روانپزشکی هم رنج می‌برند نسبت به بیماران آسمی که این اختلالات را نداشته‌اند، بیشتر گزارش شده است (۷).

افراد مبتلا به آسم در مقایسه با افراد دیگر، آمادگی بیشتری برای ابتلا به اختلالات روانی نشان می‌دهند (۸). در پژوهشی که به منظور بررسی سلامت عمومی بیماران مبتلا به آسم صورت گرفته است، نتایج نشان می‌دهد که این بیماران مشکلات واضحی را در زیرمقیاس‌های سلامت عمومی دارا هستند (۹). هم‌چنین در پژوهشی دیگر که به‌منظور بررسی نیم‌رخ روانی بیماران مبتلا به آسم از طریق اجرای آزمون ام ام پی آی (MMPI) صورت گرفت، ۴۲٪ از افراد مبتلا به آسم حداقل در یکی از زیر مقیاس‌های این آزمون نمرات بالایی به‌دست آوردند (۱۰). مشکلات روانشناختی در بسیاری از بیماران به‌عنوان یکی از عوامل

محرک نشانه‌ها و علائم آسم می‌باشد (۱۱). از جمله مهم‌ترین این عوامل می‌توان به استرس (۱۲)، افسردگی (۱۳)، اضطراب، انزوای اجتماعی، مشکلات عاطفی، مشکلات جسمانی و خانوادگی اشاره کرد (۱۴). یافته‌های پژوهش شالوئیتز و همکاران (۱۴)، نشان می‌دهد استرس و افسردگی مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی حملات آسم هستند. هم‌چنین لهر و همکاران (۱۵)، بیان کردند که نشانه‌های اضطراب و استرس می‌توانند به‌عنوان محرک‌هایی باشند که باعث تولید سیتوکین شوند که این ماده خود منجر به التهاب نای می‌شود. بین ۲۰ تا ۳۵٪ بیماران مبتلا به آسم در طول دوره‌های استرس، دوره‌های وخیم‌تری از بیماری را پشت‌سر می‌گذارند (۱۶). عوامل روانی از راه‌های گوناگونی می‌توانند وضعیت علائم و نشانه‌های بیماری را تغییر دهند: برخی بیماران توجه بیشتری به علائم‌شان دارند و برخی دیگر نیز از دیدن علائم بیماری خود مضطرب می‌شوند (۱۷). بعضی از بیماران به‌علت بروز علائم آسم، احساس اضطراب، گیجی و سردرگمی می‌کنند و عده‌ای دیگر نیز وقتی به علائم توجه می‌کنند، احساس شکست کرده یا عصبانی می‌شوند. در هر صورت تشخیص این بیماری ممکن است میزان آمادگی مبتلایان به آنرا تغییر دهد. زیرا مشکلات ایجاد شده برای بیماران آسمی نه تنها به بیماری و علائم آسم بلکه به سایر عوامل روانی نیز بستگی دارد (۱۷).

سلامت جسمانی و روانی در مبتلایان به آسم با عزت نفس، بهزیستی روانی، اضطراب، افسردگی، وضعیت سلامتی، عملکرد معیوب و هیجانات آن‌ها ارتباط معناداری دارد (۱۸). متغیرهای روانی نظیر اعتمادبه‌نفس و حمایت اجتماعی، به اندازه متغیرهای مربوط به بیماری نظیر تنگی نفس و اختلال در عملکرد، در تعیین سلامت عمومی این بیماران مهم هستند (۱۹).

با تأکید بر این نکته که عوامل روانشناختی و هیجانی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس به‌عنوان عوامل محرک بیماری آسم در نظر گرفته می‌شوند (۲۰)، محققان درمان‌های روانشناختی را برای نشانه‌ها و علائم آسم مورد بررسی و پژوهش قرار داده‌اند. مداخلات روانشناختی از جمله درمان شناختی (۲۱)، بازسازی شناختی (۲۲)، درمان رفتاری (۲۳) آموزش تن‌آرامی، بیوفیدبک (۲۲ و ۲۴)، مدیریت استرس (۲۵) و درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس (۲۶)، تأثیر مثبتی را در بهبود وضعیت این بیماران گزارش کرده‌اند. براساس تئوری تعامل بین ذهن و بدن، اعتقاد بر این است که درمان‌های روانشناختی ممکن است در بهبود حال بیماران آسم مفید باشد.

محققان معتقدند درمان‌هایی که برای بیماران آسم در نظر گرفته می‌شوند، باید اضطراب و افسردگی و نشانه‌های روانی و علائم جسمانی این بیماران را کاهش دهند و باعث بهبود سلامت عمومی در این

اسپیرومتری صورت گرفت. شرایط ورود به مطالعه شامل جنسیت مؤنث، سابقه بیش از یک سال ابتلا به بیماری آسم و سطح تحصیلات سیکل به بالا بود. از افراد خواسته شد به منظور شرکت در مطالعه، فرم رضایت‌نامه کتبی را تکمیل کنند و رضایت کامل خود را از حضور در مطالعه ابراز نمایند.

پرسش‌نامه سلامت عمومی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماهه) توسط همکار پژوهشگر در دو گروه اجرا و نمره‌گذاری شد. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، طی ۸ جلسه هفتگی و به مدت دو ماه در بیمارستان نور توسط دو نفر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بر روی گروه مداخله انجام شد. اعضای گروه شاهد در لیست انتظار قرار گرفتند و پس از اتمام مرحله پیگیری، از جلسات هفتگی گروه درمانی برخوردار شدند. جلسات درمانی طبق مدل شناختی- رفتاری کریر (۲۷) و با الگوگیری کلی از مدل بک (۲۸) و فنون رفتاری مانند تن‌آرامی، مدیریت استرس و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها انجام شد.

خلاصه کارهایی که در ۸ جلسه صورت گرفت به شرح زیر است:

جلسه اول: معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مطرح کردن قوانین گروهی، آشنایی اعضای گروه با ماهیت بیماریشان و نقش عوامل روانشناختی در بروز و تشدید علائم، معرفی رویکرد درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، بررسی انتظارات اعضا از شرکت در گروه و آموزش تکنیک تن‌آرامی (در تمام جلسات درمانی آموزش تن‌آرامی انجام می‌گرفت).

جلسه دوم و سوم: آموزش الگوی شناختی به بیماران، معرفی افکار خودآیند، ارائه برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، شناسایی افکار برانگیزاننده‌ی علائم بیماری و احساسات ناخوشایند، بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجانات و کمک به حل آن‌ها.

جلسه چهارم و پنجم: چالش با افکار و باورهای غیرمنطقی، معرفی چالش‌ها به‌عنوان راهکارهایی برای به مبارزه طلبیدن افکار و باورهای غیرمنطقی و در نهایت تغییردادن آن‌ها، چالش عملی با افکار و باورهای غیرمنطقی که اعضای گروه در طول هفته یادداشت کرده‌اند و اجرای مدل ABC کریر (۲۷).

جلسه ششم و هفتم: آموزش مدیریت استرس، حل مسأله، آموزش ابراز وجود و آموزش برنامه‌ریزی فعالیت‌ها، بحث راجع به شیوه حل مسأله به‌عنوان روشی جهت مقابله با نگرانی، آموزش سه سبک رفتاری منفعلانه، جرأت ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت‌های ارتباطی برای تقویت ابراز وجود، آموزش تنظیم وقت و برنامه‌ریزی جهت انجام فعالیت‌ها.

جلسه هشتم: خلاصه کردن و جمع‌بندی مطالب هفت جلسه گذشته، معرفی چند کتاب به‌منظور آشنایی بیشتر با شناخت درمانی،

بیماران شوند (۲۷). در میان درمان‌های روانشناختی، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس از اساس نظری قوی برخوردار است.

درمان «شناختی- رفتاری مدیریت استرس» به خانواده‌ای از درمان‌های مدیریت استرس گفته می‌شود که بر رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس توانایی افراد برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور تلقی می‌شود. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی درمورد استرس، آموزش تن‌آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم و مدیریت زمان می‌باشد (۲۶). کاربرد درمان شناختی رفتاری درمورد بیماری آسم در سال ۱۹۸۰ توسط کریر (۲۷) شروع شد. دو مؤلفه عمده این درمان عبارتند از: پیشگیری از حملات از طریق تشویق کردن بیمار به استفاده از داروها، آماده کردن بیمار برای شروع حملات از طریق فهم عواملی که باعث شروع حمله می‌شوند و دادن پاسخ‌های سازگارانه قبل و در طول حمله. به‌علاوه کنترل و مدیریت حملات آسم نیز به این بیماران آموزش داده می‌شود. همچنین به این افراد آموزش داده می‌شود که چگونه به علائم و نشانه‌های بیماری از جمله خس‌خس سینه، اضطراب و افسردگی واکنش نشان دهند. این رویکرد همچنین توانسته است به افراد مبتلا به آسم آموزش دهد که چگونه علائم و نشانه‌هایشان را بفهمند و چگونه بتوانند به حملات پاسخ دهند. کریر (۲۷) مدل ABC را مطرح کرد که مطابق آن، پیشامد یک حمله (Antecedents)، رفتاری (Behavior) که در طول حمله رخ می‌دهد و پیامدهای یک حمله (Consequences) را باید به‌طور دقیق تعریف کرد. شناسایی هر یک از این عناصر برای آموزش بیماران جهت مدیریت و کنترل حملات آسم، لازم و ضروری است.

با توجه به شیوع بالای این بیماری در جمعیت عمومی و همراهی بالای آن با اختلالات روانی و نیز کمبود پژوهش‌های روانشناختی در این زمینه، در داخل کشور، مطالعه حاضر به ارزیابی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به شیوه‌ی گروهی بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به آسم پرداخته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله‌ای، با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران سرپایی زن مبتلا به آسم بود که در بهار ۱۳۸۷ به مرکز پزشکی نور شهر اصفهان مراجعه کردند. ۲۴ زن مبتلا به آسم به‌صورت تصادفی ساده از جامعه آماری انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۱۲ نفر) و شاهد (۱۲ نفر) قرار گرفتند.

انتخاب گروه نمونه براساس تشخیص پزشک متخصص بیماری‌های ریه و با استفاده از روش‌های پاراکلینیکی همانند

معیار نمرات سلامت عمومی بیماران در دو گروه مداخله و شاهد در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ ارائه شده است. نتایج تحلیل کواریانس و تأثیر عضویت گروهی بر میزان سلامت عمومی بیماران مبتلا به آسم در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات سلامت عمومی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه مداخله با میانگین ۳۰/۳ و گروه شاهد با میانگین ۳۹/۹) در مرحله‌ی پس‌آزمون معنادار می‌باشد ($P=0/0001$). میزان تأثیر این مداخله ۰/۷۰ بوده است. بنابراین آموزش درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس در بهبود سلامت عمومی شرکت‌کنندگان در مرحله پس‌آزمون گروه مداخله، تأثیر داشته است. توان آماری ۱/۰ حاکی از دقت آماری قابل قبول است. همچنین نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات سلامت عمومی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه مداخله با میانگین ۳۵/۷ و گروه شاهد با میانگین ۴۱/۷) در مرحله پیگیری معنادار می‌باشد ($P=0/0001$). میزان تأثیر این مداخله ۰/۶۲ بوده است. بنابراین آموزش درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس در بهبود سلامت عمومی شرکت‌کنندگان در مرحله پیگیری نیز بر گروه مداخله تأثیر داشته است. (توان آماری ۱ حاکی از دقت آماری قابل قبول است). نتایج تحلیل کواریانس و تأثیر عضویت گروهی بر زیر مقیاس‌های سلامت عمومی (نشانه‌های جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی) بیماران مبتلا به آسم در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات زیر مقیاس‌های سلامت عمومی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه مداخله و شاهد) در مرحله‌ی پس‌آزمون معنادار می‌باشد ($P=0/0001$). میزان تأثیر مداخله بر بهبود زیر مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۴۸، ۰/۵۲، ۰/۴۸ و ۰/۴۸ بوده است. در مرحله پیگیری، درمان شناختی- رفتاری بر زیر مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی تأثیر داشته و تنها بر زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی تأثیر نداشته است. میزان تأثیر درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر بهبود زیرمقیاس‌های اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی به ترتیب برابر ۰/۳۴، ۰/۳۹ و ۰/۳۸ بوده است.

بحث

در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است که استرس و عوامل روانی- اجتماعی، از طریق مکانیسم‌های روانی- فیزیولوژیک بر کارکرد سیستم تنفسی اثر می‌گذارد و در دراز مدت، ایجاد و تشدید انواع بیماری‌های تنفسی نظیر آسم را به دنبال دارد (۳۴).

توجه دادن بیماران به باورهای بینابینی و فرض‌های زیربنایی، گرفتن بازخورد از بیماران نسبت به جلسات درمانی. لازم به ذکر است که هر دو گروه مداخله و شاهد تحت درمان دارویی قرار داشتند و تنها تفاوت آن‌ها از لحاظ دریافت، یا عدم دریافت درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ- 28) بود که توسط گلدبرگ (۲۹) تهیه و تدوین و توسط هومن (۳۰) هنجاریابی شده است. این پرسش‌نامه به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان پسیکوتیک و نیز در جمعیت‌های سالم، برای تشخیص اختلالات روانی خفیف استفاده می‌شود. به سؤالات در یک مقیاس لیکرت سه درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. (باید توجه داشت که نمرات بالا در این آزمون، نشان‌دهنده وضعیت سلامتی پایین فرد است، بنابراین در تفسیر همبستگی‌های به دست آمده در این زمینه باید به این امر توجه شود). فرم ۲۸ گویه‌ای پرسش‌نامه سلامت عمومی، دارای چهار خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. از مجموع نمرات این چهار خرده مقیاس نیز یک نمره کلی برای سلامتی افراد به دست می‌آید (۳۱). در تحقیق احمدیان (۳۲)، پایایی آزمون از طریق ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب، برای خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی و مقیاس کلی سلامت روانی برابر با ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۴۸، ۰/۸۵ و ۰/۹۰ بوده است. تقوی (۳۳) طی مطالعه‌ای اعتبار پرسش‌نامه را برای استفاده در ایران با سه روش دوباره سنجی، تصنیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آورد و آن را واجد شرایط لازم جهت کاربرد در پژوهش‌های روانشناختی و فعالیت‌های بالینی دانست.

داده‌های مطالعه در نرم‌افزار SPSS15 و با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نمرات پیش‌آزمون، به عنوان متغیرهای همگام شناخته شد و تأثیر آن بر روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری، با استفاده از تحلیل کواریانس بررسی گردید.

نتایج

میانگین سنی اعضای گروه نمونه $32 \pm 4/7$ سال بود. تحصیلات ۷۰٪ آزمون‌دهی‌ها دیپلم به بالا و طول مدت ابتلا به آسم در بیشتر آن‌ها ۱۸ ماه بود. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات سلامت عمومی (با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک) و پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات پس‌آزمون و پیگیری (با استفاده از آزمون لوین) بررسی شد و در هر دو گروه مداخله و شاهد ($P > 0/05$) مورد تأیید قرار گرفت. بررسی پیش‌فرض تساوی کواریانس نمرات، با استفاده از آزمون باکس انجام شد و مورد تأیید قرار گرفت ($P > 0/05$). میانگین و انحراف

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت عمومی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه مداخله و شاهد

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری (۲ ماه بعد)	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مداخله	۳۷/۸	۹/۸	۳۰/۳	۴/۱	۳۵/۷	۲/۹
شاهد	۳۸/۲	۷/۵	۳۹/۹	۵/۹	۴۱/۷	۳/۴

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن در بیماران مبتلا به آسم در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

مقیاس‌ها	مراحل	شاخص متغیر	درجه‌آزادی	F آزمون	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
سلامت عمومی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۳۴۵/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۵۰/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۱
		پیش‌آزمون	۱	۱۶/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
	پس‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۳۴/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱
نشانه‌های جسمانی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۲۵/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹۷
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۱۹/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹۸
		پیش‌آزمون	۱	۹/۵۲	۰/۰۰۶	۰/۳۱	۰/۸۳
	پس‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۳/۴۲	۰/۰۷*	۰/۱۴	۰/۴۲
اضطراب	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۲۶/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹۸
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۲۳/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۹۶
		پیش‌آزمون	۱	۶/۴۳	۰/۰۱	۰/۲۳	۰/۶۷۷
	پس‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۱۱/۰۴	۰/۰۰۳	۰/۳۴	۰/۸۸
افسردگی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۱۲/۳۴	۰/۰۰۲	۰/۳۷	۰/۹۱
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۱۹/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۸
		پیش‌آزمون	۱	۷/۸۱	۰/۰۱	۰/۲۷	۰/۹۴
	پس‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۱۳/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۸۴
عملکرد اجتماعی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۱۲/۳۴	۰/۰۰۲	۰/۳۷	۰/۹۱۸
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۱۹/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۸
		پیش‌آزمون	۱	۳/۱۵	۰/۰۹*	۰/۱۳	۰/۳۹
	پس‌آزمون	عضویت گروهی	۱	۱۳/۰۶	۰/۰۰۲	۰/۳۸	۰/۹۳

* در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد

همچنین در تبیین چگونگی تأثیر این شیوه‌ی آموزشی بر سلامت عمومی بیماران، بررسی محتوای مطالب ارائه شده در این جلسات ضروری به نظر می‌رسد. آموزش مهارت‌های شناختی مانند حل مسئله، مبارزه با افکار منفی، تفکر منطقی و تکنیک‌های توجه برگردانی، باعث افزایش سلامت روانی و آموزش مهارت‌های رفتاری مانند تن‌آرامی، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و انجام فعالیت‌های لذت‌بخش باعث افزایش سلامت جسمانی می‌گردد. این روند در مجموع افزایش سلامت روانی، جسمانی و افزایش سلامت عمومی را در پی دارد.

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم بیماری آسم را می‌توان با استفاده از نقش استرس به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر شدت علائم تبیین نمود. استرس تقریباً همیشه با تنش جسمانی همراه است و افراد معمولاً ابتدا واکنش‌های فیزیولوژیک ناشی از استرس را تجربه می‌کنند. در رویارویی با استرس، هورمون‌هایی

آنچه در فرآیند این بیماری بیش از خود استرس و شدت آن اهمیت دارد، نوع واکنش فرد در برابر عامل استرس‌زا است. یکی از روش‌های کاهش استرس، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس است. این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا با استفاده از تکنیک‌های خاص به کنترل بیماری آسم بپردازند.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به آسم، می‌توان این‌گونه بیان کرد که بیماران با آموزش مدیریت استرس، در می‌یابند مشکلاتشان چه بوده است و راهبردهای مقابله با این مشکلات را نیز می‌آموزند. این امر باعث افزایش عزت نفس و کفایت روانشناختی در آنان می‌گردد. یعنی افراد با کمک این شیوه درمانی می‌توانند از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های خود بهره بیشتری برده و در برابر استرس‌های زندگی مقاوم‌تر گردند که این در نهایت به افزایش سلامت عمومی آنان منجر می‌شود.

اجتماعی، احساس رضایت، مفید بودن، و لذت بردن از انجام کارها می‌باشد. در تبیین علت بهبود کنش اجتماعی بیماران مبتلا به آسم در اثر آموزش درمان شناختی- رفتاری، می‌توان گفت که بهبود واکنش‌های منفی روانشناختی این بیماران از قبیل اضطراب و افسردگی و به‌طور کلی سلامت عمومی آن‌ها، باعث بهبود نگرش نسبت به خود، محیط و آینده در بیماران شده و بهبود کنش اجتماعی را به دنبال دارد که در نتیجه بیمار بهتر با دیگران ارتباط برقرار می‌کند و همین امر لذت و احساس آرامش و رضایت را در فرد بیمار افزایش می‌دهد. آموزش به شیوه‌ی گروهی با تحکیم بر روابط اجتماعی و ایجاد احساس عمومیت بیماری، در بهبود حال بیماران مؤثر بوده است. در تبیین اینکه چرا نتایج درمانی در مرحله پیگیری بر سلامت عمومی استمرار داشته است می‌توان گفت که استفاده نسبتاً مکرر بیماران از تکنیک‌های تن‌آرامی، مدیریت استرس، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد مربوط به ابعاد مختلف سلامت عمومی، بعد از اتمام جلسات روان‌درمانی باعث افزایش معنادار سلامت عمومی بیماران شده است. به‌طور کلی می‌توان گفت پایایی نسبی نتایج درمان طی دوره‌ی پیگیری به کاربرد فعالانه تکنیک‌های درمانی ارائه شده توسط بیماران مرتبط است. همانگونه که در نتایج آمده است درمان شناختی- رفتاری بر علائم بیماری در مرحله پیگیری اثربخش نبوده است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که بیماری آسم متأثر از عوامل ارثی، روانی، اجتماعی و آلرژی است. در طی جلسات روان‌درمانی پژوهش حاضر، بیشتر به تأثیر عوامل روانی و اجتماعی بر بیماری آسم پرداخته شد. از آنجایی که عوامل آلرژی و ارثی نیز در تشدید علائم و نشانه‌های بیماری آسم تأثیر به‌سزایی دارند، مداخله روانشناختی نمی‌تواند به‌طور کامل در بهبود علائم جسمانی مؤثر باشد. برای بهبود کامل نشانه‌های جسمانی باید تمام عوامل به‌وجود آورنده آن کنترل شود. بیماران در جلسه پیگیری اظهار داشتند که عملکرد تنفسی آن‌ها تا حدی بهبود یافته و میزان علائم و نشانه‌هایشان در مقایسه با قبل از جلسات درمان کاهش داشته ولی کاهش علائم به‌حدی نبوده که از نظر آماری قابل تأیید باشد. از آنجایی که پژوهش حاضر دارای محدودیت زمانی بود، مدت زمان جلسات جهت تأثیر کامل تکنیک‌های آموزش داده‌شده بر علائم و نشانه‌ها کافی نبوده است. بنابراین اگر این پژوهش در مدت زمان بیشتری اجرا می‌شد احتمال داشت که تکنیک‌های روان‌درمانی بر عملکرد جسمانی در مرحله پیگیری بیشتر مؤثر واقع می‌شدند. به‌عنوان محدودیت پژوهشی می‌توان به محدودیت زمانی اشاره کرد که طی آن امکان مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر انواع مختلف آسم (شدید، متوسط و خفیف) انجام نشد که می‌توان در پژوهش‌های آتی این نکته را در نظر گرفت. همچنین با توجه به این نکته که در انتخاب نمونه پژوهش، ملاک‌های ورود خاصی

از جمله سیتوکین و کورتیزول ترشح می‌شوند که نقش بسیار مهمی در آسیب‌شناسی و بدتر شدن بیماری آسم بازی می‌کنند (۱۶). این هورمون‌ها باعث افزایش انقباضات برونش‌ها و افزایش التهاب نای می‌شوند. چون واکنش‌های فیزیولوژیک به استرس می‌توانند در طیف وسیعی از علائم جسمانی خود را نشان دهند، آموزش تن‌آرامی می‌تواند از طریق افزایش تنفس دیافراگمی، کاهش استرس و یا احتمالاً از طریق کاهش کورتیزول و سیتوکین باعث کاهش نشانه‌ها و علائم بیماری آسم شود (۱۶). در درمان شناختی از تکنیک بازسازی شناختی استفاده شد. در بازسازی شناختی به بیماران کمک شد تا درک آن‌ها از استرس‌ها و نحوه‌ی تعامل آن‌ها با موقعیت‌های استرس‌آور اصلاح شود. به بیماران آموزش داده شد تا شیوه‌هایی را که در موقعیت‌های استرس‌آور تجربه می‌کنند، تغییر دهند. به‌عبارت دیگر به آن‌ها آموزش داده شد تا ارزیابی مثبتی از موقعیت‌های استرس‌آور داشته باشند. همچنین براساس مدل ABC کریر (۲۷) به بیماران آموزش داده شد تا پیشامدهای یک حمله، رفتاری که در طول حمله رخ می‌دهد و پیامدهای حمله را به دقت شناسایی کنند. بنابراین با حذف محرک‌های برانگیزاننده‌ی علائم، بیماران دچار حملات آسم نمی‌شوند. از طریق به چالش کشیدن افکار خودآیند منفی، تشویق بیماران به افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و افزایش موفقیت‌های روزمره، می‌توان خلق افسرده در بیماران مبتلا به آسم را به میزان زیادی کاهش داد. با بهبود خلق افسرده و بهزیستی هیجانی در این بیماران، سلامت عمومی نیز به میزان زیادی ارتقاء خواهد یافت. در تبیین اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهبود افسردگی بیماران مبتلا به آسم، می‌توان به دو بعد شناختی و رفتاری این نوع درمان اشاره کرد. از طریق مداخله شناختی، افکار اتوماتیک منفی و باورهای زیربنایی بیماران اصلاح گردید. از آنجا که بیماران افسرده نسبت به کوچکترین شکست‌ها حساس بوده و ادراک خود منفی آن‌ها تقویت می‌شود، برنامه‌ریزی فعالیت به بیمار کمک می‌کرد تا احتمال شکست در رسیدن به برنامه‌های روزانه را به حداقل برساند. بیماران تشویق می‌شدند تا هر گونه افزایش سطح فعالیت روزانه را در خود ارزش‌گذاری کرده و با تفکر مثبت تقویت نمایند. مطابق نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش تمرینات تن‌آرامی، مدیریت استرس، آموزش سبک‌های ارتباطی مناسب و ابراز وجود صحیح، باعث افزایش بهداشت عمومی و سلامت روانی می‌شود. همچنین مداخلات روانشناختی باعث کاهش واکنش‌های منفی روانشناختی از قبیل خشم، خصومت، اضطراب و افزایش حالت‌های هیجانی مثبت از قبیل آرامش و نگرش مثبت و بهزیستی کلی در این بیماران می‌شود. با ملاحظه سؤالات پرسش‌نامه سلامت عمومی می‌توان نتیجه گرفت که در کل منظور از افزایش و بهبود کنش

16. Forsythe P, Ebeling C, Gordon JR, Befus AD, Vliagoftis H. Opposing effects of short and long term stress on airway inflammation. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169(2):220-6.
17. Hyland M. Asthma management for practice nurse: A psychological perspective. *Journal of Churchill Livingstone* 1998;24(2):301-304.
18. Vila G, Hayder R, Bertrand C, Fallissard B, Blic J, Mouren MC, et al. Psychopathology and quality of life for adolescents with asthma and their parents. *Journal of Psychosomatics* 2003;44(4):319-328.
19. Anderson K, Burckhardt C. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *J Adv Nurs* 1999;29(2):298-306.
20. Janssens T, Verleden G, De Peuter S, Van Diest I, Van den Bergh O. Inaccurate perception of asthma symptoms: A cognitive-affective framework and implications for asthma treatment. *Clinical Psychology Review* 2009;29(4):317-27.
21. Ritz T, Steptoe A, De Wilde S, Costa AL. Emotion and stress increase respiratory resistance in asthma. *Psychosom Med* 2000;62:401-412.
22. Brey M, Theodor L, Patwa S, Margiano S, Arlic J, Peak H. Written emotional expression as an intervention for asthma. *Journal of Psychology in the Schools* 2003;40:193-207.
23. Cohen SI. Psychological factors in asthma: a review of their aetiological and therapeutic significance. *Post Med J* 1975;47:533-539.
24. Hampel P, Rudolph H, Stachow R, Peterman F. Multimodal patient education program with stress management for childhood and adolescent asthma. *Patient Education and Counseling* 2003;49(1):59-66.
25. Tousman S, Zeitz H, Bristol C, Taylor L. A pilot study on a cognitive-behavioral asthma self-management program for adults. *Journal of Asthma & Allergy Educators* 2011;2:91-96.
26. Linden W. *Stress management: From basic science to better practice*. Published by SAGE 2005;83-85.
27. Creer TL. Self-management behavioral strategies for asthmatics. *Journal of Behavioral Medicine* 1980;7:14-24.
28. Beck J. *Cognitive therapy*. Translated to Persian by: Abedi M and Dorahaki E. Isfahan: Golhayeh Mohamadi;2002.p.102.[Persian]
29. Goldberg BP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.1972.
30. Homman A. *Standardization and normalization of GHQ-28*[dissertation]. Psychology Faculty: Tarbiate Modares University;1998.[Persian].
31. Dadsetan P. *Stress or new illness*. 2nd ed. Tehran: Roshd;1999.p.35-37.[Persian].
32. Ahmadian F. *The survey of relationship between mental health and self efficacy in student*. [Dissertation]. Tabriz Univ;2004.
33. Taghavi M. *Assessment of the validity and reliability of general health questionnaire*. *Journal of Psychology* 2001;5(4):381-398. [Persian].
34. Antoni MH, Ironson G, Ashnayerman N. *Cognitive behavioral stress management*. Translated to Persian by: Alemohammad J, Jokar S, Neshat Doost H. Isfahan: Jahade Daneshgahi pub;2009. [Persian].

لحاظ گردید، در تعمیم نتایج به افراد خارج از این محدوده باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

References

1. Lewis ST. *Text book of medical surgical assessment and management of clinical problem*. New York: Mosby;2000.
2. Parsikia M. *Asthma and Allergy*. Tehran: Jahade Daneshgahi;2002. [Persian].
3. Harrison T. *Harrison's principles of internal medicine*. Translated to Persian by: Sharifi A. Tehran: Arjmand pub;2000.[Persian].
4. Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. Translated to Persian by: Rafiee H. Tehran: Arjmand pub; 2002.[Persian].
5. Cluley S, Cochrane GM. Psychological disorder in asthma is associated with poor control and poor adherence to inhaled steroids. *Journal of Med Respire* 2001;95:37-39.
5. Perrudet A. New approach to the study of psycho social factors in asthma: Premiers resultants. *J Revue Francaise d Allergologie dimmunologic Clinique* 1985;25(1):19-24.
6. Yellowless PM, Kloucy RS. Psychological aspects of asthma and consequent research implications. *Journal of Chest* 1990;97:628-634.
7. Bonala SB, Pina D, Silverman BA, Amara S, Bassett CW, Schneider AT. Asthma severity psychiatry morbidity and quality of life: Correlation with inhaled corticosteroid dose. *Journal of Asthma* 2003;40(6):691-699.
8. Anneke Ten B, Marije EO, Aeilko H, Zwin D, Spinhown P, Sabeth HB. Asthma is associated health care utilization. *Care Med* 2001;163(5):1093-1096.
9. Chetta A, Gerra G, Foresi A, Zaimovic A, Del Donno M, Chittolini B, et al. Personality profile and breathlessness perception in outpatients with different grading of asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157(1):116-22.
10. York J, Fleming S, Shuldham C. Psychological interventions for adults with asthma: A systematic review. *Respiratory Medicine* 2006;101(1):1-14.
11. Marshall GD, Agrarwal, SK. Stress, immune regulation, and immunity: Applications for asthma. *J Allergy and Asthma* 2000; 21(4):241-246.
12. Hampel P, Rudolph H, Stachow R, Peterman F. Multimodal patient education program with stress management for childhood and adolescent asthma. *Patient Education and Counseling* 2002;49(1):59-66.
13. Deshmukh VM, Toell BG, Usherwood T, Grady B, Jenkins CR. Anxiety, panic and adult asthma: A cognitive-behavioral perspective. *Respir Med* 2006;101(2):194-202.
14. Shalowitz MU, Berry CA, Quinn KA, Wolf RL. The relationship of life stressors and maternal depression to pediatric asthma morbidity in a subspecialty practice. *Journal of Am Bulatory Pediatrics* 2001;1(4):185-193.
15. Lehrer PM, Karavidaz MK, Lu SE, Feldman J, Kranitz L, Smrithy A, et al. Psychological treatment of co morbid asthma and panic disorder. *J Anxiety Disorder* 2008;22(4):671-83.