

اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسم

نویسندگان: فاطمه رضایی^{۱*}، حمید طاهر نشاط دوست^۲، نجمه وکیلی زارچ^۳، بابک امرا^۴ و حسین مولوی^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان
۲. استاد دانشگاه اصفهان
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان
۴. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۵. استاد دانشگاه اصفهان

* Email: f.rezaei2002@yahoo.com

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی و اضطراب بیماران زن مبتلا به آسم شهر اصفهان بود. بدین منظور ۲۸ بیمار مبتلا به آسم بصورت تصادفی خوشه ای از مراکز درمانی شهر اصفهان انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. این دو گروه در مرحله پیش آزمون با استفاده از زیر مقیاس های اضطراب و افسردگی آزمون SCL-90-R مورد ارزیابی واقع شدند. سپس گروه آزمایش طی هشت جلسه هفتگی تحت درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی قرار گرفت و گروه گواه هیچگونه مداخله روانشناختی دریافت نکرد. در پایان هشت جلسه درمانی، دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون بار دیگر توسط زیر مقیاس های اضطراب و افسردگی آزمون SCL-90-R مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین زیر مقیاس عملکرد تنفسی از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم (AQLQ)، به منظور بررسی تأثیر احتمالی میزان اضطراب و افسردگی بر علائم و نشانه های این بیماری، توسط گروه های گواه و آزمایش قبل و بعد از مداخله درمانی تکمیل گردید. نتایج حاصل تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمرات اضطراب و افسردگی گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون به میزان معناداری نسبت به گروه گواه کاهش پیدا کرده است ($P < 0/05$). همچنین میانگین نمرات عملکرد تنفسی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به میزان معناداری نسبت به گروه گواه افزایش یافته است ($P < 0/05$). بر اساس یافته های فوق می توان گفت درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی می تواند به عنوان یک درمان مفید جهت بهبود اختلالات روانی همراه با بیماری آسم و عملکرد تنفسی (علائم و نشانه ها) به کار گرفته شود.

واژه های کلیدی: آسم، درمان شناختی- رفتاری، اضطراب، افسردگی، عملکرد تنفسی.

روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
رفتار

• دریافت مقاله: ۸۷/۷/۱۳

• پذیرش مقاله: ۹۰/۱/۲۰

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012- 2013

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال نوزدهم- دوره جدید
شماره ۷
پاییز و زمستان ۱۳۹۱

مقدمه

آسم نشان دادند که ۶۶٪ از بیماران شرکت کننده در پژوهش به اختلالات روانپزشکی مبتلا هستند که ۶۸٪ از این افراد، نشانه های اضطراب و ۶۵٪ نیز نشانه های افسردگی را گزارش کرده اند. اضطراب و افسردگی خواه زمینه ساز و مقدم بر شروع آسم باشد و خواه در طول ابتلا به آسم به وجود آید کیفیت زندگی و بهزیستی هیجانی این بیماران را به میزان زیادی تحت تاثیر قرار می دهد. پژوهشها حاکی از آن است که، آن دسته از افراد مبتلا به آسم که نشانه های بیشتری از اضطراب و افسردگی را گزارش کرده اند نیاز بیشتری به درمان های پزشکی، بستری شدن های مکرر و موقیعت های اورژانسی پیدا می کنند. این افراد در انجام فعالیت های روزانه ناتوان تر هستند و مشکلات رفتاری بیشتری را نشان می دهند [۱۱]. اضطراب و افسردگی، علائم جسمانی بیماری آسم را نیز شدت می بخشد. برای مثال، اضطراب باعث افزایش التهاب در راههای تنفسی می شود. به طور کلی اختلالات خلقی از طریق تغییر و انقباض راههای هوایی و ایجاد تنگی نفس سبب شدت یافتن علائم بیماری می شود [۱۲] همچنین نشانه های اختلالات روانشناختی مخصوصاً افسردگی و اضطراب به عنوان موانعی در جهت تشخیص و کنترل این بیماری در نظر گرفته می شوند [۷]. در حقیقت اختلالات خلقی (مخصوصاً افسردگی و اضطراب) باعث توجه بیشتر بیمار نسبت به علائم بیماری شده و واکنش پذیری بیمار را نسبت به علائم جسمانی و دوره های وقوع علائم، افزایش می دهد. بنابراین ارزیابی بیمار از شدت علائم و تعداد دوره های وقوع علائم دچار تحریف می شود. به این معنا که بیمار علائم را با شدت بیشتر و تعداد وقوع حملات را به میزان بالاتری گزارش می کند. همچنین، به دلیل شباهت زیاد بین علائم اضطراب و نشانه های بیماری آسم، مبتلایان به آسمی که همزمان از اختلالات اضطرابی نیز رنج می برند از تمایز گذاری بین علائم اضطراب و نشانه های بیماری آسم ناتوانند، بنابراین دوره های بیماری را با شدت بیشتری ارزیابی و گزارش می کنند [۱۳]. بنابراین آنچه گفته شد بدیهی است که توجه

در میان خیل عظیم بیماری های مزمن، آسم یکی از شایعترین اختلالات دستگاه تنفسی است. به طوری که طبق بررسی های انجام شده ۵٪ کل جمعیت جهان مبتلا به آسم می باشند [۱]. آسم ششمین علت بستری شدن بیماران در بیمارستان می باشد و بیش از ۴۰٪ بزرگسالان مبتلا هر ساله حداقل یک بار یا بیشتر به علت حملات آسم به بخش اورژانس مراجعه می کنند [۲]. این بیماری نوعی التهاب مزمن مجاری هوایی است که با افزایش پاسخدهی درخت تراکئوبرونکیال^۱ به انواعی از محرک ها مشخص می گردد. در بررسی سبب شناسی این بیماری می توان به نقش عوامل ژنتیکی، آلرژی ها، عوامل عفونی و عوامل روانشناختی اشاره نمود [۳] در چهارمین ویرایش تجدید نظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۲ آسم به عنوان یکی از بیماریهای روان تنی که از عوامل روانشناختی تاثیر می پذیرد طبقه بندی شده است [۴]. شواهد پژوهشی متعدد حاکی از آن است که عوامل روانی - اجتماعی نقش بسیار مهمی در بیماری آسم بازی می کنند [۵]. عوامل روانشناختی در بسیاری از موارد به عنوان عوامل زمینه ساز این بیماری در نظر گرفته می شوند [۶]. توجه به شیوع همزمان اختلالات روانی در مبتلایان به آسم بسیار حائز اهمیت است. پژوهشها حاکی از آن است که افراد مبتلا به آسم دو برابر افرادی که این بیماری را ندارند مشکلات روانشناختی را تجربه می کنند [۷]. شیوع گسترده اختلالات روانپزشکی مخصوصاً اضطراب و افسردگی در بین بیماران مبتلا به آسم در پژوهش های متعددی گزارش شده است [۸]. نتایج یک پژوهش که به منظور بررسی نیمخ روانی بیماران مبتلا به آسم از طریق اجرای آزمون MMPI صورت گرفت، نشان داد که ۴۲٪ افراد مبتلا به آسم حداقل در یکی از زیر مقیاس های این آزمون دارای اختلال واضح روانشناختی هستند [۹]. کولوی و همکاران [۱۰] نیز در پژوهشی بر روی مبتلایان به

1. Tracheobronchial

2. DSM-IV-TR

روش

• آزمودنی‌ها

الف) جامعه آماری: جامعه پژوهش حاضر، کلیه بیماران سرپایی زن مبتلا به آسم شهر اصفهان بودند که در سال ۱۳۸۷ به مراکز درمانی این شهر مراجعه کردند.

ب) نمونه پژوهش: در پژوهش حاضر، از روش تصادفی خوشه‌ای به منظور انتخاب نمونه‌ها استفاده شد. به این صورت که، در مرحله اول، از بین بیمارستان‌های شهر اصفهان به صورت تصادفی بیمارستان نور انتخاب شد. در مرحله‌ی بعد از بین بیمارانی که به این مرکز مراجعه می‌کردند ۲۸ نفر که ملاک‌های ورود در تحقیق را دارا بودند به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند. ملاک‌های ورود در این تحقیق عبارت بودند از: ۱- جنسیت مؤنث ۲- دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال ۳- سطح تحصیلات سیکل به بالا ۴- حداقل یک سال از شروع حملات گذشته باشد. در مرحله پیش‌آزمون، دو زیر مقیاس اضطراب و افسردگی آزمون SCL-90-R و زیر مقیاس عملکرد تنفسی از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم (AQLQ)^۱ توسط بیماران تکمیل شد. بعد از هشت جلسه درمانی بر روی گروه آزمایش، مرحله پس‌آزمون (تکمیل زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی آزمون SCL-90-R و زیر مقیاس عملکرد تنفسی از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم AQLQ) توسط گروه آزمایش و گواه) به اجرا در آمد. دو نفر از اعضای گروه آزمایش به دلیل غیبت مکرر (بیشتر از سه جلسه) از گروه آزمایش حذف شدند. به منظور تساوی حجم نمونه در دو گروه، به صورت تصادفی دو بیمار نیز از گروه گواه حذف شدند. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش و گواه تحت درمان دارویی قرار داشتند و تنها تفاوت درمانی آنها از لحاظ دریافت یا عدم دریافت درمان شناختی رفتاری بود.

به بروز همزمان این اختلالات در مبتلایان به آسم هم از نظر تشخیصی و اتخاذ درمان‌های مکمل و هم از لحاظ ارتقای کیفیت زندگی این بیماران بسیار حائز اهمیت می‌باشد. به طور کلی درمان اضطراب و افسردگی در این بیماران باعث کاهش میزان حملات و بهبود عملکرد تنفسی این بیماران می‌شود [۱۴].

پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که تکنیک‌های روان‌درمانی در کاهش نشانه‌ها و حملات بیماری آسم و همچنین کاهش سطح افسردگی و اضطراب از اثربخشی قابل ملاحظه‌ای برخوردار است. از جمله تکنیک‌های روان‌درمانی موثر، درمان شناختی- رفتاری می‌باشد. تاکنون تحقیقات گسترده‌ای در زمینه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اختلالات روانشناختی و علائم بیماری آسم در خارج از کشور صورت گرفته است. برای مثال، لهر و همکاران [۱۵]، گراور و همکاران [۱۶]، دشموخ و همکاران [۱۷] و سانچز و همکاران [۱۸] در پژوهش‌های خود بر اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش اختلالات روانشناختی بخصوص اضطراب و افسردگی و علائم بیماری آسم تأکید نموده‌اند. در این روش درمانی سعی بر آن است، مبتلایان به بیماری آسم در زمینه آموزش تن آرامی، افزایش آگاهی در مورد اضطراب و افسردگی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله و آموزش مهارت‌های ابراز وجود، تحت آموزش قرار گیرند.

علی‌رغم شیوع گسترده اختلالات روانی همراه بیماری آسم و تأثیر منفی این اختلالات بر شدت علائم این بیماری، تاکنون پژوهشی در زمینه درمان مشکلات روانی این بیماران با استفاده از روش‌های روان‌درمانی در جمعیت ایرانی صورت نگرفته است. با توجه به آنچه گذشت، مطالعه حاضر کوشیده است اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری را بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسم مورد بررسی قرار دهد.

^۱ . Asthma Quality of Life Questionnaire

• ابزار تحقیق

برای جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی آزمون SCL-90-R و زیرمقیاس عملکرد تنفسی (علائم و نشانه‌های آسم) مورد استفاده قرار گرفت. آزمون SCL-90-R آزمون ۹۰ سوالی است که در زمینه‌های روانپزشکی و برای تشخیص افراد سالم از بیمار به کار می‌رود. این آزمون یک ابزار خودسنجی است که شامل فهرستی از ۹ گروه نشانه‌های بالینی می‌باشد که افراد از خود بروز می‌دهند و در گروه‌های بسیاری در جهان با اعتبار بالایی تشخیصی به کار گرفته شده است. مقوله‌های پرسشنامه شامل شکایات جسمانی، سواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خشم یا پرخاشگری، ترس مرضی، عقاید و افکار پارانوئیدی و روانپریشی می‌باشد. [۱۹]. ضریب پایایی این آزمون به روش باز آزمایی ۰/۹۷ و حساسیت و ویژگی آزمون را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۸ گزارش شده است [۲۰]. همچنین ضریب پایایی در ابعاد اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۶ گزارش شده است [۲۱]. پرسشنامه کیفیت زندگی توسط مارک و همکارانش در دانشگاه پزشکی سیدنی استرالیا بین سالهای ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۲ تهیه شده است [۲۲]. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی شامل ۶۹ سوال می‌باشد که عموماً توسط خود آزمودنی‌ها تکمیل می‌گردد. در این پرسشنامه نظرات افراد در ۵ بعد: عملکرد تنفسی (علائم و نشانه‌های آسم)، عملکرد خلقی، فعالیت‌های جسمانی، عملکرد اجتماعی و درک کلی از سلامتی مورد بررسی قرار می‌گیرد که هر بعد به ترتیب با طرح ۱۴، ۱۱، ۱۶، ۱۰ و ۱۸ سؤال در پرسشنامه سنجیده می‌شود. پاسخ به هر سؤال با طیف ۵ درجه‌ای (اصلاً، به ندرت، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد) امتیازبندی می‌شود. با توجه به نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه، نمرات بیشتر در عملکرد تنفسی نشانگر بهبود در این زمینه است. این پرسشنامه دارای آلفای کرونباخ ۰/۹۴ می‌باشد. همچنین آلفای کرونباخ زیرمقیاس عملکرد تنفسی ۰/۸۵ گزارش شده است [۲۲]. در ایران تاکنون پژوهشی به منظور تعیین

ویژگی‌های روانسجی پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم صورت نگرفته است. در پژوهش حاضر، محقق این پرسشنامه را بر روی ۵۰ نفر بیمار مبتلا به انواع آسم در اصفهان اجرا نمود. تحلیل آماری، پایایی ثبات درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۶ / نشان داد که از حد مطلوب بالاتر است. همچنین آلفای کرونباخ زیرمقیاس عملکرد تنفسی (علائم و نشانه‌ها) ۰/۸۸ به دست آمد.

• طرح پژوهش

طرح پژوهش، از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه است. متغیر مستقل، درمان شناختی رفتاری است که در طی هشت جلسه و به مدت دو ماه توسط روانشناس بالینی انجام شد. متغیر وابسته نمرات افسردگی و اضطراب و عملکرد تنفسی بیماران است.

• شیوه اجرای تحقیق

پس از انتخاب آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه، اعضای گروه آزمایش طی یک دوره ۲ ماهه، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض متغیر مستقل (درمان شناختی- رفتاری) قرار گرفتند. مدل شناختی استفاده شده در این پژوهش براساس مدل جودیس بک [۲۳] بود که با توجه به شرایط و ماهیت بیماری آسم تغییراتی در آن داده شد و شیوه‌ها و تکنیک‌های رفتاری مانند: تن آرامی، آموزش شیوه حل مسأله و آموزش ابراز وجود و برنامه ریزی فعالیت‌ها در آن ادغام شد. در ادامه به خلاصه‌ای از جلسات درمانی اشاره شده 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- بررسی انتظارات اعضا از شرکت در گروه و آموزش تکنیک تن آرامی (در تمام جلسات درمانی آموزش تن آرامی 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 هیجان‌ها و کمک به حل آنها.

جلسه چهارم و پنجم: چالش با افکار و باورهای غیر منطقی، معرفی چالش به عنوان راهکارهایی برای به مبارزه طلبیدن افکار و باورهای غیر منطقی و در نهایت تغییر دادن آنها، چالش عملی با افکار و باورهای غیر منطقی که اعضای گروه در طول هفته یادداشت کرده‌اند، تحلیل سود و زیان و پرسشگری سقراطی افکاری که احساسات ناخوشایند را بوجود می‌آورند.

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

جلسه هشتم: خلاصه کردن و جمع‌بندی مطالب هفت جلسه گذشته، معرفی چند کتاب به منظور آشنایی بیشتر با شناخت درمانی، توجه دادن بیماران به باورهای بینابینی و فرض‌های زیر بنایی، گرفتن بازخورد از بیماران نسبت به جلسات درمانی.

بلافاصله پس از پایان دوره درمان، زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی آزمون SCL-90-R و زیر مقیاس عملکرد تنفسی AQLQ به عنوان پس آزمون توسط افراد دو گروه تکمیل گردید. سپس داده‌های خام با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج

در پژوهش حاضر میانگین سنی گروه آزمایش ۳۱ سال و گروه گواه ۳۳ سال بود. تحصیلات ۶۶ درصد از کل آزمودنی‌ها دیپلم به بالا بود. مدت ابتلا به بیماری نیز در ۷۰ درصد آزمودنی‌ها بیشتر از ۲ سال گزارش گردید. نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای همگام در نظر گرفته شد و تأثیر آن بر روی نمرات پس‌آزمون با استفاده

از تحلیل کوواریانس کنترل شد. پیش فرض نرمال بودن توزیع نمره‌های اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی با استفاده از آزمون شاپیرو- ویلک بررسی شد و در هر دو گروه آزمایشی و کنترل ($P > 0/05$) مورد تایید بود. پیش فرض تساوی واریانس‌ها (پس‌آزمون) با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. این پیش فرض در مورد هر سه متغیر وابسته (اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی) در مرحله پس‌آزمون ($P > 0/05$) مورد تایید بود. نمودار پراکنش (پراکندگی) نشان داد که پیش‌فرض خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته (نمرات پس‌آزمون اضطراب، افسردگی و نشانه‌ها و عملکرد تنفسی) و متغیرهای همگام (نمرات پیش‌آزمون مربوطه) برقرار است. همچنین همگنی شیب‌های خط رگرسیون بین متغیرهای وابسته و متغیرهای همگام در هر دو گروه آزمایش و گواه از طریق رسم نمودار پراکنش برقرار بود.

میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب و عملکرد تنفسی بیماران در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بعد از مهار متغیر همگام (نمرات پیش‌آزمون) در جدول ۱ آورده شده است.

جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی در دو گروه آزمایش و گواه از آزمون تی وابسته استفاده شد (استفاده از آزمون تی وابسته به این علت است که دو گروه آزمایش و گواه بر اساس ملاک‌های سن، جنس، تحصیلات و مدت زمان ابتلا به آسم با همدیگر هم‌تا شده بودند). همانگونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد هیچ‌گونه تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پیش‌آزمون اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی دو گروه آزمایش و گواه دیده نمی‌شود ($P > 0/05$).

جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس، تأثیر عضویت گروهی بر میزان افسردگی، اضطراب و عملکرد تنفسی بیماران مبتلا به آسم را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های باقیمانده نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) معنادار می‌باشد

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	شاخص‌ها	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	عضویت گروهی	۱۲	۱۶/۹۱	۳/۳۹	۱۲	۹/۰۰	۲/۴۸
	آزمایش	۱۲	۱۵/۵۰	۲/۶۱	۱۲	۱۵/۳۳	۳/۹۶
افسردگی	گواه	۱۲	۲۹/۹۱	۹/۷۹	۱۲	۱۶/۵۸	۴/۰۷
	آزمایش	۱۲	۲۴/۵۰	۳/۹۴	۱۲	۲۴/۷۵	۴/۹۹
عملکرد تنفسی	گواه	۱۲	۳۱/۳۳۳	۷/۳۰۲	۱۲	۴۰/۱۶۶	۳/۸۳۳
	آزمایش	۱۲	۳۲/۲۵۰	۶/۱۵۱	۱۲	۳۲/۴۱۶	۶/۰۳۰

جدول ۲: نتایج آزمون تی وابسته جهت مقایسه میانگین‌های اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون

متغیر	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار تفاوت‌ها	آزمون t	درجه آزادی (df)	معناداری (P)
اضطراب	۱/۴۱	۴/۲۵	۱/۱۵	۱۱	۰/۲۷۳
افسردگی	۵/۴۱	۱۰/۲۴	۱/۸۳	۱۱	۰/۱۰
عملکرد تنفسی	-۰/۹۱۶	۹/۸۹	۰/۳۲۱	۱۱	۰/۷۵۴

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان اضطراب، افسردگی و عملکرد تنفسی بیماران مبتلا به آسم در مرحله پس‌آزمون

متغیرها	گروه مرحله	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	آماره فیشتر (F)	سطح معناداری (P-value)	میزان تأثیر (ES)	توان آماری (P)
اضطراب	پیش‌آزمون	۱	۹۱/۶۰	۱۲/۹۰	۰/۰۰۲	۰/۳۸	۰/۹۲۸
	پس‌آزمون	۱	۳۰۰/۷۱	۴۲/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۰/۹۹۸
افسردگی	پیش‌آزمون	۱	۱۶۱/۵۹	۱۱/۴۸	۰/۰۰۳	۰/۳۵	۰/۹۲۷
	پس‌آزمون	۱	۵۳۸/۷۳	۳۸/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۰/۹۹۸
عملکرد تنفسی	پیش‌آزمون	۱	۲۲۱/۲۷۴	۱۲/۳۱۶	۰/۰۰۲	۰/۳۷	۰/۹۱۷
	پس‌آزمون	۱	۳۹۹/۵۲۲	۲۲/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۴	۰/۹۹۴

[۲۴] همخوانی دارد. این نتایج با در نظر گرفتن نقش عوامل شناختی (افکارناکارآمد، فرض‌های زیربنایی و فرایندهای پردازش اطلاعات مختل شده) در آسیب‌شناسی بیماری آسم و بروز اضطراب و افسردگی در این بیماران قابل تبیین است. برای مثال، در درمان‌های شناختی سعی می‌شود افکار غیر منطقی و ناکارآمد برانگیزاننده‌ی علائم بیماری، اضطراب و افسردگی شناسایی شود، بیمار نسبت به نقش این افکار در بیماری‌اش بینش یابد و افکار صحیحتری را جایگزین آنها نماید. از آنجا که بیماران مبتلا به آسم آسیب‌پذیری زیادی نسبت به نگرانی و اضطراب از خود نشان می‌دهند و آمادگی زیادی برای سوء تعبیر علائم فیزیولوژیکی اضطراب دارند این بینش به بیماران داده‌شد که آنها نسبت به وضعیت سلامتی و سیر درمان بیماری افکار فاجعه‌آمیز و نادرستی دارند که باعث می‌شود یک سوگیری منفی و گزینشی نسبت به سلامتی و سیر بهبودی خود نشان دهند. برای نمونه بیماری که قبل از صحبت در جمع دچار اضطراب شده و علائم آن را به عنوان مقدمه شروع یک حمله آسم سوء تعبیر می‌کند دادن این بینش که این علائم نشانه‌های بارز یک وضعیت شایع به نام اضطراب اجتماعی است و در بسیاری از موارد به حمله آسم منجر نخواهد شد، بسیار تأثیر گذار است. سپس تکنیک بسیار موثر دیگر که به تبیین اثربخشی درمان اضطراب کمک می‌کند استفاده از تن آرامی روزانه در بیماران بود. بیماران آموزش دیدند که با بروز اولین نشانه‌های فیزیولوژیکی اضطراب از فنون آرام سازی استفاده نمایند در واقع این تکنیک با کاهش نشانه‌های اضطراب و تنیدگی باعث بهبود حال این بیماران می‌شود. اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود افسردگی را می‌توان از دو جنبه شناختی و رفتاری تبیین نمود. بیماران مبتلا به آسم به دلیل مواجهه مکرر با رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی و کنترل‌ناپذیر حملات، کم‌کم به سوی درماندگی و نافع‌الی کشیده می‌شوند و اغلب ترس از دچار حمله شدن در محیط‌های اجتماعی و نگرانی از سوءبرداشت‌های دیگران، بیمار را از بسیاری از تجربه‌های مثبت باز می‌دارد. انزوا و نافع‌الی نیز ادراک

($P < 0/0001$). میزان تأثیر این مداخله ۶۴ درصد بوده است. بنابراین آموزش شناختی- رفتاری در کاهش میزان افسردگی شرکت‌کنندگان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. توان آماری ۰/۹۹۸ حاکی از دقت آماری قابل قبول است. همچنین تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های باقیمانده نمرات اضطراب شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) معنادار می‌باشد ($P < 0/0001$). میزان تأثیر این مداخله ۶۶ درصد بوده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های باقیمانده نمرات عملکرد تنفسی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) معنادار می‌باشد ($P < 0/0001$). میزان تأثیر این مداخله ۵۱ درصد بوده است. بنابراین آموزش شناختی- رفتاری در بهبود عملکرد تنفسی شرکت‌کنندگان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

شواهد پژوهشی متعدد بیانگر آن است که بسیاری از بیماران مبتلا به آسم علاوه بر تجربه‌ی نشانه‌های فیزیولوژیکی، طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی را نیز تجربه می‌کنند که در این میان افسردگی و اضطراب جزء شایع‌ترین اختلالات روانی همراه با بیماری آسم می‌باشند. این اختلالات متقابلاً روند پیشرفت علائم و شدت حملات تجربه شده توسط بیماران مبتلا به آسم را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بنابراین توجه به درمان‌های روانشناختی به عنوان درمان‌های مکمل در کنار درمان‌های دارویی لازم و ضروری است. پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسم پرداخت. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش نمرات افسردگی و اضطراب و بهبود عملکرد تنفسی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های گراور و همکاران [۱۶]، دشموخ و همکاران [۱۷]، سانچز و همکاران [۱۸] و پوت و همکاران

یافته مهم دیگر این پژوهش، بهبود عملکرد تنفسی بیماران مبتلا به آسم، با توجه به نتایج بدست آمده از زیر مقیاس عملکرد تنفسی بود. همانگونه که قبلاً اشاره گردید اضطراب و افسردگی با افزایش تحریکات نای از طریق بالا بردن میزان سیتوکین [۱۲]، افزایش بیش توجهی بیمار نسبت به نشانه‌های بیماری و تمرکز بر دوره‌های بیماری سبب افزایش وقوع حملات در این بیماران می‌گردد [۲۵]. در پژوهش حاضر، درمان شناختی رفتاری (با کاهش سوء تعبیرهای بیمار، آموزش تنفس دیافراگمی و احتمالاً با کاهش سیتوکین در بیماران و فنون تن آرامی و ...) به طور مشخص بر مولفه‌های شناختی و فیزیولوژیکی اضطراب و افسردگی تاکید نمود. بنابراین تبیین احتمالی یافته فوق را می‌توان بدین صورت مطرح کرد که با کاهش سطوح اضطراب و افسردگی بیماران، احتمالاً تمرکز آنها بر دوره‌های بیماری و بیش توجهی نسبت به علائم و نشانه‌ها کاهش یافته و زیرمقیاس عملکرد تنفسی، بهبود نشانه‌ها را نشان داده است. تبیین احتمالی دیگر می‌تواند این باشد که درمان شناختی رفتاری بطور همزمان میزان اضطراب، افسردگی و نشانه‌های آسم را کاهش داده است که این نتایج می‌تواند نشانگر ارتباط متقابل علائم روانشناختی و بیماری‌های جسمانی از جمله آسم باشد. با این وجود، فهم این که آیا درمان شناختی رفتاری از طریق کاهش علائم آسم منجر به بهبود علائم افسردگی و اضطراب شده یا اینکه کاهش سطوح اضطراب و افسردگی به کاهش شدت علائم بیماری منجر شده است به عنوان محدودیت پژوهش حاضر مطرح است که پیشنهاد می‌شود این نکته در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن و مؤلفه‌های شناختی بارز در بیماران مبتلا به آسم، درمان شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان یکی از شیوه‌های روان درمانی و مکمل درمان پزشکی، در جهت درمان اختلالات روانی همراه و بهبود عملکرد تنفسی در این بیماران بکار گرفته شود.

خود بیماران را تحت تأثیر قرار داده و مجموعه این عوامل سبب می‌شود که بیمار احساس ناکارآمدی و درماندگی را به تمام تجربیات خود منتقل نماید و عملاً بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از دست بدهد. با استفاده از درمان شناختی که شامل اصلاح افکار اتوماتیک منفی و باورهای زیربنایی بیماران بود، نگرش بیماران در مورد بیماری و تأثیرات ناتوان کننده آن به چالش کشیده شد. نمونه‌ای از نگرش‌های ناکارآمد بیماران شامل موارد زیر بود: " برای حفظ اعتماد به نفس همیشه باید موضوع بیماری را پنهان کنم"، " بیماری، کنترل بر زندگی را به طور کامل از من گرفته" و " آسم، علت نرسیدن من به تمام اهداف زندگی ام است". افکار منطقی که در مقابل جایگزین شد: " ابتلا به آسم مانند دیگر مشکلات زندگی، چالشی است که باید با آن کنار آمد"، برای رسیدن به اهداف زندگی توجه به توانایی‌ها و استعدادها و نیروهای درونی بسیار منطقی‌تر است و سلامتی تنها شرط لازم برای موفقیت نیست". از جنبه رفتاری استفاده از تکنیک برنامه ریزی فعالیت‌ها بسیار کمک کننده بود. از آنجا که بیماران افسرده نسبت به کوچکترین شکست‌ها حساس بوده و ادراک خود منفی‌گری در آنها تقویت می‌شود، برنامه ریزی فعالیت‌ها به بیمار کمک می‌کند تا احتمال شکست را در رسیدن به برنامه‌های روزانه به حداقل برساند. بیماران تشویق می‌شوند تا هر گونه افزایش سطح فعالیت روزانه را در خود ارزشگذاری کرده و با تفکر مثبت تقویت نمایند. بعد دیگر، روابط بین فردی ضعیف در این بیماران بود. به دلیل ماهیت بیماری، خلق افسرده و تحریک پذیری زیاد، اغلب این بیماران از لحاظ روابط بین فردی مشکلات زیادی داشته و سبک‌های ارتباطی غلط (اغلب پرخاشگر یا منفعل) منجر به طرد شدن از سوی دیگران شده و باعث انزوای اجتماعی هر چه بیشتر در این بیماران می‌شود، لذا یکی از اهداف جلسات درمانی آموزش سبک ارتباطی صحیح، شجاعانه و توأم با ابراز وجود در این بیماران بود تا بیماران به برقراری روابط اجتماعی خوب و تقویت کننده تشویق شوند.

منابع

11. Laszlo, G. (2004) Asthma: social and psychological factors and somatic syndromes, advances in psychosomatic medicine. Chicago chest. Vol: 24: pp. 10-11.
12. Richardson, L.P; Lozano, P; Russo, J; Cauley, E. Bush, T and Katon, W). 2006(Asthma symptom burden: relationship to asthma severity and anxiety and depression symptoms. Pediatrics. Vol: 118: pp. 1044- 1051.
13. British Guide line on the management of asthma (2003). Thorax. 58(suppl.1): 1-94.
14. Lehrer, P. M; Karavidas, M. K; Lu , S. E; Feldman, J; Kranitz, L; Smrithy, A; Sander- son, W and Reynolds, R. (2007) Psychological treatment of co morbid asthma and panic disorder. Anxiety Disorder. Vol: 10: pp. 85-90.
15. Grover, N; Kumaraiah, V; Prsadrao, P. S and Souza, G. (2002) Cognitive behavioural inter- vention in bronchial asthma. Association Phy- sicians India. Vol: 50: pp. 896 – 900.
16. Deshmukh, V.M; Toell, B.G; Usherwood, T; Grady, B and Christine, R.J.) 2006(Anxiety, panic and adult asthma: A cognitive- behavioural perspective. J. Med. Respiratory Medicine. Vol: 101: pp. 194-202.
17. Sanchez, R.S; Velasco, F.L; Rodrigues, C and Branda, S. J. (2006) Effectiveness of a cogni- tive- behavioural program to reduce anxiety in medically ill patients. Revista De Investigation Clinica. Vol: 58: pp. 540-546.
18. Derogotise, L.R; Lipman, R.S and Covi, L. (1973) SCL-90-R: an outpatient psychiatric rating scales- preliminary report. Psycho Pharmacol Bull. Vol: 9: pp. 13-27.
۱۹. باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه محمدی، داوود (1373) بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در میبد. فصلنامه اندیشه و رفتار ، سال اول، شماره اول، صص ۳۹-۳۳.
۲۰. سید هاشمی، حسین (۱۳۷۹) هنجاریابی پرسشنامه ی SCL-90 در دانش آموزان دوره ی متوسطه شهرستان زرین شهر. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی.
1. Lewis, H. (2000) Assessment and manage- ment of clinical problem Philadelphia: Mosby.
2. Vicki, M. (2000) Asthma. J. Nur. Vol: 30 pp. 34.
3. Braunwald, E. (2001) Harrison's Principles of, internal medicine disorders of the aspiratory disorder section. New York: Grew- Hill, Medical Publishing Division
۴. کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین (1382) خلاصه روانپزشکی - علوم رفتاری، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند.
5. Calfee, C.S; Katz, P.P; Yelin, E.H; Iribarren, C and Esner MD (2006). The influence of per- ceive control of esthma on health outcome. J Chest: Vol 13: pp. 1312-1318.
5. Duff, A.J. (2001) Psychological interventions in cystic fibrosis and asthma. Paediatric Res- piratory Reviews, Vol 2: pp. 350-357.
6. Rietveld, S. & Creer, T.L. (2003) Psychiatric factors in asthma: implications for diagnosis and therapy. J. Am. Med Respire. Vol: 2: pp. 1-10.
7. Kolamawole, S.M. & Gregory, E. (2006) Im- plications of psychological factors as precipi- tation of asthma attack among a sample of asthmatics. Asthma. Vol: 43: pp. 601-605.
8. Costagnaro; Maloragio, R; Chittolini B; Del Donno, M; Zaimovic, A; Foresi A; Gerra G; Chett ,A and Olivieri, D. (1998) Personality profile and breathlessness perception in outpa- tients with different grading of asthma. J. Am. Med. Respiratory and Critical Care Medicine. Vol: 157: pp. 116- 122.
9. Cluley, S. & Cochrane, G.M. (2001) Psycho- logical disorder in asthma is associated with poor control and poor adherence to inhaled steroids. Med Respire. Vol: 95: pp. 37-9.
10. Strine, T.W; Mokhdad, A.H; Balluz, L.S; Berry, T. & Gonzalez, O. (2008) Impact of depression and anxiety on quality of life, health behaviours and asthma control among adult in the united states with asthma . Asthma. Vol: 45: pp. 123-133.

23. Put, C; Van Den Bergh, O; Lemaigre, V; Demedts, M and Verleden, G. (2003) Evaluation of and individualized asthma programmed directed at behavioural change. *J Euro Respire*. Vol:21 :pp.109-115.
24. Carr, R. E; Lehrer, P.M; Hochran, S.M and Jackson, A. (1996) Effect of psychological stress on airway impedance in individuals with asthma and panic disorder. *J Abnormal Psychology*. Vol: 105(1): pp. 137- 141.
21. Marks, G; Dunn, S and Woolcock ,A. (1992) A scale for the measurement of quality of life in adults with asthma. *J Clinical Epidemiology*. Vol:(۵)۴۵ pp.۴۷۲-۴۶۱ .
۲۲. بک، جودیت (۱۳۸۰) راهنمای گام به گام شناخت درمانی، ترجمه ایرج دوراهی و محمدرضا عابدی. اصفهان: انتشارات گل‌های محمدی.