

اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به آسم

فاطمه رضایی^۱، حمید طاهر نشاط دوست^۲، حسین مولوی^۳، بابک امر^۴

چکیده

زمینه و هدف: مداخلات روانشناختی می‌تواند به واسطه بهبود وضعیت جسمی- روانی و اجتماعی سهم به‌سزایی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم داشته باشد. هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس با رویکرد شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به آسم بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به روش آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد انجام شده است. نمونه شامل ۲۴ بیمار با تشخیص آسم بود که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم استفاده شد که در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط افراد تکمیل گردید. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس طی هشت جلسه بر روی گروه آزمایش انجام گرفت و در این فاصله ضمن ادامه درمان‌های متداول پزشکی در هر دو گروه، گروه شاهد جهت درمان روانشناختی در لیست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد افزایش پیدا کرد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس با رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به آسم بود.

واژه‌های کلیدی: آسم، استرس، کیفیت زندگی، شناختی- رفتاری، مدیریت استرس.

نوع مقاله: تحقیقی

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱۱/۳

پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۲/۵

مقدمه

آسم یکی از شایع‌ترین بیماری‌هاست که شیوع و بروز چشمگیری دارد. طبق بررسی‌های انجام شده ۵ درصد کل جمعیت جهان به این بیماری مبتلا می‌باشند (۱). شیوع این بیماری در کشور ایران به طور متوسط ۵ تا ۷ درصد گزارش

امروزه بیماری‌های مزمن ریوی در زمره شایع‌ترین بیماری‌هایی هستند که سبب از کار افتادگی و مرگ و میر در جوامع بشری می‌شوند. در میان بیماری‌های مزمن ریوی،

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

E-mail: f.rezaei2002@yahoo.com

۲- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- دانشیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

شده است (۲). از نقطه نظر آسیب‌شناسی باید گفت که تمام عوامل به وجود آورنده بیماری آسم، باعث افزایش تحریک‌پذیری غیر اختصاصی درخت تراکتوبرونکیال می‌شود. نتیجه کلیه مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که آلرژی، عوامل عفونی، ارثی، روانی و اجتماعی در آسم مؤثر می‌باشد (۳). از دو دهه گذشته فهم و درک آسیب‌شناسی و درمان آسم از یک دیدگاه زیستی- پزشکی صرف به دیدگاهی که بیماری را متشکل از سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی می‌بیند، تبدیل شده است (۴). یافته‌های عینی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد عوامل روانشناختی با آمادگی ابتلا به آسم تداخل نموده، موجب تشدید یا بهبود فرآیند بیماری می‌شود، همچنین عوامل روانشناختی بر نشانه‌های بیماری و کنترل آن تأثیر می‌گذارد (۵). وضعیت‌های روانشناختی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، خشم، ناکامی و هیجانات منفی به عنوان عوامل تسریع‌کننده حملات آسم و کاهش کیفیت زندگی شناخته شده‌اند (۶). تحقیقات بالینی نشان داده است که بیماران مبتلا به آسم در پاسخ به استرس، انقباضات بیشتری در قسمت‌های فوقانی مجاری هوایی نشان می‌دهد (۷). به طور کلی موقعیت‌های استرس‌زا حملات آسم را در ۲۰ تا ۴۰ درصد بیماران افزایش می‌دهد (۸). همچنین میزان همپوشی این بیماری با اختلالات روانی، که به طور عمده شامل اضطراب و افسردگی است، بالا می‌باشد (۹).

اختلالات روانی مذکور و وقایع استرس‌زا باعث افزایش شدت آسم شده، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در این بیماران به شدت کاهش می‌دهد (۱۱، ۱۰). مفهوم کیفیت زندگی بعد از جنگ جهانی دوم با پژوهش بر روی بیماران مبتلا به دیابت آغاز گردید و بعدها با بررسی بیماران مبتلا به ایدز پیشرفت کرد (۱۲). شاخه‌ای از کیفیت زندگی به نام کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سال‌های اخیر توجه و علاقه پژوهشی وسیعی را به خود معطوف کرده است (۱۳). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از طریق اثرات جسمانی، هیجانی و اجتماعی بیماری بر فرد تعریف می‌شود (۱۴). توافق عمومی و فزاینده‌ای وجود دارد که بهبود کیفیت زندگی مرتبط

با سلامت باید یکی از اهداف اصلی درمان در این بیماران باشد (۱۵). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که کیفیت زندگی مبتلایان به آسم پایین است (۱۸-۱۶). مطابق نظر گالیک و همکاران به نقل از Juniper و همکاران کیفیت زندگی ۶۱/۲ درصد از بیماران مبتلا به آسم نامطلوب است (۱۹). در بیماران مبتلا به آسم کیفیت زندگی فرایندی است که از تعامل متغیرهای فیزیولوژیکی و روانشناختی ناشی می‌شود (۲۰). متغیرهای روانی اثرات مستقیمی روی کیفیت زندگی این بیماران می‌گذارد در حالی که متغیرهای فیزیولوژیکی به طور غیر مستقیم و از طریق متغیرهای روانی، اثر خود را بر کیفیت زندگی اعمال می‌کند (۲۱). بررسی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در این افراد نشان می‌دهد که این بیماران در خرده مقیاس‌های محدودیت عاطفی و بهزیستی عاطفی نمرات پایینتری نسبت به خرده مقیاس‌های جسمانی و سلامت عمومی به دست می‌آورند (۲۲). کیفیت زندگی پایین در این بیماران یک عامل پیش‌بینی‌کننده برای ابتلا به اختلالات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی است (۱۴). گزارش شده است که مشکلات هیجانی و روانشناختی در بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند، زیاد است؛ از سوی دیگر خود این مشکلات نیز باعث کاهش هر چه بیشتر کیفیت زندگی می‌شود (۲۳). بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند به میزان بیشتری نشانه‌ها و علائم بیماری آسم مانند خس‌خس سینه و سرفه را نشان می‌دهند؛ همچنین کیفیت زندگی پایین از طریق نقش واسطه‌ای اختلالات روانی همراه، عملکرد شش‌ها را در این افراد پایین می‌آورد (۲۴). کیفیت زندگی پایین در این بیماران باعث افزایش شدت بیماری، بستری شدن مکرر در بیمارستان، فرسودگی، خستگی، آمادگی بیشتر برای جذب مشکلات رفتاری و محدودیت در فعالیت‌ها می‌شود (۲۳). بسیاری از پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع‌تری برای مداخله‌های روانشناختی، به منظور بهبود کیفیت زندگی این بیماران را تأیید کرده‌اند (۲۶، ۲۵). طیف وسیعی از درمان‌های روانشناختی شامل درمان‌های شناختی- رفتاری (۲۷)، تن

مواد و روش‌ها

این پژوهش از جمله طرح‌های آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران سرپایی زن مبتلا به آسم، مراجعه کننده به مرکز پزشکی نور اصفهان در بهار ۱۳۸۷ بودند. نمونه آماری شامل ۲۴ زن مبتلا به آسم بود که به صورت تصادفی ساده از جامعه آماری انتخاب شد. برای این بیماران توسط پزشک متخصص ریه و با استفاده از روش‌های پاراکلینیکی همانند اسپرومتری تشخیص آسم داده شده بود. در مرحله بعد اعضا به منظور شرکت در مطالعه فرم رضایتنامه کتبی را تکمیل و رضایت کامل خود را از حضور در مطالعه ابراز نمودند. شرایط ورود به مطالعه شامل جنسیت مؤنث، سابقه بیش از یک سال ابتلا به بیماری آسم، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و سطح تحصیلات سیکل به بالا بود. بیماران به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. پرسشنامه کیفیت زندگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط همکار پژوهشگر در دو گروه اجرا و نمره‌گذاری شد. جلسه پیگیری دو ماه بعد از اتمام جلسات رواندرمانی انجام شد. درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس طی هشت جلسه هفتگی و به مدت دو ماه در یکی از کلاس‌های بخش روانپزشکی بیمارستان نور توسط دو نفر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بر روی گروه آزمایش انجام گرفت. اعضای گروه شاهد در لیست انتظار باقی ماندند و پس از اتمام مرحله پیگیری از جلسات هفتگی گروه درمانی برخوردار گشتند. تکنیک‌های مورد استفاده در طول جلسات درمانی شامل آموزش الگوی شناختی به بیماران، معرفی افکار خودآیند و نگرش‌های ناکارآمد ویژه بیماری آسم، چالش با افکار و باورهای غیر منطقی، آموزش تکنیک مدیریت استرس، مدیریت خود، آموزش شیوه حل مسئله، آموزش ابراز وجود، آموزش برنامه‌ریزی فعالیت‌ها، آموزش سه سبک رفتاری منفعلانه، جرأت ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت‌های ارتباطی برای تقویت ابراز وجود بود. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش و شاهد تحت درمان دارویی قرار داشتند و تنها تفاوت

آرامی، خانواده درمانی، بیوفیدبک (۲۸)، مدیریت استرس (۲۹) و درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس (۳۰) در بهبود کیفیت زندگی این بیماران اثربخش بوده است. در این میان درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس از اساس نظری قوی برخوردار است. درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس به خانواده‌ای از درمان‌های مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی-رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس، توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش می‌دهد. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها می‌باشد (۳۱). با توجه به افزایش روزافزون تعداد بیماران مبتلا به آسم در ایران و جهان و همچنین افزایش هزینه‌های ناشی از درمان و تأثیر آن بر فعالیت‌های زندگی، کیفیت زندگی این گروه از بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است (۳۲). با توجه به این که اکثر درمان‌های روانشناختی کمتر به بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم وسیع و پیچیده (به عنوان مهمترین هدف درمانی) پرداخته شده است، هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم قرار گرفت. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی موجود در جوامع مختلف، محقق بر آن بود تا دریابد آیا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم در جامعه ایرانی تا آن اندازه تحت تأثیر متغیرهای روانی اجتماعی قرار دارد که به تبع آن بتوان روان‌درمانی را برای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران به کار برد یا این که متغیرهای جسمانی بیماری نقش تعیین کننده‌تری در این زمینه بازی می‌کنند. در این پژوهش مؤلف به مطالعه بیماران مبتلا به آسم پرداخت تا نگرش‌های منفی مرتبط با بیماری که اغلب نیز دارای بار فرهنگی-اجتماعی گسترده بودند را شناسایی نماید.

درمانی آنها از لحاظ دریافت یا عدم دریافت درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بود. مدل شناختی استفاده شده در این پژوهش بر اساس مدل Judith Beck (۳۳) بود که با توجه به شرایط و ماهیت بیماری آسم و نتایج حاصل از مطالعه کیفی (مصاحبه با بیماران) تغییراتی در آن داده شد و تلاش گردید تا محتوای پروتکل درمانی مطابق با فرهنگ جامعه ایرانی بومی سازی شود و شیوه‌ها و تکنیک‌های رفتاری مانند مدیریت استرس، تن آرامی، آموزش شیوه حل مسأله و آموزش ابراز وجود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها در آن ادغام شود.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی در بزرگسالان مبتلا به آسم با نام Asthma Quality of Life بود که توسط Marks و همکاران در دانشگاه سیدنی استرالیا بین سال‌های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۲ تهیه و تدوین شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش‌دهی ۶۹ آیتی است که کیفیت زندگی را در ۵ بعد عملکرد تنفسی، فعالیت جسمانی، عملکرد خلقی، عملکرد اجتماعی و درک کلی از سلامتی می‌سنجد. این پرسشنامه دارای آلفای کرونباخ ۰/۹۴ درصد می‌باشد. همچنین آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در محدوده ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (۳۴). تاکنون پژوهشی در ایران به منظور تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آسم صورت نگرفته است. این پرسشنامه توسط محققان به فارسی ترجمه و در مرحله بعد توسط دو نفر کارشناس مترجمی زبان انگلیسی به انگلیسی برگردانده شد. پس از تطبیق نهایی نسخه انگلیسی با فارسی، این پرسشنامه با ۵۰ نفر بیمار مبتلا

به آسم در اصفهان بررسی گردید که ثبات درونی (آلفای کرونباخ) محاسبه شده ۰/۸۶ بود. همچنین آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در محدوده ۰/۷۲ تا ۰/۸۴ گزارش شد. اعتبار محتوایی پرسشنامه توسط گروه‌های پزشکی، روانپزشکی، روانشناسی و همه‌گیرشناسی تأیید شد. داده‌های مطالعه در نرم‌افزار SPSS_{۱۵} 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 کنترل گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی اعضای گروه نمونه $4/7 \pm 32$ سال بود. تحصیلات ۷۰ درصد آزمودنی‌ها دیپلم به بالا و طول مدت ابتلا به آسم در بیشتر آنها ۱۸ ماه بود. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن (با استفاده از آزمون شاپیروویلک) برقرار است ($P < 0/05$) و با توجه به این که تعداد بیماران در دو گروه آزمایش و شاهد برابر بود ($n = 12$)، استفاده از تحلیل کواریانس بالامانع شناخته شد.

میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی بیماران در دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بعد از مهار متغیر همگام در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۳۷	۱۲/۳۶۵	۱۶۵/۳۳	۹/۰۱۸	۱۵۰/۰۰۰	۴/۲۶۴
شاهد	۱۴۰/۰۸۳	۱۲/۳۶۵	۱۴۲/۴۱	۱۳/۷۲	۱۴۱/۶۶۶	۴/۵۸۰

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

مراحل	شاخص متغیر	درجه آزادی	ضریب F	معنی‌داری	میزان تأثیر	توان آماری
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۷/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷۶	۰/۷۶۹
	عضویت گروهی	۱	۳۴/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۹/۲	۰/۰۰۶	۰/۳	۰/۸۲۴
	عضویت گروهی	۱	۷/۵۳۳	۰/۰۱۲	۰/۳۴	۰/۹۱

نتایج تحلیل کواریانس و تأثیر عضویت گروهی بر میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد.

یافته‌های فوق نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و شاهد) در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۵$). میزان تأثیر این مداخله ۰/۶۲ بوده است. بنابراین آموزش شناختی- رفتاری مدیریت استرس در بهبود کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. توان آماری ۱ حاکی از دقت آماری قابل قبول است.

همچنین نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و شاهد) در مرحله پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۵$). میزان تأثیر این مداخله ۰/۳۴ بوده است. بنابراین آموزش شناختی- رفتاری مدیریت استرس در بهبود کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مرحله پیگیری گروه آزمایشی تأثیر داشته است. توان آماری ۰/۹۱ حاکی از دقت آماری قابل قبول است.

نتایج تحلیل کواریانس و تأثیر عضویت گروهی بر زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی (میزان عملکرد تنفسی، فعالیت جسمانی، عملکرد خلقی، عملکرد اجتماعی و درک کلی سلامتی) بیماران مبتلا به آسم در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد.

یافته‌های فوق حاکی است که تفاوت مشاهده شده بین

میانگین‌های نمرات زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و شاهد) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۵$). بنابراین آموزش شناختی- رفتاری مدیریت استرس در بهبود زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان تأثیر درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر بهبود هر کدام از این زیرمقیاس‌ها در جدول ۳ آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش عبارت از تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران سرپایی زن مبتلا به آسم در شهر اصفهان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Deshmukh و همکاران (۹)، Lehrer و همکاران (۲۷)، Coen (۲۹) و Hampel و همکاران (۳۰) همخوانی دارد. در پژوهش حاضر همانند پژوهش‌های Lehrer و همکاران (۲۷) و Deshmukh و همکاران (۹) سعی شد از طریق شناسایی افکار خودآیند منفی مرتبط با بیماری آسم، چالش با این افکار و استفاده از تکنیک‌های مختلف رفتار درمانی از جمله مدیریت استرس به بهبود کیفیت زندگی این بیماران پرداخته شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

زیر مقیاس‌ها	مراحل	شاخص متغیر	درجه آزادی	ضریب F	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
عملکرد تنفسی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۱۲/۳۱۶	۰/۰۰۲	۰/۳۷	۰/۹۱۷
		عضویت گروهی	۱	۲۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴	۰/۹۹۴
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۱/۶۵۳	۰/۲۱۳	۰/۰۷۳	۰/۲۳۳
		عضویت گروهی	۱	۱۱/۴۵۵	۰/۰۴	۰/۲۴۱	۰/۸۲۶
فعالیت جسمانی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۲	۰/۱۷۲	۰/۰۸۷	۰/۲۷۱
		عضویت گروهی	۱	۱۵/۶۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲۶	۰/۹۶۴
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۲/۱۱	۰/۱۶	۰/۰۹۲	۰/۲۸۵
		عضویت گروهی	۱	۱۳/۹۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۴۵
عملکرد خلقی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۱۶/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۳	۰/۹۷۴
		عضویت گروهی	۱	۲۷/۹۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۹۹
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۱۵/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۹۷
		عضویت گروهی	۱	۲۰/۱۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹۰
عملکرد اجتماعی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۱۴/۸۰۷	۰/۰۰۵	۰/۳۰	۰/۹۰
		عضویت گروهی	۱	۱۷/۸۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۸
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۱۱/۸۵	۰/۰۰۲	۰/۳	۰/۹
		عضویت گروهی	۱	۱۲/۰۱۹	۰/۰۰۲	۰/۳۶	۰/۹۱۱
درک کلی از سلامتی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۲۰/۰۵	۰/۰۰۸	۰/۴۹	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۲۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۹۹۹
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۱۵/۸۰	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۹۶
		عضویت گروهی	۱	۲۰/۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۸۶

مطابق نظر گالیک و همکاران به نقل از Juniper و همکاران (۱۹) کیفیت زندگی در مبتلایان به آسم به شدت تحت تأثیر نشانه‌های آسم، اضطراب، افسردگی، روابط اجتماعی و شیوه تفکر و نگرش در مورد بیماری قرار می‌گیرد. در این پژوهش سعی شد با استفاده از درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، بهبود هر کدام از این ابعاد و زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی مورد هدف قرار گیرد. علائم و نشانه‌های آسم مانند خس خس سینه، سرفه و تنگی نفس که در اثر عوامل استرس‌زای محیط به میزان زیادی شدت می‌یابند باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شوند. بنابراین تلاش شد تا با آموزش شیوه‌های مدیریت استرس از تأثیرات منفی استرس بر نشانه‌های این افراد کاسته شود.

بر اساس مدل "ذهن و بدن" در مبتلایان به آسم، تحریفات شناختی و افکار خودآیند منفی در این بیماران باعث پدید آمدن علائم بیماری و تغییرات ایمونولوژی می‌شود (۳۵). در پژوهش حاضر تلاش شد تا با آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار و نگرش‌های خودآیند منفی مرتبط با بیماری آسم، کاهش نشانه‌های بیماری مورد هدف قرار گرفته، در نتیجه کیفیت زندگی بیماران بهبود یابد. عملکرد خلقی معیوب که شامل علائم اضطراب و افسردگی به صورت همگام با بیماری آسم می‌باشد ابعاد مختلف کیفیت زندگی مانند میزان فعالیت‌ها، رضایت از زندگی، عزت نفس، کفایت روانشناختی، روابط اجتماعی و درک کلی از سلامتی را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد. بهبود خلق بیماران به

می‌باشند و این افراد همان گونه که قادرند تجربیات مختلف روزانه را کنترل کنند، می‌توانند از طریق شناسایی عوامل برانگیزاننده، علائم و حملاتشان را نیز کنترل نمایند. بنابراین با افزایش حس کنترل بر علائم و کاهش بروز نشانه‌ها و حملات، کیفیت زندگی بیماران نیز بهبود پیدا کرد. در تبیین این که چرا نتایج درمانی در مرحله پیگیری کیفیت زندگی استمرار داشته است، می‌توان گفت که استفاده به نسبت مکرر بیماران از تکنیک‌های تن‌آرامی، مدیریت استرس، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد مربوط به ابعاد مختلف کیفیت زندگی، بعد از اتمام جلسات رواندمانی باعث افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی بیماران شده است. به طور کلی می‌توان گفت پایایی نسبی نتایج درمان طی دوره پیگیری به کاربرد فعالانه تکنیک‌های درمانی ارائه شده توسط بیماران مرتبط است. با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن و مؤلفه‌های شناختی بارز در بیماران مبتلا به آسم، درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس می‌تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران به کار گرفته شود.

با وجود این که تحقیق حاضر از لحاظ به کارگیری "نگرش‌های ناکارآمد ویژه بیماری آسم" در تنظیم پروتکل درمانی دارای نوآوری و ابتکار بود لکن با محدودیت‌های خاصی نیز مواجه گردید که عبارتند از:

با توجه به شرایط نمونه انتخابی در تعمیم نتایج به افراد خارج از محدوده جامعه پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

محدودیت دوم، عدم برخورداری گروه شاهد از جلسات مشاوره معمولی به منظور حذف اثر دارونمایی (Placebo Effect) گروه درمانی است که به دلیل محدودیت امکانات رعایت این امر ممکن نبود، لیکن پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی این نکته را مورد توجه قرار دهند تا بتوان یافته‌های پژوهش را با اطمینان بیشتری به تأثیر متغیر روان درمانی نسبت داد.

صورت کاهش معنی‌دار علائم اضطراب و افسردگی یکی از عوامل مؤثر در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم است. استفاده از تکنیک مدیریت استرس و آموزش تن آرامی، تنش جسمانی و علائم فیزیولوژیکی اضطراب را در بیماران به میزان زیادی کاهش داد. از طریق به چالش کشیدن افکار خودآیند منفی، تشویق بیماران به افزایش فعالیت‌های لذت بخش و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها که منجر به افزایش موفقیت‌های روزمره می‌شود، می‌توان خلق افسرده بیماران مبتلا به آسم را به میزان زیادی کاهش داد. با بهبود خلق افسرده و بهزیستی هیجانی در این بیماران کیفیت زندگی نیز به میزان زیادی ارتقاء می‌یابد. بیماران مبتلا به آسم در روابط اجتماعی خود نیز سبک‌های ارتباطی نادرستی (پرخاشگر و منفعلانه) را دنبال می‌کنند و آموزش سبک‌های ارتباطی صحیح (سبک‌های جرأت ورزانه) به این بیماران، با افزایش میزان روابط اجتماعی مطلوب و در نتیجه افزایش دریافت حمایت‌های اجتماعی از دیگر عواملی بود که کیفیت زندگی را در این بیماران به میزان زیادی بهبود بخشید. ماهیت غیرقابل پیش‌بینی بودن حملات آسم سبب ترس بیماران از حضور در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود، همچنین اثرات جانبی داروها نیز از دیگر علل نگران کننده عمده در این بیماران است؛ بنابراین با دادن آگاهی‌های صحیح در مورد ماهیت بیماری و عوارض جانبی داروها ترس‌های غیر واقع‌بینانه بیماران کاهش یافت. انزوای کمتر، افزایش فعالیت‌های بین فردی و اجتماعی و بهزیستی هیجانی به عنوان نتیجه این آگاهی‌ها، بهبود کیفیت زندگی بیماران را سبب گردید. یکی دیگر از عوامل احتمالی افزایش کیفیت زندگی در این بیماران افزایش احساس ذهنی کنترل بر بیماری در این افراد بود. بیماران مبتلا به آسم به دلیل ابتلا به یک بیماری مزمن، درماندگی ناشی از افسردگی و افکار منفی در مورد توانایی‌های خود، به طور ذهنی احساس کنترل کمتری بر نشانه‌ها و حملات بیماری دارند (۱۴). از طریق تکنیک مدیریت خود به این بیماران آموزش داده شد که علائم و حملات آسم همانند دیگر تجربیات روزانه

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی قبل از کاربرد این پرسشنامه به ارزیابی کامل ویژگی‌های روانسنجی آن بر روی یک نمونه وسیع‌تر اقدام نمایند. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از سایر روش‌های روان‌درمانی در بهبود کیفیت زندگی همانند آرامش آموزی، نوشتن احساسات، بازخورد زیستی و هیپنوز، به صورت مقایسه‌ای استفاده شود.

از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم امکان دستیابی به پرسشنامه‌ای هنجار شده در زمینه کیفیت زندگی در فرهنگ ایرانی بود و به دلیل ضیق وقت، امکان هنجاریابی دقیق این پرسشنامه توسط پژوهشگر فراهم نشد. با وجود این مسأله، محقق با اجرای این پرسشنامه بر روی ۵۰ بیمار نتایج قابل قبولی در زمینه روایی و پایایی آن به دست آورد؛ لیکن

References

1. Cecil RC, Plum F, Bennett JC, Editors. Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia: WB. Saunders; 1996. p. 376-87.
2. Parsikia M. Asthma and Allergy. Tehran: Jahade Daneshgahi; 2002. [In Persian].
3. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE. Stress- health and coping. In: Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Hoeksema SN, Editors. Hilgard's Introduction to Psychology. 13th ed. New york: Harcourt College Publishers; 1999. p. 486-504.
4. Perrudet-Badoux A. Nouvelles approches de l'étude des facteurs psycho-sociaux dans l'asthme: Premiers résultats. Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique 1985; 25(1): 19-24.
5. York J, Fleming SL, Sholdman CM. Psychological interventions for children with asthma. Cochrane Database of Systematic Review 2005; (4): 77-80.
6. Cohen SI. Psychological factors in asthma. Post Med J 1975; 47: 533-9.
7. Ritz T, Steptoe A, DeWilde S, Costa M. Emotions and stress increase respiratory resistance in asthma. Psychosom Med 2000; 62(3): 401-12.
8. Isenberg SA, Lehrer PM, Hochron S. The effects of suggestion and emotional arousal on pulmonary function in asthma: a review and a hypothesis regarding vagal mediation. Psychosom Med 1992; 54(2): 192-216.
9. Deshmukh VM, Toelle BG, Usherwood T, O'Grady B, Jenkins CR. Anxiety, panic and adult asthma: a cognitive-behavioral perspective. Respir Med 2007; 101(2): 194-202.
10. Liu LY, Coe CL, Swenson CA, Kelly EA, Kita H, Busse WW. School examinations enhance airway inflammation to antigen challenge. Am J Respir Crit Care Med 2002; 165(8): 1062-7.
11. Richardson LP, Lozano P, Russo J, McCauley E, Bush T, Katon W. Asthma symptom burden: relationship to asthma severity and anxiety and depression symptoms. Pediatrics 2006; 118(3): 1042-51.
12. Giovagnoli AR, Meneses RF, da Silva AM. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. Epilepsy Behav 2006; 9(1): 133-9.
13. Drossman DA, Patrick DL, Whitehead WE, Toner BB, Diamant NE, Hu Y, et al. Further validation of the IBS-QOL: a disease-specific quality-of-life questionnaire. Am J Gastroenterol 2000; 95(4): 999-1007.
14. Schatz M, Mosen DM, Kosinski M, Vollmer WM, Magid DJ, O'Connor E, et al. The relationship between asthma-specific quality of life and asthma control. J Asthma 2007; 44(5): 391-5.
15. Issa BA, Baiyewu O. Quality of life of patients with diabetes mellitus in a Nigerian Teaching Hospital. Hong Kong Journal of Psychiatry 2006; 16: 27-33.
16. Oguztürk Ö, Ekici A, Kara M, Ekici M, Arslan M, Iteginli A, Tet al. Psychological Status and Quality of Life in Elderly Patients With Asthma. Psychosomatics 2005; 46(1): 41-6.
17. Ekici A, Ekici M, Kara T, Keles H, Kocyigit P. Negative mood and quality of life in patients with asthma. Qual Life Res 2006; 15(1): 49-56.
18. Almada LF, Almada-Lobo B. Quality of life in asthmatic outpatients. J Asthma 2008; 45(1): 27-32.
19. Juniper EF, Guyatt GH, Feeny DH, Ferrie PJ, Griffith LE, Townsend M. Measuring quality of life in the parents of children with asthma. Qual Life Res 1996; 5(1): 27-34.
20. Hyland M, Hyland ME. Asthma Management for Practice Nurses: A Psychological Perspective. 1st ed. Newyork: Churchill Livingstone; 1998. p. 36-8.
21. Anderson KL, Burckhardt CS. 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.

22. Lee OY, Mayer EA, Schmulson M, Chang L, Naliboff B. Gender-related differences in IBS symptoms. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(7): 2184-93.
23. Vila G, Hayder R, Bertrand C, Falissard B, De Blic J, Mouren-Simeoni MC, et al. Psychopathology and quality of life for adolescents with asthma and their parents. *Psychosomatics* 2003; 44(4): 319-28.
24. Siroux V, Boudier A, Anto JM, Cazzoletti L, Accordini S, Alonso J, et al. Quality-of-life and asthma-severity in general population asthmatics: results of the ECRHS II study. *Allergy* 2008; 63(5): 547-54.
25. Smith JR, Mugford M, Holland R, Noble MJ, Harrison BD. Psycho-educational interventions for adults with severe or difficult asthma: a systematic review. *J Asthma* 2007; 44(3): 219-41.
26. Yorke J, Fleming SL, Shuldham C. Psychological interventions for adults with asthma: a systematic review. *Respir Med* 2007; 101(1): 1-14.
27. Lehrer PM, Karavidas MK, Lu SE, Feldman J, Kranitz L, Abraham S, et al. Psychological treatment of comorbid asthma and panic disorder: a pilot study. *J Anxiety Disord* 2008; 22(4): 671-83.
28. Lehrer PM, Sargunraj D, Hochron S. Psychological approaches to the treatment of asthma. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60(4): 639-43.
29. Coen BL. Effect of stress management on asthma severity and immune function in adolescents. Toledo: Medical College of Ohio at Toledo; 1994. p. 190-5.
30. Hampel P, Rudolph H, Stachow R, Petermann F. Multimodal patient education program with stress management for childhood and adolescent asthma. *Patient education and counseling* 2002; 49(1): 59-66.
31. Linden W. Stress management: from basic science to better practice. Philadelphia: SAGE Publications; 2005. p. 83-5.
32. Moein M. Asthma (Clinical and baseline sciences). Tehran: Nashre Daneshgahi; 2004. [In Persian].
33. Beck J. Cognitive therapy: basics and beyond. Trans. Abedi M, Dorahaki E. Isfahan: Golhayeh Mohamadi; 2002. [In Persian].
34. Marks GB, Dunn SM, Woolcock AJ. A scale for the measurement of quality of life in adults with asthma. *J Clin Epidemiol* 1992; 45(5): 461-72.
35. Marshall GD, Jr., Agarwal SK. Stress, immune regulation, and immunity: applications for asthma. *Allergy Asthma Proc* 2000; 21(4): 241-6.

Efficacy of cognitive behavioral stress management group education on improving quality of life in female asthmatic patients

Rezaei F¹, Neshat-dost HT², Molavi H³, Amra B⁴

Abstract

Background & Aims: Psychological interventions may improve the quality of life in asthmatic patients through affecting the bio-psycho-social dimensions. This study is aimed to assess the efficacy of cognitive behavioral stress management (CBSM) group education on improvement of quality of life in asthmatic patients.

Method& Materials: This was an experimental study using randomized pre-, post- and follow-up tests. Twenty-four patients already diagnosed with asthma were randomly selected and assigned to two groups. They were all administered the Quality Of Life questionnaire for Asthmatic patients (Asthma-QOL) before and after the intervention and again after the follow-up period. CBSM group education was directed for the experimental group in eight sessions. Meanwhile both groups were kept under their routine medical treatments and the control group was registered in the waiting list for the CBSM education group. Data was analyzed using ANCOVA.

Results: After the intervention, the mean QOL-Asthma score in the experimental group showed a significantly higher increase when compared with that of the control group ($P < 0.05$).

Conclusion: The results demonstrated the effectiveness of CBSM group education on the improvement of quality of life in female asthmatic patients.

Keywords: Asthma, Stress, Quality of life, Cognitive behavioral, Stress management.

Type of article: Research

Received: 25.04.2009

Accepted: 22.01.2009

1- MSc, Department of Psychology, School of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)
E-mail: f.rezaei2002@yahoo.com

2- Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, School of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

4- Associate Professor, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.