

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال سوم شماره ۱۰ تابستان ۱۳۸۷

مقایسه بیماران آسمی با افراد سالم از لحاظ تجربه هیجان های منفی، بازداری اجتماعی و تعامل آن با عامل جنسیت

دکتر مجید محمود علیلو - روانشناس بالینی، دانشگاه تبریز
دکتر خلیل انصارین - فوق تخصص ریه و خواب مرکز تحقیقات سل و بیماری های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
مهمین اعتمادی نیا - کارشناسی روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

چکیده:

در زمینه نقش عوامل هیجانی به ویژه هیجان های منفی در بروز بیماری آسم، تعدادی از مطالعات از وجود ارتباط مثبت بین تجربه هیجان های منفی، بازداری اجتماعی و بیماری آسم حمایت کرده اند. در پژوهش حاضر رابطه هیجان های منفی و بازداری اجتماعی با بیماری آسم و تعامل آنها با عامل جنسیت مورد بررسی قرار گرفته است. برای این منظور تعداد ۴۰ نفر از بیماران آسمی (۲۰ زن و ۲۰ مرد) و ۴۰ نفر از افراد سالم (۲۰ مرد و ۲۰ زن) از طریق همسازی با گروه بیمار انتخاب شدند. برای بررسی تفاوت گروه ها در تجربه هیجان های منفی از پرسش نامه شخصیتی نئو استفاده شد. بررسی یافته ها نشان داد که تجربه هیجان های منفی (خشم و خصومت، اضطراب، افسردگی) و بازداری اجتماعی در نزد بیماران مبتلا به آسم بطور معنی داری متفاوت از گروه کنترل است. همچنین یافته ها نشان دادند که زنان در مقایسه با مردان بازداری اجتماعی بیشتری داشته و تمایل به سرکوب هیجان های خود دارند. نتایج نشان دادند که تجربه هیجان های منفی و بازداری اجتماعی نقش مهمی در بروز، تشدید و تداوم آسم دارند. تفاوت جنسیتی تنها در عامل بازداری اجتماعی اثر معنی داری داشت که می توان از آن به عنوان یک عامل خطر برای زنان نام برد. در کل عدم ابراز هیجان های منفی یک عامل تهدید کننده اضافی برای سلامت دستگاه تنفسی زنان است و نه فقط هیجان های منفی تجربه شده.

واژه های کلیدی: بیماری آسم، اضطراب، افسردگی، خشم و خصومت، بازداری اجتماعی.

آسم^۱ یکی از اختلالات شایع روانی- فیزیولوژیایی است که با تنگی گسترده راه‌های تراکئوبرونشیال مشخص است، به طوری که حدود ۱۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان و ۱۵ میلیون نفر را در ایالات متحده مبتلا به خود ساخته است. از ۱۹۸۴ تا ۱۹۹۴ میزان آن برخلاف سایر بیماری‌ها ۷۴ درصد افزایش یافته است. دلیل این افزایش ناشناخته است، لیکن یکی از عوامل احتمالی عبارت است از آلودگی هوا. تنگی نفس در خلال دوران کودکی در میان پسران شایع‌تر است، در سن ۱۵ سالگی این وضعیت در دختران برجسته‌تر می‌شود و از حدود ۴۵ سالگی مجدداً مردان نسبت بیشتری را تشکیل می‌دهند (دیویسون و نیل، ترجمه دهستانی، ۱۳۸۳).

در یک حمله تنگی نفس، مجاری هوا در ریه‌ها که بسیار حساس هستند، باریک می‌شود و باعث می‌گردد که تنفس به کاری شدیداً پر زحمت و توام با خس و خس تبدیل شود. این تنگ شدگی و باریک شدگی می‌تواند نتیجه عفونت‌های ویروسی، مواد حساسیت‌زا، آلودگی، دود، ورزش و تمرین، سرماخوردگی یا هوای سرد و حالت‌های هیجانی باشد (همان منبع).

به خاطر پیوند میان دستگاه عصبی خود مختار (ANS) با انقباض و انقباض مجاری هوا، و همین‌طور پیوند آن با هیجان‌ها، بسیاری از پژوهش‌ها متوجه موضوع تحریک‌پذیری هیجانی شده‌اند. در مجموع، پژوهش نشان داده است که در افراد مبتلا به تنگی نفس پاسخ‌های فیزیولوژیکی همراه با هیجان‌های منفی بالاتر است (نایل آر. کارلسون، ترجمه مهرداد پژهان، ۱۳۸۰). به نظر می‌رسد که یک تبیین از نوع بیماری‌پذیری- فشار روانی می‌تواند با داده‌های مربوط به این اختلال روانی- فیزیولوژیایی همخوانی داشته باشد. وقتی دستگاه تنفسی آمادگی ابتلا به آسم را یافت، شماری از محرک‌های تنش‌زای روانشناختی می‌توانند با این حالت بیماری‌پذیری تعامل داشته و موجب بیماری تنگی نفس شوند (دیویسون و نیل، ترجمه دهستانی، ۱۳۸۳).

1- Asthma

در دهه‌های اخیر درباره نقش عوامل روانشناختی در بروز و تداوم آسم تحقیقات زیادی صورت گرفته است. پژوهش اسکواتیراما^۱ (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که بیماران آسمی که بیماری آنها پیشرفت می‌کند از سطوح افسردگی و بازداری بیشتری رنج می‌برند. بروک^۲ (۱۹۹۵) در تحقیقی نقش اضطراب را در بیماری آسم در رابطه با عامل جنسیت مورد بررسی قرار داد. نتایج تحقیق او نشان داد که میزان اضطراب زنان و مردان مبتلا به آسم تفاوت معنی‌داری با هم ندارند. نتایج تحقیقات ماریانا^۳ و کورشینسکا^۴ (۲۰۰۰) نشان می‌دهد که زنان آسمی نسبت به مردان آسمی با شدت بیماری یکسان، افسردگی و اضطراب بالاتری را تجربه می‌کنند. در مطالعه‌ای بادورا^۵ و برزوزا^۶ (۲۰۰۱) سطح افسردگی و اضطراب را در بیماران آسم مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دادند که سطح اضطراب و افسردگی در بیماران آسمی به‌طور معناداری بالاتر از گروه سالم بود. هوینین^۷ و همکاران (۲۰۰۱) نشان دادند که افراد با نوروتیسیسم بالا در مقایسه با افراد با نوروتیسیسم پایین بیشتر احتمال دارد تا به حملات آسم دچار شوند، همچنین تفاوت‌های جنسیتی بالا یک متغیر پیش بین قوی در ابتلا به آسم در میان زنان است. نتایج مطالعه کاپتین^۸ (۱۹۸۹) در رابطه با نقش هیجان‌های منفی و رگه‌های شخصیتی در بیماران آسمی نشان می‌دهد که اضطراب به عنوان یک رگه شخصیتی و خصومت و نوروتیسیسم به عنوان هیجان‌های منفی در بیماری آسم نقش دارند. اپولسکی^۹ و ویلسون^{۱۰} (۲۰۰۵) نتایج تحقیقات گذشته را در مورد آسم مورد بازبینی قرار دادند. یافته‌های آنها نشان می‌دهند احتمال ابتلا افراد مبتلا به آسم به افسردگی بیشتر از جمعیت سالم است. ریتولد^۱ و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که بیماران آسمی و سایر بیماران مزمن در میزان اضطراب، افسردگی و عواطف منفی به

1- Esko Teiramaa

3- Marianna I

5- Badura

7- Huovinen

9- opolski M

11- Rietveld

2- Brook

4- Tovt-korshynska

6- Brzoza

8- kaptein

10- Wilson I

طور معنادار بالاتر از افراد عادی نیستند، با این حال زنان در نشانگان اضطرابی نمرات بالاتری نسبت به مردان می‌گیرند، یعنی می‌توان گفت اضطراب در زنان بیشتر سیر ابتلا به بیماری آسم را پیش‌بینی می‌کند رومروفریس^۱ و وازکوز^۲ (۲۰۰۵) نشان دادند اضطراب می‌تواند شدت مشکلات تنفسی را افزایش دهد. کامپل^۳ و لاوو^۴ (۲۰۰۶) هیجان‌های منفی بالا در طول زندگی روزانه را با افزایش فعالیت سیستم سمپاتیک و افزایش شدت آسم مرتبط دانستند؛ با بررسی پژوهش‌های ذکر شده در فوق معلوم میشود که نقش هیجان‌های منفی در بیماری آسم به‌طور کامل شناخته شده نیست و بعضی از پژوهش‌ها نتایج متضادی را گزارش کرده‌اند. لذا با توجه به نتایج برخی از پژوهش‌ها که در فوق بررسی شدند؛ در پژوهش حاضر فرضیه‌ها و سوالات زیر تدوین و مورد بررسی قرار گرفتند:

- ۱- بیماران آسمی در مقایسه با افراد سالم خشم و خصومت بیشتری را تجربه می‌کنند.
- ۲- بیماران آسمی بازداری اجتماعی بیشتری در مقایسه با افراد سالم دارند.
- ۳- شیوع افسردگی در بیماران آسمی در مقایسه با افراد سالم بیشتر است.
- ۴- بین افسردگی و بروز آسم در زنان رابطه وجود دارد.
- ۵- بین بیماران آسمی و افراد سالم از لحاظ سطح اضطراب تجربه شده تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۶- بین اضطراب و بروز بیماری آسم در زنان رابطه وجود دارد.
- ۷- آیا در ارتباط با بروز بیماری آسم و خشم و خصومت‌ورزی، عامل جنسیت نقش تعدیل‌کننده‌ای دارد؟
- ۸- آیا در ارتباط با بروز بیماری آسم و بازداری اجتماعی، عامل جنسیت نقش تعدیل‌کننده‌ای دارد؟

1- Romero -Frais
3- campbel Ts

2- Vazquez MI
4- Lavoie KI

روش

جامعه و نمونه آماری

در این پژوهش ۴۰ نفر از بیماران آسمی و ۴۰ نفر از افراد سالم در چهار گروه به شرح زیر مورد مطالعه قرار گرفتند:

۲۰ نفر مرد مبتلا به آسم (میانگین سن ۴۳/۴۵؛ انحراف استاندارد ۸/۶، میانگین تحصیلات ۱۲ سال و ۹۲٪ متأهل)، ۲۰ نفر مرد سالم (میانگین سن ۴۲، انحراف استاندارد ۹/۹، میانگین تحصیلات ۱۳/۵ سال و ۹۶٪ متأهل)، ۲۰ نفر زن مبتلا به آسم (میانگین سن ۳۷/۴، انحراف استاندارد ۸/۲، میانگین تحصیلات ۱۰ سال و ۸۵٪ متأهل)، ۲۰ نفر زن سالم (میانگین سن ۳۸/۷، انحراف استاندارد ۷/۶۹، میانگین تحصیلات ۱۱ سال و ۹۰٪ متأهل)

نمونه مبتلا به آسم از بین افرادی که به کلینیک‌های بیماری ریوی در سطح شهر تبریز برای درمان رجوع کرده و توسط پزشک متخصص تشخیص آسم گرفته بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه سالم نیز از بین کارمندان دانشگاه و بستگان سالم افراد بیمار در سطح شهر تبریز از طریق هم‌تاسازی با گروه بیمار انتخاب شدند، این افراد هیچ‌گونه سابقه بیماری آسم و سایر بیماری‌های شدید روانی و جسمی نداشته و در زمان نمونه‌گیری نیز از سلامت روانی و جسمی برخوردار بودند. برای انتخاب این افراد از پرسش‌نامه سلامت عمومی که سابقه بیماری جسمی و روانی افراد را اندازه‌گیری می‌کرد استفاده شد، گروه کنترل با نمونه بیمار از لحاظ سن و تحصیلات هم‌تا شدند. برای حصول اطمینان از این که آزمودنی‌ها سوالات پرسش‌نامه را به خوبی متوجه شده‌اند حداقل میزان سواد سوم راهنمایی در نظر گرفته شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

الف - فرم بلند پرسش‌نامه شخصیتی نئو^۱: پرسش‌نامه NEO-PI-R ۵ عامل اصلی شخصیت و ۶ خصوصیت در هر عامل را اندازه می‌گیرد که توسط کوستا^۲ و مک کری^۳ در سال ۱۹۹۳ معرفی شد و در سال ۲۰۰۳ نیز متن تجدیدنظر توسط همین محققین انتشار یافت. مقیاس N شامل ۶ خرده مقیاس برای اندازه‌گیری اضطراب، افسردگی، خشم و خصومت، بازداری اجتماعی، شتابزدگی و آسیب‌پذیری است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که از نظر روان‌سنجی همسانی درونی برای مقیاس‌های اصلی این پرسش‌نامه از ۵۶٪ تا ۷۸٪ است که بیشترین میزان برای عامل N است. همچنین میزان همسانی درونی برای خرده مقیاس‌های N عبارتند از: اضطراب ۸۵٪، افسردگی ۸۴٪، پرخاشگری ۷۷٪، بازداری اجتماعی ۷۴٪، شتابزدگی ۷۳٪، آسیب‌پذیری ۷۷٪ (مک کری و کوستا؛ ۱۹۸۳). ضریب اعتبار گزارش شده بین گزارش‌های شخصی افراد برای ۲۳ مقیاس عوامل اصلی و رویه‌های گزارش‌های شخصی افراد، برای ۲۳ مقیاس عوامل اصلی و خرده مقیاس‌های فرعی بین ۳۰٪ تا ۷۱٪ بوده که در این میان بیشترین مقیاس N به میزان ۷۱٪ بوده است (گروسی و همکاران، ۱۳۸۰).

ب - پرسش‌نامه سلامت عمومی^۴: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ^۵ و ویلیامز^۶ به منظور اندازه‌گیری سلامت عمومی ساخته شد و فرم کوتاه آن ۲۸ ماده دارد که دارای ۴ مقیاس و هر مقیاس ۷ ماده است این مقیاس‌ها شامل مقیاس علائم جسمانی، مقیاس علائم اضطرابی، مقیاس علائم اختلال در کارکرد اجتماعی، مقیاس علائم افسردگی است. خط برش این پرسش‌نامه نمره ۲۳ است، به این صورت که افرادی که نمره بالاتر از ۲۳ از این آزمون می‌گیرند افراد مشکل‌دار تشخیص داده می‌شوند. از این پرسش‌نامه به منظور انتخاب گروه کنترل استفاده شد. میزان همسانی

1- NEO personality Inventory
3- Mc Crea
5- Goldberg

2- costa
4- general health questionnaire
6- Williams

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال سوم شماره ۱۰، تابستان ۱۳۸۷

درونی گزارش شده برای این پرسش نامه ۸۵/۱٪ است (دادستان، ۱۳۷۷) و مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که از لحاظ ارتباط در جامعه ایرانی از ضریب اعتبار قابل قبولی برخوردار است (دادستان، ۱۳۷۹).

شیوه اجرا و روش آماری

شیوه اجرا به این صورت بود که نخست برای آزمودنی‌ها توضیح داده شده که برای انجام یک کار پژوهشی انتخاب شده‌اند و شرکت آنها اختیاری است، و بعد از کسب رضایت آنها پرسش نامه‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و بعد از توضیحاتی در مورد تکمیل پرسش‌نامه، آزمودنی‌ها به صورت انفرادی، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی استفاده شد.

نتایج

جدول شماره (۱) خلاصه داده‌های توصیفی در مورد هیجان‌های منفی شامل اضطراب، افسردگی، خشم و خصومت و بازداری اجتماعی را در دو گروه بیماران آسمی و افراد سالم با توجه به عامل جنسیت، نشان می‌دهد.

جدول (۱) خلاصه داده‌های توصیفی مربوط به اضطراب، افسردگی، خشم و خصومت و بازداری

اجتماعی

متغیر وابسته	عامل‌ها			
	جنسیت	گروه	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	مرد	بیمار	۶۱/۶۰	۹/۸۸
		سالم	۴۰/۸۰	۴/۱۴
	زن	بیمار	۵۴/۲۰	۹/۴۳
		سالم	۳۷/۷۰	۵/۱۳
افسردگی	مرد	بیمار	۶۰/۶۰	۷/۹۰
		سالم	۴۷/۴۰	۶/۸۰
	زن	بیمار	۶۰/۳۰	۹/۷۲
		سالم	۵۰/۰۵	۴/۶۸

◀ مقایسه بیماران آسمی با افراد سالم از لحاظ ...

◀ دکتر مجید محمودعلیلو و دیگران

ادامه جدول (1)

خشم و خصومت	مرد	بیمار	۵۴/۴۵	۱۱/۶۵
		سالم	۳۵/۶۰	۸/۲۵
	زن	بیمار	۵۳/۲۵	۱۶/۶۱
		سالم	۳۶/۹۰	۵/۵۷
بازداری اجتماعی	مرد	بیمار	۵۲/۴۰	۱۱/۰۱
		سالم	۴۷/۲۰	۶/۳۲
	زن	بیمار	۵۵/۶۵	۱۲/۰۸
		سالم	۳۹/۸۵	۸/۷۴

جدول شماره (۲) خلاصه داده‌های استنباطی در مورد هیجان‌های منفی شامل اضطراب، افسردگی، خشم و خصومت و بازداری اجتماعی را در دو گروه بیماران آسمی و افراد سالم با توجه به عامل جنسیت، نشان می‌دهد.

جدول (۲) خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس دو عاملی، در ارتباط با اضطراب، افسردگی، خشم و خصومت و بازداری اجتماعی در دو گروه بیمار و سالم

سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییر	
۰/۰۰۱	۴۸/۴۹	۶۱۹۵/۲۰	۱	۶۱۹۵/۲۰	عامل گروه (بیمار و سالم)	خشم و خصومت
۰/۹۸۴	۰/۰۲	۰/۰۵	۱	۰/۰۵	عامل جنسیت (مرد و زن)	
۰/۶۲۲	۰/۲۴	۳۱/۲۵۰	۱	۳۱/۲۵۰	اثر متقابل (عامل گروه و عامل جنسیت)	
			۸۰	۱۷۸۲۹۶/۰۰	جمع	
۰/۰۰۱	۲۷/۸۲	۲۶۶۸/۰۵	۱	۲۶۶۸/۰۵	عامل گروه (بیمار و سالم)	بازداری اجتماعی
۰/۰۴۳	۴/۲۲	۴۰۵/۰۲	۱	۴۰۵/۰۲	عامل جنسیت (مرد و زن)	
۰/۰۴۱	۳/۷۶	۳۶۱/۲۵۰	۱	۳۶۱/۲۵۰	اثر متقابل (عامل گروه و عامل جنسیت)	
			۸۰	۲۱۰۷۲۲	جمع	

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال سوم شماره ۱۰، تابستان ۱۳۸۷

ادامه جدول (۲)

سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییر	
۰/۰۰۱	۱۸۱/۴۸	۱۵۱/۲۷۴۹	۱	۲۷۴۹/۵۱	عامل گروه (بیمار و سالم)	افسردگی
۰/۴۸۶	۰/۴۹	۲۷/۶۱	۱	۲۷/۶۱	عامل جنسیت (مرد و زن)	
۰/۳۸۲	۰/۷۷	۴۳/۵۱	۱	۴۳/۵۱	اثر متقابل (عامل گروه و عامل جنسیت)	
			۸۰	۲۴۵۴۸۵	جمع	
۰/۰۰۱	۱۸۸/۱۲۰	۱۴۵/۶۹۵۶	۱	۶۹۵۶/۴۵	عامل گروه (بیمار و سالم)	اضطراب
۰/۰۰۳	۹/۵۸	۵۵۱/۲۵	۱	۵۵۱/۲۵	عامل جنسیت (مرد و زن)	
۰/۲۰۹	۱/۶۰	۹۲/۴۵	۱	۹۲/۴۵	اثر متقابل (عامل گروه و عامل جنسیت)	
			۸۰	۲۰۰۷۳۶	جمع	

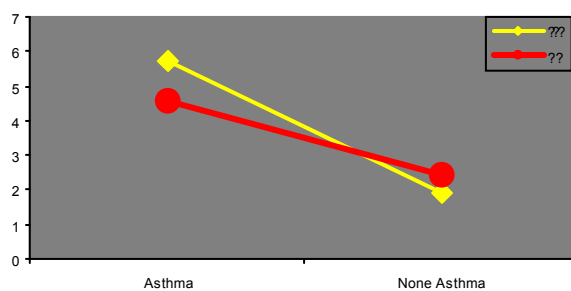
فرضیه اول پژوهش حاکی از آن است که بیماران آسمی در مقایسه با افراد سالم خشم و خصومت بیشتری را تجربه می‌کنند. نتایج در جدول شماره (۲) ارائه شده است. همان‌طوری که در جدول مذکور مشاهده می‌شود بیماران آسمی در مقایسه با افراد سالم، خشم و خصومت بیشتری را تجربه می‌کنند (F مشاهده شده (۴۸/۴۹) در سطح $P < 0/001$ معنادار است).

سؤال اول پژوهش بیان می‌کند که «آیا در ارتباط با بروز بیماری آسم و خشم و خصومت‌ورزی، عامل جنسیت نقش تعدیل‌کننده‌ای دارد؟» همان‌طوری که در جدول شماره (۲) مشاهده می‌شود، بین بروز بیماری آسم و عامل جنسیت، در ارتباط با خشم و خصومت‌ورزی، اثر متقابلی مشاهده نمی‌شود و F مشاهده شده (۰/۲۴) در سطح $P < 0/05$ معنادار نیست. بنابراین در پاسخ به سوال فوق می‌توان گفت که در ارتباط با بروز بیماری آسم و خشم و خصومت‌ورزی، عامل جنسیت نقشی ندارد.

فرضیه دوم پژوهش حاکی از آن بود که بیماران آسمی بازداری اجتماعی بیشتری در مقایسه با افراد سالم دارند. نتایج در جدول شماره (۲) آمده است. باتوجه به نتایج ذکر شده در جدول شماره (۲) بین بیماران آسمی و افراد سالم از لحاظ بازداری اجتماعی، تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=27/82$ و $P<0/001$). بنابراین فرضیه دوم نیز تأیید شد.

سوال دوم پژوهش بیان می‌کند که «آیا در ارتباط با بیماری آسم و بازداری اجتماعی، عامل جنسیت نقش دارد؟» نتایج بررسی فرضیه مذکور در جدول شماره (۲) آمده است. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهند عامل جنسیت در ارتباط با بروز بیماری آسم و بازداری اجتماعی نقش تعدیل‌کننده دارد. به این صورت که در ارتباط با بازداری اجتماعی و بروز بیماری آسم در زنان ارتباط معناداری وجود دارد (F مشاهده شده $3/76$) در سطح $P<0/05$ معنادار است) و نمودار شماره (۱) نیز اثر تقابلی بین بیماری آسم و عامل جنسیت در ارتباط با بازداری اجتماعی را به گونه ای دیگر نشان می‌دهد، و براساس یافته‌های فوق فرضیه مذکور مورد تأیید قرار می‌گیرد.

نمودار (۱)



فرضیه سوم پژوهش بیان می‌کند که شیوع افسردگی در بیماران آسمی در مقایسه با افراد سالم بیشتر است. با توجه به نتایج ذکر شده در جدول شماره (۲) بین بیماران

آسمی و افراد سالم، از لحاظ تجربه هیجان منفی افسردگی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. (F مشاهده شده (۴۸/۸۱) در سطح ($P < 0/001$) معنادار است).

در مورد فرضیه چهارم پژوهشی مبنی بر اینکه بین افسردگی و بروز آسم در زنان رابطه وجود دارد، نتایج نشان می‌دهند عامل جنسیت در ارتباط با بروز بیماری آسم و افسردگی نقش تعدیل‌کننده‌ای ندارد (F مشاهده شده (۰/۷۷) در سطح $P < 0/05$ معنادار نیست).

فرضیه پنجم پژوهش مبنی بر اینکه بین بیماران آسمی و افراد سالم از لحاظ سطح اضطراب تجربه شده تفاوت معناداری وجود دارد و بین اضطراب و بروز آسم در زنان ارتباط وجود دارد مورد بررسی قرار گرفت. همان‌طوری که نتایج نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین بیماران آسمی و افراد سالم از لحاظ اضطراب تجربه شده مشاهده می‌شود (F مشاهده شده (۱۲۰/۸۸) در سطح ($P < 0/001$) معنادار است) و بیماران آسمی سطح اضطراب بالاتری را تجربه می‌کنند.

فرضیه ششم پژوهشی بیان می‌کند که بین اضطراب و بروز آسم در زنان رابطه وجود دارد؛ همان‌طوری که در جدول شماره (۲) مشاهده می‌شود بین بروز بیماری آسم و عامل جنسیت در ارتباط با اضطراب، اثر متقابلی مشاهده نمی‌شود، F مشاهده شده (۱/۶۰) در سطح $P < 0/05$ معنادار نیست. بنابراین قسمت دوم مبنی بر اینکه بین اضطراب و بروز بیماری آسم در زنان رابطه وجود دارد، رد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول پژوهش بیان می‌کرد که بیماران آسمی در مقایسه با افراد سالم، هیجان منفی خشم را بیشتر تجربه می‌کنند. همان‌طوری که در بخش یافته‌ها مشاهده شد، این فرضیه تأیید شد. تأیید این فرضیه با نتایج کاپتین (۲۰۰۳) مبنی بر اینکه بیماران آسمی خصومت و نوروتیسیسم را به‌عنوان هیجان‌ات منفی بیشتر از افراد سالم تجربه

می‌کنند همسو است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت تجربه خشم و خصومت، یک عامل خطر ساز برای بروز بیماری آسم است. در مورد سوال اول پژوهش همان‌طور که نتایج نشان دادند، بین ابراز خشم و خصومت و بروز آسم میان مردان و زنان تفاوتی وجود ندارد.

فرضیه دوم پژوهش حاکی از آن بود که بیماران آسمی بازداری هیجانات منفی بیشتری در مقایسه با افراد سالم دارند. یافته‌های پژوهش، فرضیه مذکور را تأیید کرد و این یافته‌ها با نتایج اسکوتیراما (۱۹۷۸) مبنی بر اینکه بیماران آسمی از افسردگی و بازداری رنج می‌برند همسو است. در رابطه با سوال دوم پژوهش، بین بازداری اجتماعی و بروز آسم در زنان، ارتباط وجود دارد. بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش و تأیید فرضیه اول و فرضیه دوم و همچنین به دست آمدن نتایج مثبت مبنی بر اثر تعدیل‌کننده عامل جنسیت در بازداری اجتماعی، می‌توان نتیجه گرفت که مردان و زنان آسمی خشم و خصومت بالاتری را نسبت به افراد سالم تجربه می‌کنند ولی زنان مبتلا به این بیماری، عمدتاً گرایش به سرکوب این هیجان‌های منفی بالاخص هیجان منفی خشم و خصومت دارند. بنابراین می‌توان از این الگو به عنوان عوامل خطر برای ابتلا به آسم یاد کرد. بنابراین شیوه، تجربه خشم در زنان متفاوت از مردان است و این می‌تواند عامل خطری برای ابتلا به آسم در زنان باشد و نه میزان شدت خشم تجربه شده.

فرضیه سوم و چهارم پژوهش نیز بیان می‌کرد که شیوع افسردگی در بیماران آسمی در مقایسه با افراد سالم بیشتر است و بین افسردگی و بروز آسم در زنان، ارتباط وجود دارد. با توجه به یافته‌های پژوهش، فرضیه مذکور مبنی بر اینکه شیوع افسردگی در بیماران آسمی در مقایسه با افراد سالم بیشتر است، تأیید شد. این یافته‌ها با نتایج ویلسون (۲۰۰۵) مبنی بر اینکه افراد مبتلا به آسم با احتمال بیشتری افسرده می‌شوند و همچنین بادورا و بروزا (۲۰۰۱) هماهنگ است. ولی در رابطه با بروز بیماری آسم و افسردگی عامل جنسیت نقش تعدیل‌کننده ندارد.

فرضیه پنجم و ششم پژوهش حاکی از آن بود که بین بیماران آسمی و افراد سالم

از لحاظ سطح اضطراب تجربه شده، تفاوت معنادار وجود دارد. در این پژوهش یافته‌هایی در حمایت از بالا بودن سطح اضطراب در بیماران آسمی در مقایسه با افراد سالم به دست آمد، که با یافته‌های رومروفیرس و وازکوز (۲۰۰۵) مبنی بر ارتباط اضطراب با شدت مشکلات تنفسی، همسو است. همچنین این نتایج با یافته‌های ماریانا و کورشینسکا (۲۰۰۰) و کاپتین (۲۰۰۳) که نشان داد اضطراب به عنوان یک رگه شخصیتی در بیماری آسم نقش دارد و نیز با نتایج بادورا و برزوزا (۲۰۰۱) هماهنگ است. در پژوهش حاضر بین اضطراب و بروز بیماری آسم در زنان، رابطه‌ای پیدا نشد. این یافته‌ها با یافته‌های بروک (۱۹۹۴) مبنی بر اینکه اضطراب به وسیله جنسیت تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد، هماهنگ است.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که عوامل روانی از جمله تجربه هیجانات منفی و بازداری اجتماعی نقش مهمی در بیماری آسم دارند. همچنین خشم به عنوان یکی از هیجان‌های منفی عامل خطر ساز برای آسم محسوب می‌شود، به این صورت که تجربه خشم، هم در زنان و هم در مردان آسمی بالاتر از افراد عادی است. از سویی ابراز خشم به صورت غیرمستقیم و سرکوب شده نیز یک عامل تهدیدکننده سلامت دستگاه تنفس برای زنان می‌باشد.

بنابراین با توجه به مطالعات انجام شده و پژوهش حاضر می‌توان خاطر نشان کرد که عوامل روانشناختی و به طور ویژه هیجان‌های منفی یک همراهی کننده معنی دار برای آسم می‌باشد بنابراین لازم است متخصصان از این عوامل خطر بالقوه در بیماری آسم آگاه باشند. از سوی دیگر کمک به بیماران برای مقابله با هیجانات منفی و بازداری اجتماعی باید در مراقبت‌های اولیه و بیمارستانی مد نظر قرار گیرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله : ۸۷/۰۲/۰۶

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۸۷/۰۳/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۰۴/۱۲

Reference

منابع

- جرالد سی، دیویسون، جان ام. نیل. (۱۳۸۳). آسپبشناسی روانی. ترجمه دکتر مهدی دهستانی. تهران: نشر ویرایش.
- نایل آر. کارلسون. (۱۸۰). مبانی روانشناسی فیزیولوژیک. ترجمه مهرداد پژوهان. اصفهان: انتشارات غزل.
- گروسی فرشی، میرتقی. (۱۳۸۰). رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت. تبریز: نشر جامعه پژوه.
- دادستان، پریخ. (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس به عنوان بیماری جدید تمدن. تهران: انتشارات رشد.
- Badura. K. & Brzoza. Z. (2001). Anxiety and Depression in Bronchial Asthma. *Psychiatric Polishment*. 35, 62-755.
- Brook (1995). Anxiety of Asthmatic Puplis in Israle During the Persian Gulf war: Treatment and Counseling Implications. *Patient Education and Counseling*. 25, 211- 214.
- Campbel Ts. & Lavoie k l (2006). Asthma Self-efficacy, High Frequency Heart Rate Variability, and Air Flow Obstruction During Negative Affect in Daily Life. *International Journal of Psychophysiol*.
- Costa, P.T. & MC Crea, R.R. (1988). The NEO Personality Inventory Manual Odessa. *Psychological Assessment Resources*.
- Esko Teiramaa (2002). Psychosocial and Psychic Factors and Age at Onset of Asthma. *Journal of Psychosomatic Rsearch*.
- Goldberg, D. & Williams, D. (1988). A Users Guide to the General Health Questionnaire. *Windsor, NFER-Nelson*.
- Huovinen E, Kaprioj, Koskenvoum (2001). Asthma in Relation to Personality Traits, Life Satisfaction, and Stress. *Allergy*. 56, 7-971.

- ▶ فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 - ▶ سال سوم شماره ۱۰، تابستان ۱۳۸۷
-

- Kaptein (1989). Psychological Correlates of Length of Hospitalization a Rehospitalization in Patients with Acute, Severe Asthma. *Social Science & Medicine*, 16, 725-729.
- Marianna I. & Tovt-korshynska (2000). Gender Difference in Psychological Distress in Adults with Asthma. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Opolski M, & Wilson I (2005). Asthma and Depression: A Pragmatic Review of the Literature and Recommendations for Future Research. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 1-18.
- Rietveld. S, Van Beest I. & Prins PJ (2005). The relationship between Specific Anxiety Syndroms and Somatic Symptoms. *Journal of Asthma*. 42, 30-725.
- Romero-Frais E & Vazquez MI (2005). Prescription of Oral Corticosteroids in Nea-fatal Asthma Patients: Relationship with Panic-fear, Anxiety and Depression. *Journal of Psychology*. 46,65- 459.