

## مقایسه‌ی ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی بیماران آسمی با افراد سالم

سیامک شیخی<sup>۱</sup>، علی عیسی زادگان<sup>۲\*</sup>، علی خادمی<sup>۳</sup>، محمد حافظ نیا<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت 1392/03/10 تاریخ پذیرش 1392/05/12

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** آسم یک بیماری مزمن تنفسی است که به علت درمان طولانی و حملات بیماری منجر به آسیب روانی شده و کیفیت زندگی افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف این مطالعه بررسی ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم است.

**مواد و روش:** روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود. مبتنی بر هدف پژوهش تعداد ۵۰ بیمار مبتلا به آسم به صورت نمونه در دسترس از بین کسانی که به مراکز بهداشت و درمان شهرستان سلماس مراجعه کرده بودند انتخاب و با ۵۰ فرد سالم مورد مقایسه قرار گرفتند. اطلاعات از طریق سه پرسشنامه چک لیست ویرایش شده ۹۰ سؤالی، کیفیت زندگی فرم کوتاه و سلامت عمومی ۲۸ سؤالی جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) و آزمون تی مستقل استفاده شد.

**یافته‌ها:** بررسی نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که بیماران آسمی از نظر ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری  $p < 0/001$  با گروه سالم دارند.

**نتیجه گیری:** نتایج پژوهش حاضر حاکی از پایین بودن کلی کیفیت زندگی و بالا بودن آسیب‌شناسی روانی در بین افراد مبتلا به آسم است. لذا توجه به این دو مؤلفه در موفقیت درمان افراد مبتلا ضروری می‌نماید.

**کلید واژه‌ها:** ابعاد آسیب‌شناسی روانی، کیفیت زندگی، بیماری آسم

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره هفتم، ص ۵۲۶-۵۱۸، مهر ۱۳۹۲

**آدرس مکاتبه:** آذربایجان غربی، ارومیه، خیابان والفجر ۲، روبروی صدا و سیما، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه علوم تربیتی، صندوق پستی: صندوق پستی ۴۸۳۷۵-۵۷۱۹۸ تلفن ۱۲-۰۴۴۱-۳۳۶۲۰۰۸

Email: ali\_issazadeg@yahoo.com

## مقدمه

می‌شود (۳). در چهارمین ویرایش تجدید نظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV-TR) آسم به عنوان یکی از بیماری‌های روان‌تنی که از عوامل روان‌شناختی اثر می‌پذیرد، طبقه‌بندی شده است (۴). وضعیت‌های روان‌شناختی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، خشم، ناکامی و هیجانات منفی به عنوان عوامل تسریع کننده حملات آسم و کاهش کیفیت زندگی شناخته شده است (۵). تحقیقات بالینی نشان داده است که بیماران مبتلا به آسم در پاسخ به استرس، انقباضات بیشتری در قسمت‌های فوقانی مجاری هوایی نشان می‌دهند (۶).

آسم یکی از اختلالات شایع روانی - فیزیولوژیایی است که با تنگی گسترده راه‌های تراکئوبرونشیال مشخص است. در میان بیمارهای مزمن ریوی 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 شده است (۲). یافته‌های عینی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد عوامل روان‌شناختی با آمادگی ابتلا به آسم تداخل نموده، موجب تشدید یا بهبود فرایند بیماری

<sup>۱</sup> استادیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۲</sup> دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه

<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه

مبتلا به آسم اختلالات عاطفی، اضطراب و خصومت و دیگر عوامل روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (۲۳) و این عوامل شاد کامی آن‌ها را در زندگی کاهش می‌دهد (۲۴). بسیاری از بیماران مبتلا به آسم به دلیل داشتن تفکر افسرده، در سطح تمرکز هم کاهش نشان می‌دهند و این تفکر افسرده و کاهش تمرکز سبب تنزل کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۲۵). در مطالعات انجام شده در زمینه‌ی تأثیر گذاری بیماری آسم بر کیفیت زندگی و بلعکس نشان داده شده است کیفیت زندگی بیماران مبتلا در مراحل مختلف بیماری چه از نظر عینی و چه از نظر ذهنی در ابعاد مختلف کاهش دارد و وجود مشکلاتی در زندگی و فعالیت‌های روز مره روابط اجتماعی و مالی کیفیت زندگی آنان را پایین می‌آورد (۲۶).

بیماری آسم تحت تأثیر عوامل بسیار متعددی می‌باشد که این عوامل باعث تشدید یا تضعیف بیماری شده و نهایتاً در کیفیت زندگی بیمار تأثیر می‌گذارند. مطالعات نشان داده است که کیفیت زندگی در بیمارهای مزمن تغییر می‌کند و چون بیماری آسم یکی از بیماری‌های مزمن شایع محسوب می‌شود مطالعه کیفیت زندگی این بیماران و عوامل آسیب‌شناختی موثر مهم می‌باشد. با عنایت به اینکه در خصوص عوامل روان‌شناختی موثر در بیماری آسم و از سوی دیگر در خصوص کیفیت زندگی موثر از این عوامل کمتر پرداخته شده است لذا تحقیق حاضر با هدف بررسی ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم انجام گرفته و در این زمینه فرضیه‌های زیر را مورد آزمون قرار داده است:

- ۱- بین افراد مبتلا به آسم و افراد سالم در ابعاد آسیب‌شناسی روانی تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین افراد مبتلا به آسم و افراد سالم در کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد.

### مواد و روش‌ها

طرح پژوهشی به کار گرفته شده در این تحقیق با توجه به اهداف، ماهیت و موضوع پژوهش، در مقوله مطالعات علی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) قرار می‌گیرد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به آسم بودند که به مراکز بهداشت و درمان شهرستان سلماس مراجعه کرده بودند. در روش علی-مقایسه‌ای و آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است. در این پژوهش ۵۰ نفر از بیماران آسمی و ۵۰ نفر از افراد سالم مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. نمونه مورد بررسی به علت محدودیت در نمونه‌گیری از بیماران

میزان همپوشی این بیماری با اختلاط روانی، که به طور عمده شامل اضطراب و افسردگی است، گزارش شده است (۷). اختلاط روانی مذکور و وقایع استرس‌زا باعث افزایش شدت آسم شده، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در این بیماران به شدت کاهش می‌دهد.

آن دسته از عوامل روان‌شناختی که ممکن است عملکرد دستگاه تنفسی را مختل کند و از این راه باعث حمله‌ی آسم شوند شامل رویدادهای فشارزای زندگی، اضطراب، افسردگی، خشم، تنش ناشی از ناکامی است (۸). در واقع می‌توان گفت که نتایج تحقیقات صورت گرفته به کرات ارتباط بین بیماری آسم و عوامل روان‌شناختی را نشان می‌دهند چندین مطالعه از ارتباط بین بیماری آسم و اضطراب را که شامل (حملات وحشت‌زدگی و اضطراب فراگیر) است را نشان داده است (۹-۱۱). در پژوهشی دیگر ارتباط بین بیماری آسم و اختلال جسمانی شکل در زنان تایید شده است (۱۲، ۱۳). همچنین نتایج مطالعات نشان می‌دهند که بیماران آسمی سطوح بالاتری از افسردگی را نسبت به گروه سالم تجربه می‌کنند (۹، ۱۴، ۱۵). طبق نتایج، بیماران آسمی از بودن در جمع احساس ترس می‌کنند و به عبارتی نشانه‌های فوبی‌های اجتماعی را هم بروز می‌دهند (۱۶، ۱۷). در رابطه با نقش هیجان‌های منفی بیماران آسمی در مقایسه با افراد سالم خصومت و نورو تیسم بالایی دارند (۱۸، ۱۹). در مطالعات اخیر ایده‌های خودکشی نیز در بین بیماران آسمی گزارش شده است (۲۰). در پژوهشی دیگر که به منظور بررسی نیم‌رخ روانی بیماران مبتلا به آسم از طریق آزمون ام‌ام‌پی‌ای (MMPI) صورت گرفت، ۴۲ درصد از افراد مبتلا به آسم حداقل در یکی از زیر مقیاس‌های این آزمون نمرات بالایی داشتند (۲۱).

علاوه بر ابعاد آسیب‌شناختی مطرح شده در بالا متغیر دیگری که در بیماران آسمی طی این عوامل تأثیر می‌پذیرد کیفیت زندگی این بیماران است. برخی از مؤلفین کیفیت زندگی را مترادف با مفهوم سلامتی دانسته‌اند. به نظر این مؤلفان کیفیت زندگی در بر گیرنده‌ی مجموعه‌ی شرایطی است که افراد در زندگی خود دارند و دو مفهوم را در بر می‌گیرد: الف) وجود شرایط لازم برای یک زندگی خوب، ب) تمرین برای خوب زندگی کردن (۲۱). در واقع محققین معتقد هستند که کیفیت زندگی باعث بهبود عملکرد ارتباطی، درمان مشکلات روانی و بهبود سلامت جسمانی و انطباق پذیری می‌شود (۲۲). پژوهشگران کیفیت زندگی بیماران آسم را که بررسی کرده‌اند معتقد هستند که بیماران

ب) چک لیست ویرایش شده‌ی ۹۰ سؤال (SCL-90-R) یک پرسش‌نامه‌ی ۹۰ سؤالی می‌باشد که ۹ مورد از ابعاد روانی را در بیماران بررسی می‌کند که شامل شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، اضطراب فوبیک، افکار پارانوئیدی و روان پریشی می‌باشند. پاسخ‌های آرایه شده به هر یک از موارد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای مشخص می‌باشند (۰=هیچ، ۱=کمی، ۲=تاحدی، ۳=زیاد، ۴=بشدت). طول زمان لازم برای پر کردن این آزمون ۲۰-۱۲ دقیقه بوده و حالات فرد را از یک هفته قبل بررسی می‌کند و توسط خود فرد یا مصاحبه کننده پر می‌شود. این تست علاوه بر ۹ معیار فوق حاوی سه معیار ناراحتی کلی نیز می‌باشد که مهم‌ترین آن‌ها شاخص کلی علائم می‌باشد که شدت آسیب‌شناسی روانی را بررسی می‌کند و هم چنین به عنوان خلاصه نتایج مورد استفاده قرار می‌گیرد. روایی و پایایی این آزمون در ایران توسط باقری یزدی تایید شده و پایایی با آزمایی آن را به فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۷ گزارش شده است (۲۹).

ج) پرسش‌نامه کیفیت زندگی: WHOQOL-BRIEF: پرسشنامه‌های زیادی برای ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است ولی پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO) به علت خصوصیات منحصر به فرد خود مورد توجه بیشتری واقع هستند. ابزار اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به دو صورت WHOQOL-100 و WHOQOL-BRIEF پس از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سؤالات مقیاس ۱۰۰ سؤالی ساخته شد. نتایج حاصل از این دو پرسشنامه هم‌خوانی رضایت بخشی را در مطالعات مختلف نشان داده‌اند. در این مطالعه فرم WHOQOL-BRIEF به علت کم بودن سؤالات و راحتی استفاده انتخاب شده است. این پرسشنامه چهار حیطه سلامتی جسمانی، سلامتی روانی، روابط اجتماعی و سلامتی محیط را با ۲۴ آیتم مورد سنجش قرار می‌دهد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می‌باشند) دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد سنجش قرار می‌دهند بنابراین این پرسشنامه دارای ۲۶ آیتم می‌باشد که به هر سؤال از ۱ تا ۵ نمره داده می‌شود. نجات و همکاران (۱۳۸۵) پایایی این مقیاس را در حیطه سلامتی فیزیکی ۰/۷۷، سلامتی روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه

آسمی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه مبتلا به آسم از بین افرادی که دچار بیماری آسم بودند و پرونده‌های پزشکی آنان در مراکز بهداشت و درمان شهر سلماس موجود بود انتخاب شدند، گروه نمونه غیر بیمار نیز از میان بستگان سالم افراد بیمار انتخاب شدند. افراد سالم 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 (GHQ-28) استفاده شد. و از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی (جنسیت، سن، میزان تحصیلات) با گروه بیمار هم‌تا شدند. برای حصول از این که آزمودنی‌ها سؤالات پرسش‌نامه را به خوبی متوجه شده‌اند حداقل میزان سواد سوم راهنمایی در نظر گرفته شد. شیوه اجرا به این صورت بود که نخست برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد که برای انجام یک کار پژوهشی انتخاب شده‌اند و شرکت آن‌ها اختیاری است، بعد از کسب رضایت از آن‌ها پرسش‌نامه‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و بعد از توضیحاتی در مورد تکمیل پرسش‌نامه، آزمودنی‌ها به صورت انفرادی، پرسش‌نامه را تکمیل کردند و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، از آزمون تجزیه تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) و آزمون دو گروه مستقل استفاده شد.

#### ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ سؤالی<sup>۱</sup> (GHQ-28): این پرسشنامه توسط گلدبرک ساخته شده است و به صورت فرم‌های ۲۸، ۳۰، ۶۰، ۱۲۰ سؤالی وجود دارد. پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از ۴ خرده آزمون تشکیل شده که هر کدام از آن‌ها دارای ۷ سؤال است و علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی را می‌سنجد. تمام گویه‌های پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ گزینه هستند و به صورت (۰، ۱، ۲) و یا به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) نمره‌گذاری می‌شوند. در هر دو روش نمره‌گذاری، نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر است. تقوی پایایی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی را بر اساس سه روش بازآزمایی، توصیفی و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را به دست آورد (۲۷). در تاج ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۶، ۰/۸۰، ۰/۵۰ و ۰/۸۵ گزارش کرده است. در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی و از روش نمره‌گذاری لیکرتی استفاده شد (۲۸).

<sup>۱</sup>. General Health Questionnaire -28 (GHQ-28)

نحوی این آزمون در ۸۰ درصد موارد قادر به تشخیص افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، غیر مزمن و افراد سالم شد (۳۰).

سلامت محیط برابر ۰/۸۴ به دست آورد. اعتبار سازه این پرسشنامه در این مطالعه نیز قابل قبول گزارش گردید به

### یافته‌ها

اطلاعات مندرج در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای ابعاد آسیب‌شناختی، را در دو گروه بیمار و سالم نشان می‌دهد.

**جدول شماره (۱): میانگین و انحراف استاندارد دو گروه در ابعاد آسیب‌شناسی روانی**

شاخص متغیر	سالم		بیمار	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
روان پریشی	۳۹/۱	۰/۵۹	۵۰/۰۱	۰/۵۸
پارانویید	۴۰/۶۳	۰/۶۸	۵۵/۲۳	۰/۶۷
فوبی	۳۸/۹۶	۰/۵۷	۵۱/۷	۰/۵۶
پرخاشگری	۳۶/۹۷	۰/۶۴	۴۶/۶۰	۰/۶۳
اضطراب	۳۶/۱۲	۰/۵۹	۴۸/۱۶	۰/۵۹
افسردگی	۳۵/۷۴	۰/۷۹	۵۰/۲۳	۰/۷۸
روابط بین فردی	۳۴/۸۷	۰/۵۰	۵۱/۷۱	۰/۴۹
وسواس	۴۰/۴۳	۰/۵۸	۵۲/۰۷	۰/۵۷
شبه جسمی	۳۷/۱۹	۰/۷۰	۴۹/۹۶	۰/۶۹

جهت بررسی فرضیه ۱ از روش آماری مانوا استفاده شده است. قبل از تحلیل مانوا، میزان تطابق متغیرها مورد بررسی قرار گرفت که برای این منظور از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۲ آمده است.

**جدول شماره (۲): آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندگانه متغیر ابعاد آسیب‌شناسی روانی**

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
لامبدای ویلکز	۰/۶۶	۵/۰۷	۹	۹۹	۰/۰۰۱

معنی‌داری ( $F(۹۹,۹)=۵/۰۷$ ) در سطح  $P < ۰/۰۱$  وجود دارد. بر این اساس روش آماری مانوا مورد استفاده قرار گرفت. جدول ۳ نتایج آزمون مانوا را جهت تحلیل فرضیه ۱ پژوهش نشان می‌دهد.

آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد بین دو گروه، حداقل در یکی از ویژگی‌های ابعاد آسیب‌شناسی روانی (روان پریشی، پارانویید، فوبی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، روابط بین فردی، وسواس، شبه جسمی) تفاوت

**جدول شماره (۳):** نتایج تحلیل واریانس چندگانه تفاوت نمرات ابعاد آسیب‌شناسی روانی در افراد سالم و بیمار

متغیر	MS	df	F	sig	Eta
روان پریشی	۴۸۸۶/۲۹	۱	۲۸۰/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴
پارانویید	۵۳۷۸/۶۱	۱	۲۳۴/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱
فوبی	۴۰۹۴/۳۱	۱	۲۵۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳
پرخاشگری	۲۳۱۳/۱	۱	۱۱۳/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴
اضطراب	۳۶۵۵/۷۲	۱	۲۰۴/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸
افسردگی	۵۳۰۰/۰۳	۱	۱۷۰/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴
روابط بین فردی	۷۱۵۵/۷۸	۱	۵۶۸/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۵
وسواس	۳۴۱۳/۸۹	۱	۲۰۱/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸
شبه جسمی	۴۱۱۳/۶۱	۱	۱۶۵/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳

وسواس با  $F=۲۰۱/۳۶$  و شبه جسمی با  $F=۱۶۵/۴۵$  در سطح  $P < ۰/۰۰۱$  معنی‌دار است و بیماران در ابعاد فوق نسبت به افراد سالم در سطح بالایی قرار دارند. با توجه به جدول توصیفی شماره ۱ و داده‌های جدول شماره ۳ فرضیه اول پژوهش تایید می‌شود.

جهت بررسی فرضیه پژوهشی دوم در خصوص تفاوت بین دو گروه در کیفیت زندگی از آزمون  $t$  دو گروه مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

با توجه به مندرجات جداول ۱ و ۳ بین دو گروه سالم و بیمار در ابعاد آسیب‌شناسی روانی روان پریشی با  $F=۲۸۰/۶۳$  و  $P < ۰/۰۰۱$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد و بیماران در بعد روان پریشی نسبت به افراد سالم در سطح بالاتری قرار دارند. نتایج جدول همچنین نشان می‌دهد در سایر ابعاد پارانویید با  $F=۲۳۴/۵۶$ ، فوبی با  $F=۲۵۵/۷۲$ ، پرخاشگری با  $F=۱۱۳/۴۴$ ، اضطراب با  $F=۲۰۴/۴۵$ ، افسردگی با  $F=۱۷۰/۸۱$ ، روابط بین فردی با  $F=۵۶۸/۴۹$ ،

**جدول شماره (۴):** مقایسه آزمودنی‌ها در کیفیت زندگی در دو گروه سالم و بیمار

شاخص	سالم		بیمار		متغیر
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
کیفیت زندگی	۸۵/۱۲	۵/۲۲	۶۴/۶۳	۷/۲۸	درجه آزادی $t p$
					۰/۰۰۰ ۱۶/۲۴ ۹۹

چنان‌که جدول ۴ نشان می‌دهد بین دو گروه مبتلا به آسم و سالم از لحاظ کیفیت زندگی با  $t=۱۶/۲۴$  و درجه آزادی  $df=۹۹$  سطح  $P < ۰/۰۰۱$  تفاوت معنی‌داری در میانگین‌ها وجود دارد. بدین معنی که میانگین کیفیت زندگی افراد مبتلا به آسم در مقایسه با افراد سالم پایین می‌باشد.

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی در بین افراد مبتلا به آسم و سالم بود. نتایج بدست آمده نشان داد که در تمام ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی کلی افراد مبتلا

به آسم با افراد سالم تفاوت معنی‌داری دارند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پرنای و همکاران (۹)، کار و همکاران (۱۰)، باسینگ و همکاران (۱۱)، جاکوبی و همکاران (۱۲)، یان و همکاران (۱۳)، گوتنه و همکاران (۱۴)، آپسکی و همکاران (۱۵)، کار و همکاران (۱۶)، اسپینهاون و همکاران (۱۷)، هونین و همکاران (۱۸)، و لی (۱۹) هم‌خوانی دارد. آن‌ها در کل نشان دادند که در بیماران مبتلا به آسم اغلب ابعاد آسیب‌شناسی روانی از جمله نشانگان فوبی، افسردگی، اختلال سوماتیک، اختلالات اضطرابی و حملات هراس وجود دارد. به نظر می‌رسد که یک تبیین از نوع بیماری پذیرایی فشار روانی می‌تواند با داده‌های مربوط به این اختلال روانی-فیزیولوژیایی هم‌خوانی داشته باشد.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی در بین افراد مبتلا به آسم و سالم بود. نتایج بدست آمده نشان داد که در تمام ابعاد آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی کلی افراد مبتلا

است که از تعامل متغیرهای فیزیولوژیکی و روان‌شناختی ناشی می‌شود. 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. 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. کیفیت زندگی پایین از طریق نقش واسطه‌ای اختلالات روانی همراه عملکرد شش‌ها را در این افراد پایین می‌آورد. 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.

بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های روان‌شناختی در مورد بیماران آسمی می‌توان بیان کرد که بیماری آسم اختلالی چند وجهی است و عوامل روان‌شناختی بسیاری هم در بروز و هم در برنامه ریزی دقیق تر آن لازم می‌نمایند. تجربیات پژوهشگران در درمانگاه‌های ریه موید آن است که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آسم چندان مطلوب نمی‌باشد. از سوی دیگر این می‌تواند سهمی در آسیب روان‌شناختی در این بیماران داشته باشد. لذا به نظر می‌رسد بین آموزش و کیفیت زندگی می‌تواند ارتباط معنا داری وجود داشته باشد که این مسئله می‌تواند در مدیریت آسم حائز اهمیت باشد. پیشنهاد می‌شود در درمان و مراقبت از بیماران آسمی برنامه ریزی دقیق تری با مشارکت تیم درمانی صورت گیرد. ذکر این مطلب ضروری می‌نماید که علاوه بر اقدامات پیشگیرانه پزشکی و بهداشتی اقدامات پیشگیرانه روان‌شناختی نیز الزامی است. پژوهش حاضر نیز مانند دیگر پژوهش‌های مشابه دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. از جمله محدودیت در ابزارهای خود سنجی برای اندازه گیری متغیرهای وابسته که ممکن است شرکت‌کنندگان در پژوهش پاسخ‌های غیردقیق در برخی موارد داده باشند. محدودیت دیگر این پژوهش استفاده از نمونه در دسترس کلینیکی است شاید معرف روشنی از کل جامعه نباشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی نمونه به صورت تصادفی و از کل جامعه بیماران انتخاب گردد.

وقتی دستگاه تنفسی آمادگی ابتلا به آسم را یافت، شماری از محرک‌های تنش‌زای روان‌شناختی می‌توانند با این حالت بیماری پذیری تعامل داشته و موجب بیماری تنگی نفس شوند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های روان‌شناختی در مورد بیماران آسمی می‌توان بیان کرد که بیماری آسم اختلالی چند وجهی بوده و عوامل روان‌شناختی بسیاری هم در بروز و هم در وخامت بیماری دخیل هستند و بررسی نقش عوامل روان‌شناختی می‌تواند به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل پیش بینی کننده بروز بیماری آسم مطرح گردد. عوامل روانی از جمله هیجانات منفی می‌تواند به صورت غیر مستقیم از عوامل تهدید کننده سلامت دستگاه تنفسی باشد. 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. بعضی از بیماران به علت بروز علائم آسم احساس اضطراب گیجی و سردرگمی می‌کنند و عده‌ای دیگر نیز وقتی به علائم توجه می‌کنند احساس شکست کرده یا عصبانی می‌شوند. سلامت جسمانی و روانی در مبتلایان به آسم با عزت نفس، بهزیستی روانی، وضعیت سلامتی و هیجانات ارتباط معنا داری دارد. به خاطر پیوند میان دستگاه عصبی خود مختار (ANS) با انقباض و انقباض مجاری هوا و همین طور پیوند آن با هیجان‌ها، بسیاری از پژوهش‌ها متوجه موضوع تحریک‌پذیری هیجانی شده‌اند.

همچنین از لحاظ کیفیت زندگی نتایج پژوهش تفاوت معنی داری بین افراد مبتلا به آسم و سالم را نشان داد که با یافته‌های مالی و بولت (۲۶)، سونی و اکاس (۲۷)، مزاروس و همکاران (۳۱)، مانکوسو و همکاران (۳۲)، زلیچ (۳۳) هم‌خوانی دارد. 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. 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. براساس مدل ذهن و بدن در مبتلایان به آسم تحریفات شناختی و افکار خود آیند منفی در این بیماران باعث پدید آمدن علائم بیماری و تغییرات ایمونولوژی می‌شود. در بیماران مبتلا به آسم کیفیت زندگی فرایندی

**References:**

1. Leuis 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. York J, Fleming SL, Sholdman CM. Psychological interventions for children with asthma. Cochran Database of systematic Review 2005; 4: 77-80.
4. Kaplan HI, Sadock, Sadock, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, Penns: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
5. Cohen SI. Psychological factors in asthma. Post Med J1975; 47: 533-9.
6. Ritz T, Steptoe A, DeWilde S, Costa M. Emotion and stress increase respiratory resistance in asthma. Psychosomatic Med 2000;62(3): 401-12.
7. Deshmukh VM, Toelle BG, Usherwood T, OGrady B, Jenkins CR. Anxiety,panic and adult asthma: a cognitive-behavioral perspective. Respir Med 2007;101(2): 194-202.
8. Esko T. Psychological and psyche Factors and Age at onset of asthma. J Psychosom Res 2002 ; 8: 245 -50.
9. Perna G, Bertani A, Politi E, Columbo G, Bellodi L. Asthma and Panic attacks. Biol Psychiatry 2000 ;42: 625 – 635.
10. Carr RE , Lehrer PM , Rausch LL, Hochron SM, Anxiety sensitivity and panic attacks in an asthmatic population. Behave Res Ther 2001 ; 32: 411-8.
11. Bussing R, Burket RC, Kelleher ET. Prevalence of anxiety disorders in a clinic based sample of pediatric asthma patients. Psychosomatics 2003; 37: 108-15.
12. Jacobi F, Wittchen H-U, Höltling C, Sommer S, Lieb R, Höfler M, et al. Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. Int J Methods Psychiatr Res 2002;11(1):1–18.
13. Vasques JC, Fritz GK, Kopel SJ, Seifer R, McQuaid EL, Canino G. Ethnic differences in somatic symptom reporting in children with asthma and their parents. J Am Acad Adolesc Psychiatry 2009; 48(8): 855 –63.
14. Goethe JW , Maljanian R , Wolf S , Hernandez P , Eabrera Y. The impact of depressive symptoms on Functional Status of Inner – city patients with asthma. Ann allergy Asthma Immunol 2005 ; 87: 205 -10.
15. Opolski M, Wilson L. Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005; 27;1:18.
16. Carr RE , Leher PM , Hochron SM. Panic symptoms in asthma and panic disorder : a preliminary tests of the dyspnea – fear theory. Behave Rest Ther 1992 ; 30(3): 251-61.
17. Spinhoven P. Onstein EJ. Sterx PJ. Pulmonary Function in social phobia. Evidence against the dyspnea – fear theory: Behave Res Ther 2003; 33: 457-60.
18. Huovinen E, Kaprio J, Koskenvuo M. Asthma in relation to personality traits, life satisfaction, and stress: a prospective study among 11,000 adults. Allergy 2001 Oct;56(10):971–7.
19. Lee KM , Lin YZ , Huang FY. Steroid – induced acute psychosis in a adult asthma report of one case. Acta Oeadiatr Taiwan 2001 ; 42: 169 –71.
20. Favreau H, Bacon SL, Joseph M, Labrecque M, Lavoie KL. Association between asthma medications and suicidal ideation in adult asthmatics. Respiratory Medicine 2012 ; 106: 933-41.
21. Babapur J. The difference between communications conflicts solving and mental

- health. *J psychology Univ Tabriz* 2008; 10: 24-30. (Persian)
22. Storms B , Oden R. Effects with asthma. *Annals of Allergy Asthma and Immunology* 2000 ; 75: 491-4.
23. Katz P , Eisner M. The marks asthma quality of life questioner Further validation and examination of responsiveness to change. *J Clin Epidemiol* 1999;52(7):667-75.
24. Marks G, Dunn S. A scale for the measurement of quality of life in adult with asthma. *J Clin Epidemiol* 2002 ; 45: 461-72.
25. Malo JL, Boulet LP, Dewitte JD, Cartier A, L'Archevêque J, Côté J, et al. Quality of life of subjects with occupational asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1993;91(6):1121-7.
26. Sauni R, Oksa P, Vattulainen K, Uitti J, Palmroos P, Roto P. The effects of asthma on the quality of life and employment of construction workers. *Occup Med (Lond)* 2001;51(3):163-7.
27. Taghawe MR, The study of reliability and validity of General Health Questionnaire(GHQ). *J psychology* 2002;4: 81-9. (Persian)
28. Katibaei J, Hamidi H, Yarian S, Ghanbari S, Seyed Mousavi P. Comparison of quality if life, stress and mental health of addicts and no addicts affected by HIV and healthy individuals. *J Behav Sci* 2010;4(2): 135-9. (Persian)
29. Talaei A, Asnaashari AMH, Momeni Moghaddam A, Talaei A. The relation between psychopathology and severity of chronic obstructive pulmonary disease. *J fundamentals of Mental health* 2012;13,4(52),396-403. (Persian)
30. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. *BMC Health Serv Res* 2008;8:61.
31. Meszaros A, Orosz M, Magyar P, Mesko A, Vincze Z. Evaluation of asthma knowledge and quality of life in Hungarian asthmatics. *Allergy* 2003;58(7):624-8.
32. Mancuso CA, Peterson MG, Charlson ME. Effects of depressive symptoms on health-related quality of life in asthma patient. *J Gen Intern Med* 2000;15(5): 301-10.
33. Zillich AJ, Blumenschein K, Johannesson M, Freeman P. Assessment of the relationship between measures of disease severity, quality of life, and willingness to pay in asthma. *Pharmacoeconomics* 2002;20(4):257-65.



## THE COMPARISONS OF PSYCHOPATHOLOGY DIMENSIONS AND QUALITY OF LIFE(QOL) IN PEOPLE WITH AND WITHOUT ASTHMA

*Siamak Shiekhy<sup>1</sup>, Ali Issazadegan<sup>2\*</sup>, Ali Khademi<sup>3</sup>, Mohammad Hafeznia<sup>4</sup>*

*Received: 31 May, 2013; Accepted: 3 Aug, 2013*

### **Abstract**

**Background& Aims:** Asthma is a respiratory chronic disease that is due to long-term treatment and the attacks of the disease leads to psychopathology and low quality of life in asthmatic patients. The aim of the current study was to investigate the psychopathological dimensions and quality of life in patients with asthma.

**Materials & Methods:** This casual-comparative study was carried on 50 asthmatic patients from the Health centers in Salmas City that were selected by available sampling method and were compared with 50 healthy participants. The data were collected by three questionnaires including Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), WHOQoL-BRIEF, GHQ-28. According to multiple facts of the comparative variables, the multivariate analysis of variance method (MANOVA) and T-test were performed.

**Results:** The results indicated that there was a significant difference between two groups in quality of life and psychopathology dimensions. ( $p<0/001$ )

**Conclusion:** The results indicated that asthmatic patients had low quality of life and high psychopathology dimensions. Therefore, it is vital to care for quality of life and psychopathology of individuals in curing asthma.

**Keywords:** Asthma, Psychopathology, Quality of life

**Address:** Psychology Department, Urmia University, Urmia, Iran, **Tel:** +98 4413362008

**Email:** ali\_issazadeg@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(7): 526 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Psychiatry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran

<sup>4</sup> Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran