

بررسی رابطه روان آزردهگی خویی، نارسایی خودنظم جویی شناختی
هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی با نشانگان افسردگی در
بیماران مبتلا به آسم

**The relationship between neuroticism, deficit cognitive
emotion regulation, illness perception and social support
with depression symptoms in patient with asthma**

M. Amiri, Ph.D.

دکتر محسن امیری *

R. Pourhosein, Ph.D.

دکتر رضا پورحسین **

L. Merajifar, M.A.

لیلا معراجی فر ***

Z.S., Hosseini, M.A.

زهرا السادات حسینی ***

چکیده

آسم یکی از شایع ترین بیماری های مزمن در سراسر جهان می باشد و عواملی چون ژنتیک، محیط و متغیرهای روانشناختی در بروز و تداوم علائم مشکلات هیجانی و خلقی ناشی از این بیماری، نقش بسیار مهمی را ایفا می کنند. از این رو، پژوهش حاضر، به دنبال بررسی و مطالعه روابط عواملی همچون، روان آزردهگی خویی، ادراک بیماری، نارسایی خودنظم جویی شناختی

*. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان

** . دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تهران

***. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه زنجان (نویسنده مسؤل)

بررسی رابطه روان‌آزردگی خویی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی...

هیجان و حمایت اجتماعی با نشانگان افسردگی در بیماران مبتلا به آسم بوده است. روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و در قالب طرح رگرسیون گام‌به‌گام می‌باشد. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به آسم شهرستان تهران در سال ۱۳۹۵ بوده است که از میان آن‌ها تعداد ۱۲۰ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز پرسشنامه‌های پنج عامل بزرگ شخصیت (۱۹۸۹)، مقیاس افسردگی بک (۱۹۹۶)، ادراک بیماری (۲۰۰۶)، نقص در تنظیم شناختی هیجان (۲۰۰۱) و مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (۱۹۸۸) به‌کار برده شد. یافته‌های حاصل نشان داد که علائم افسردگی بیماران مبتلا به آسم و آلرژی با ادراک بیماری ($r=0/361$, $P<0/001$)، روان‌آزردگی خویی ($r=0/341$, $P<0/001$) و نارسایی در خودنظم‌جویی شناختی هیجان منفی ($r=0/324$, $P<0/001$) رابطه مثبت و با راهبردهای مثبت خودنظم‌جویی شناختی هیجان ($r=-0/177$, $P<0/05$) رابطه‌ای منفی دارد. همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد که هیچ رابطه معنی‌داری بین متغیر حمایت اجتماعی و افسردگی در بیماران مبتلا به آسم وجود ندارد. از سوی دیگر، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که ادراک بیماری با ضریب $0/37$ بیشترین سهم در پیش‌بینی افسردگی بیماران مبتلا به آسم را برعهده دارد. بنابراین به‌نظر می‌رسد سطح بالای آگاهی و شناخت افراد از بیماریشان در افزایش بروز علائم افسردگی آن‌ها مؤثر بوده است.

واژه-کلیدها: آسم، افسردگی، روان‌آزردگی خویی، ادراک بیماری، نارسایی خودنظم‌جویی

شناختی هیجان، حمایت اجتماعی.

Abstract

Asthma is one of the most common chronic diseases worldwide and factors such as genetic, environmental and psychological factors play an important role in the maintenance of emotional and mood problems Caused by the disease. There are many variables which relate to this issue and influence on it. Therefore, this study aimed at investigating the relationship between neuroticism, illness perception, social support and Cognitive Emotion Regulation with depression among patient of asthma to answer this question, are these psychological variables able to predict

بررسی رابطه روان‌آزردگی خویی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی...

meaningfully the depression of these patients. The research method is descriptive in multi-variable correlational design (step by step regression)., to do so 120 patient with asthma were selected using at-hand sampling and were studied; they completed the perception social support questionnaires (1988), Beck depression inventory (1996), Cognitive Emotion Regulation inventory (2001), Illness perception (2006), Big five personality trait scale (1986). Depression had a significant and positive relationship with illness perception ($P < 0/001$), negative cognitive emotion Regulation ($P < 0/001$) and neuroticism ($P < 0/001$). Positive emotional regulation had a negative relationship with depression ($P < 0/05$). Based on the results illness perception, could predict 37 percent of depression in patient with asthma. So it seems that a high level of awareness and understanding of the disease have been effective in increasing symptoms of depression.

Keywords: Asthma, Depression, Neuroticism, Illness Perception, Cognitive Emotion Regulation, Social Support

Contact information: hosseiniz99@yahoo.com

مقدمه

آسم^۱ از جمله بیماری‌های التهابی و مزمن مسیرهای تنفسی است که با علائم بالینی خس خس سینه، سرفه و تنگی نفس همراه است (اچینوز، شیجیرا، نگاس، یاماگوچی، اینو، ساگارا و یاماگوچی، ۲۰۱۷). این بیماری تنفسی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در سراسر جهان است. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۲ (۲۰۱۳)، حدود ۲۴۱ میلیون کودک و بزرگسال در جهان از این بیماری رنج می‌برند. شیوع این بیماری در چند دهه اخیر رشد قابل توجه‌ای داشته است و در ۲۰ سال گذشته بیش از دو برابر افزایش یافته است (گسنرو نینو، ۲۰۰۶، مانینگ، گودمن، اوسولویان و کلنسی، ۲۰۰۶) همچنین طبق مطالعات اخیر، شیوع بیماری آسم و برونشیت مزمن در ایران از ۴/۸ تا ۵/۶ درصد گزارش شده است (ورمقانی، فرزادفر، شریفی، رشیدیان، معین، مرادی لک، کبریازاده، ۲۰۱۶). با وجود نقش بسیار مهم عامل ژنتیک در بروز علائم این بیماری، تحقیقات بسیاری نشان داده‌اند که عوامل محیطی چون آلودگی محیط

بررسی رابطه روان‌آزردگی خویی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی...

زیست، تماس با حیوانات خانگی، قرار گرفتن در معرض مواد شوینده، رژیم غذایی نامناسب و مصرف سیگار نیز در بروز این بیماری تأثیر بسزایی دارند (مویس - وویجتویز، وویجتویز، پستک و دوماگالا کولایویک، ۲۰۱۲). از سوی دیگر، پژوهش‌های زیادی از تعامل پیچیده عوامل بیولوژیکی و روانشناختی در بروز انواع بیماری‌های طبی چون آسم خبر می‌دهند (فاوا، سونینو و وایس، ۲۰۱۲). همسو با این یافته‌ها، تحقیقات بر شیوع بسیار بالای اضطراب و افسردگی در بیماران آسم و آلرژی تأکید می‌کنند (لووه، باکن، بارون، کارتیر، دیتو و لابرک، ۲۰۰۶). افزون بر چالش‌های هیجانی، نداشتن کنترل بر بیماری نیز جزء مشکلات بزرگ بیماران مبتلا به آسم می‌باشد که می‌تواند منجر به افزایش علائم شود (نیگل من، وان دون، ون شیک، کلینجان و انگلس، ۲۰۱۴). بنابراین در جهت افزایش حداکثری کنترل بر بیماری و کاهش مشکلات هیجانی (اضطراب، افسردگی و تنیدگی) ضروری است تا عوامل اثرگذار بر بیماری مورد بررسی قرار گیرد. یکی از مهم‌ترین عواملی که بر بسط بیماری‌های جسمانی مؤثر است و در پژوهش‌های بسیاری مورد مطالعه قرار گرفته است مؤلفه شخصیت می‌باشد (اسمیت و مک کنزی، ۲۰۰۶). تحقیقات نشان می‌دهد شخصیت به عنوان الگوی ثابت و زیربنایی رفتار، افکار و احساسات در پیش‌بینی سلامت جسمی و روانی نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کند (فریدمن و کرن، ۲۰۱۴). امروزه در راستای مطالعه این مولفه، سیاهه پنج عاملی شخصیت^۳ متشکل از پنج زیرمقیاس دوقطبی، روان‌آزردگی خویی^۴، تطابق‌پذیری، وظیفه‌شناسی، برون‌گرایی و گشودگی به تجربه بسیار پر کاربرد است (مک کری و کاستا، ۲۰۰۴). در این میان آن دسته از صفاتی که بر درک و چگونگی کنار آمدن فرد با تنیدگی و نحوه پاسخدهی فیزیولوژیکی وی به موقعیت تنیدگی‌زا اثر می‌گذارند می‌توانند پیش‌بینی‌کننده پیامد سلامت در افراد باشند (کارور و کونر - اسمیت، ۲۰۱۰، سویکرت، روزنترتر، هیتنر و ماشروش، ۲۰۰۲). از این رو، طبق شواهد موجود صفات شخصیت را می‌توان عاملی پیش‌بین برای شدت یافتن بیماری آسم در نظر گرفت (لئوبورکس، اافلپاچر، تایر، دبلینگ و استومر، ۲۰۰۹). همچنین لازم به ذکر است، روان‌آزردگی خویی از میان صفات شخصیتی بیشترین ارتباط را با مشکلات آسیب‌شناسی روانی بویژه اضطراب و افسردگی دارد (وان دون، ویتمن و تیگل من، ۲۰۱۳). از دیگر عوامل مؤثر بر بیماری و مشکلات هیجانی ناشی از آن، ادراک و باور افراد از بیمارانشان می‌باشد (لونتال،

بررسی رابطه روان‌آزردگی خوبی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی...

فیلیس و برنز، ۲۰۱۶). ادراک بیماری^۵ به معنی باورهای شناختی و عاطفی فرد نسبت به بیماری و درمان آن و همچنین نحوه واکنش هیجانی فرد نسبت به علائم بیماری است (هوگوروف، نینابر، ویلمز و کپتین، ۲۰۱۲). از این رو دیدگاه شخصی افراد زمانی که سلامت آنها به وسیله عوامل بیماری تهدید شود بر چگونگی برخورد فرد با بیماری و مراقبت از خود و همچنین بر پیامدهای روانشناختی و فیزیولوژیکی او اثرگذار است (وستبروک، مادوکس و آندرسن، ۲۰۱۶). تا به امروز مطالعات گسترده‌ای رابطه‌ی بین باور افراد درباره‌ی بیماری و نتایج مرتبط با سلامتی را مورد بررسی قرار داده‌اند و نتایج تحقیقات حاکی از وجود نقش تعیین‌کننده‌ی این متغیر است (فیشر، اسنویی، کامرون، اسنوت، وینمن، کپتین و اسکارلو، ۲۰۰۸). یکی دیگر از عوامل روانشناختی که در بروز و تشدید بیماری‌های روان‌تنی چون آسم سهم بسزایی دارد بروز و سرکوب هیجان‌ات می‌باشد (خسروانی، الوانی، باستان، اردکانی و اکبری، ۲۰۱۶). در این میان یکی از راهبردهای مؤثر در تنظیم آن، راهبرد خودنظم‌جویی شناختی هیجان^۶ است. نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، مجموعه‌ای از پردازش‌های درونی و بیرونی است که مسؤلیت بازبینی، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی را برعهده دارد (دورات، ماتوس و مارکوس، ۲۰۱۵). مطالعات صورت گرفته در راستای ارزیابی نقش هیجان‌ات نشان می‌دهند که افسردگی با راهبردهای منفی خودنظم‌جویی شناختی هیجان (سرزنش کردن، نشخوار کردن و فاجعه‌آمیز پنداری) رابطه مستقیم دارد (جوورمن و گوتلیب، ۲۰۱۰). همسو با این یافته‌ها، دیگر تحقیقات نیز نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان را به عنوان عواملی مهم در توسعه مشکلات روانشناختی و اختلالات رفتاری چون اضطراب فراگیر (سالترز پدنلت، رومر، تول، راکر و مینن، ۲۰۰۶)، اختلال شخصیت مرزی (اوستین، رینیولو و پورگس، ۲۰۰۷) و بیماری‌های روان‌تنی (واری، ولوتی، زاواتینی، ریچتا و کالوییری، ۲۰۱۳) معرفی نموده‌اند. از دیگر عوامل روانشناختی مؤثر بر افراد مبتلا به بیماری‌های مزمنی چون آسم، می‌توان حمایت اجتماعی^۷ را نام برد (سین، کنگ و ویور، ۲۰۰۵). عدم دریافت حمایت اجتماعی منجر به کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی افراد می‌شود (نگامویتروج و کنگ، ۲۰۰۷). حمایت اجتماعی از جمله عوامل مهم و اثرگذار بر مدیریت بیماری و حفظ سلامت روانی افراد می‌باشد (دراگست، ۲۰۱۲). این متغیر یک مفهوم چندبعدی است، که به لحاظ ساختاری و کمی شامل تعداد

بررسی رابطه روان‌آزردگی خویی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی...

اشخاص و روابطی است که فرد در محیط اجتماعی خود با آن‌ها تعامل دارد و به لحاظ ساختار عملیاتی و کیفی شامل محتوای ادراکی فرد در مورد حمایت اجتماعی و میزان در دسترس بودن روابط با دیگران است (دراگست، ۲۰۱۲). تحقیقات صورت گرفته، نشان داده است که دریافت حمایت اجتماعی از خانواده و دوستان در کنترل بیماری‌های مزمن چون سرطان، دیابت و آسم مرتبط می‌باشد (نوشین و همکاران، ۲۰۰۹ و سین و همکاران، ۲۰۰۵). با توجه به اینکه آسم با استفاده از داروها و رفتارهای خود مراقبتی، قابل کنترل می‌باشد، پابندی به رفتارهای خود نظارتی و مدیریت طولانی‌مدت دوره بیماری، یکی از اهداف اصلی به حساب می‌آید (نوشین و همکاران، ۲۰۰۹). به این منظور، در این پژوهش قصد بر آن است تا با بررسی رابطه روان‌آزردگی خویی، ادراک بیماری، خودنظم‌جویی شناختی هیجان و حمایت اجتماعی با افسردگی بخشی از این روابط را مورد مطالعه قرار گیرد.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی بوده که در قالب طرح همبستگی چندمتغیری (رگرسیون گام به گام) مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به آسم شهرستان تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند، که از بین آنها تعداد ۱۲۰ بیمار مرد و زن با میانگین سنی ۲۹/۷۹ و انحراف معیار ۶/۳۱ به روش نمونه‌گیری در دسترس جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند و پرسشنامه‌های نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، پنج عامل بزرگ شخصیت (NEO)، مقیاس افسردگی بک (BDI)، ادراک بیماری و مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده به وسیله آنها تکمیل گشت.

ابزار پژوهش: در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده به عمل آمد:

پرسشنامه پنج عاملی شخصیت: فرم کوتاه پرسشنامه پنج عاملی شخصیت توسط کاستا و مک کری در سال ۱۹۸۹ طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۶۰ سؤال است که برخلاف فرم بلند آن تنها پنج عامل بزرگ شخصیت را می‌سنجد و این پنج شاخص اصلی شامل روان‌آزردگی خویی، برون‌گرایی، بازبودن به تجربه، وجدانی بودن و توافق می‌باشد (برنبر،

بررسی رابطه روان‌آزردگی خوبی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی...

(۲۰۰۱). در فرم کوتاه به‌منظور ارزیابی هر شاخص ۱۲ گویه در نظر گرفته شده است و شیوه نمره‌گذاری سؤالات براساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای شامل کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) می‌باشد. برخی پرسش‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود (حسینی، زهراکار، داورنیا و شاکرمی، ۱۳۹۵). ضریب همبستگی حاصل از درستی آزمایی همزمان فرم کوتاه و بلند بین ۰/۴۱ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. و همچنین قابلیت اعتماد فرم کوتاه پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۶ و ضریب حاصل از همسانی درونی این پرسشنامه (آلفای کرونباخ) بین ۰/۵۴ تا ۰/۷۹ گزارش شده است (رستمی، احدی و چراغعلی گل، ۱۳۹۱).

پرسشنامه کوتاه شده مقیاس ادراک بیماری (IPQ-B): این پرسشنامه ۹ سؤالی به‌منظور ارزیابی سریع بازنمایی شناختی و عاطفی بیماری توسط برادرت و همکاران طراحی شده است (برادرت و همکاران، ۲۰۰۶). این پرسشنامه به‌ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری و پاسخ‌های عاطفی را می‌سنجد. تمامی هشت سؤال اول در مقیاسی از صفر تا ده پاسخ داده می‌شود و تنها سؤال آخر که مربوط به علیت بیماری است پاسخ باز دارد و سه علت عمده بیماری آسم را مورد سؤال قرار می‌دهد (بزازیان، بشارت، بهرامی احسان و رجب ۱۳۸۹). نسخه فارسی این پرسشنامه توسط باقریان و همکاران تهیه شده است. آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰/۸۴ و همچنین ضریب همبستگی آن با فرم تجدیدنظر شده فارسی IPQ-R ۰/۷۱ بوده است (مهاجرانی، حقایق و ادیبی، ۱۳۹۶).

پرسشنامه نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط گرانفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) تدوین شده است. پرسشنامه خودنظم‌جویی شناختی هیجان یک پرسشنامه چندبعدی است و به‌منظور شناسایی راهبردهای شناختی مقابله‌ای افراد زمانی که با موقعیت‌های استرس‌زا و منفی روبه‌رو می‌شوند مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه بوده و به‌عنوان یک ابزار خودگزارشی معرفی می‌شود. دامنه نمرات مقیاس ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد و هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در مجموع این پرسشنامه ۹ راهبرد شناختی سرزنش خود، سرزنش دیگران، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، فاجعه‌آمیز‌پنداری، نشخوار فکری، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و

بررسی رابطه روان‌آزردگی خوبی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی... کم اهمیت شماری را می‌سنجد. از این رو دامنه نمرات در هر زیرمقیاس ۴ تا ۲۰ می‌باشد و بنابراین نمره مربوط به هر زیرمقیاس نشانه میزان استفاده فرد از راهبرد مذکور در مواجهه با وقایع استرس‌زا زندگی است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱).

نسخه فارسی این پرسشنامه توسط بشارت (۱۳۸۸، ۱۳۹۰) اعتباریابی شده است. در مطالعات مذکور ویژگی‌های روانسنجی چون همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، درستی آزمایی محتوایی، درستی آزمایی همگرایی و درستی افتراقی مطلوب گزارش شده است. بشارت (۱۳۸۸) آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های این پرسشنامه ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ گزارش کرده است. درستی آزمایی محتوایی این پرسشنامه از طریق داوری هشت نفر از متخصصان این حیطه بررسی و ضریب توافق کندال برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ گزارش شد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS): این پرسشنامه ۱۲ گویه‌ای توسط زیمت و دهلم (۱۹۸۸) طراحی شده است. پرسشنامه حمایت اجتماعی حاوی سه زیرمقیاس خانواده، دوستان و افراد مهم می‌باشد و هر ۴ سؤال به یک زیرمقیاس اختصاص دارد. ضریب آلفای کرونباخ حمایت اجتماعی ادراک شده و سه خرده‌مقیاس خانواده، دوستان و افراد مهم در نمونه‌های ایرانی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۹۱ گزارش شده است (دم ریحانی، بهزادی‌پور و طهماسبی، ۱۳۹۶).

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه حاوی ۲۱ ماده می‌باشد و شکل بازنگری شده (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶) پرسشنامه افسردگی بک است. از این پرسشنامه به‌منظور سنجش وجود و شدت نشانگان افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان به کار می‌رود. به هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد و بنابراین نمره کلی افسردگی برای هر فرد بین ۰ تا ۶۳ متغیر است. قابلیت اعتماد بازآزمایی و همسانی درونی برای این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۱ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۳۹۶). مطالعه‌ای در ایران به‌منظور بررسی مشخصات روانسنجی این پرسشنامه انجام گرفت و نتایج گزارش شده از این قرار است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به مدت یک هفته ۰/۹۴. میزان همبستگی این پرسشنامه با مقیاس افسردگی بک ویرایش اول ۰/۹۳ به دست آمده است که نشان‌دهنده درستی آزمایی این پرسشنامه است (نوفروستی، روشن، فتی، حسن‌آبادی و پسندیده، ۱۳۸۴).

بررسی رابطه روان‌آزردگی خویی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی...

داده‌ها یافته‌ها

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین روان‌آزردگی خویی، نقص در خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی با افسردگی در بیماران مبتلا به آسم بود که نتایج این بررسی در جدول شماره (۱) ذکر شده است. همانطور که ذکر گردید جدول شماره (۱)، همبستگی میان متغیرهای پژوهشی را نشان می‌دهد. با توجه به این جدول، ضریب همبستگی میان روان‌آزردگی خویی و افسردگی، مثبت و معنادار ($r=0/341$ ، $P<0/001$) است. عامل خودنظم‌جویی شناختی هیجان مثبت با افسردگی، همبستگی منفی و معنی‌دار ($r=-0/177$ ، $P<0/001$)، و عامل‌های خودنظم‌جویی شناختی هیجان منفی ($r=0/324$ ، $P<0/001$)، و ادراک بیماری ($r=0/361$ ، $P<0/001$) نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری را با افسردگی نشان می‌دهند. از سوی دیگر هیچ رابطه معناداری میان متغیر حمایت اجتماعی و افسردگی در این عامل بیماران مبتلا به آسم وجود نداشت.

جدول ۱: ضرایب همبستگی پیرسون بین افسردگی و متغیرهای ملاک

متغیرها	افسردگی	روان آزردگی خویی	تنظیم شناختی مثبت	تنظیم شناختی منفی	ادراک بیماری	حمایت اجتماعی
افسردگی	-					
روان‌آزردگی خویی	$0/341^{**}$	-				
خد نظم‌جویی شناختی مثبت	$-0/177^*$	$-0/101$	-			
خودنظم‌جویی شناختی منفی	$0/324^{**}$	$0/103$	$-0/20^{**}$	-		
ادراک بیماری	$0/361^{**}$	$-0/215^{**}$	$0/014$	$0/097$	-	
حمایت اجتماعی	$0/103$	$0/024$	$0/018$	$0/032$	$-0/10$	-

جهت بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی روان‌آزردگی خویی، نارسایی در خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی در متغیر وابسته، از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج حاصل از این تحلیل در جدول شماره (۲) ارائه شده است.

بررسی رابطه روان‌آزردگی خویی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی...

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی افسردگی از طریق متغیرهای پیش‌بین

متغیرها	B	β	R	R^2	P
ادراک بیماری	۰/۳۷	۰/۳۱	۰/۳۷	۰/۱۳	۰/۰۰۰۱
ادراک بیماری خودنظم‌جویی شناختی هیجان منفی	۰/۳۴ ۰/۳۷	۰/۳۳ ۰/۲۹	۰/۴۶	۰/۲۱	۰/۰۰۰۱
ادراک بیماری خودنظم‌جویی شناختی هیجان منفی روان‌آزردگی خویی	۰/۲۹ ۰/۳۵ ۰/۵۱	۰/۲۸ ۰/۲۷ ۰/۲۵	۰/۵۲	۰/۲۷	۰/۰۰۰۱

بر طبق جدول شماره (۲) در مرحله اول تحلیل رگرسیون ۱۳٪ واریانس افسردگی بیماران توسط ادراک بیماری تبیین می‌گردد و در مرحله دوم که خودنظم‌جویی شناختی هیجان منفی وارد معادله می‌شود ۲۱٪ واریانس متغیر وابسته تبیین می‌شوند. در گام سوم با اضافه شدن عامل روان‌آزردگی خویی، به این دو متغیر ۲۷٪ واریانس افسردگی را تبیین می‌کنند. ($P < ۰/۰۰۰۱$ و $R^2 = ۰/۲۷$ و $F = ۱۳/۸۱$). از طرف دیگر بر اساس ضرایب استاندارد رگرسیون β می‌توان اینگونه بیان کرد که ادراک بیماری با ضریب استاندارد ۰/۳۷ بیشترین سهم در پیش‌بینی افسردگی بیماران مبتلا به آسم را به خود اختصاص داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف بررسی رابطه روان‌آزردگی خویی، ادراک بیماری، حمایت اجتماعی و نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان با نشانگان افسردگی در بیماران مبتلا به آسم و آلرژی صورت پذیرفت. براساس یافته‌های به‌دست آمده، نشانگان افسردگی بیماران مبتلا به آسم و آلرژی با ادراک بیماری ($t=۰/۳۶۱$ ، $P < ۰/۰۰۱$)، روان‌آزردگی خویی ($t=۰/۳۴۱$)، و نارسایی در خودنظم‌جویی شناختی هیجان ($t=۰/۳۲۴$ ، $P < ۰/۰۰۱$) رابطه مثبت و با راهبردهای مثبت خودنظم‌جویی شناختی هیجان ($t=-۰/۱۷۷$ ، $P < ۰/۰۵$) رابطه‌ای منفی دارد. همچنین نتایج حاصل نیز نشان می‌دهد که هیچ رابطه معنی‌داری بین متغیر حمایت اجتماعی و

بررسی رابطه روان‌آزردگی خویی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی...

افسردگی در بیماران مبتلا به آسم وجود ندارد. از دیگر اهداف پژوهش حاضر، تعیین سهم متغیرهای مذکور در پیش‌بینی افسردگی بیماران مبتلا به آسم بود و نتایج فوق نشان داد که ادراک بیماری با ضریب استاندارد ۰/۳۷ در پیش‌بینی افسردگی بیماران مبتلا به آسم بیشترین سهم را در بین دیگر متغیرها به خود اختصاص می‌دهد، همچنین جهت این پیش‌بینی مثبت می‌باشد. نتایج و بررسی رابطه ادراک بیماری با افسردگی در بیماران فوق حاکی از وجود مغایرت با پژوهش‌های پیشین می‌باشد (حسین، دیرمن، جودری، ریزوی و وحید، ۲۰۰۸ و کوستا، واله، سوپرال و گراساپیرا، ۲۰۱۶). در پژوهش حسین و همکاران (۲۰۰۸) که به بررسی رابطه ادراک بیماری و اضطراب و افسردگی در بین بیماران مبتلا به سل پرداخته است نشان داده شده است که ادراک منفی نسبت به بیماری، شدت و بروز علائم افسردگی را افزایش می‌دهد، نتیجه فوق توسط پژوهشگران چنین تبیین شده است که نداشتن شناخت و آگاهی از فرایند بیماری، بیش‌برآورد علائم، باورهای بدبینانه و منفی نسبت به موفقیت درمان و نگرانی و عاطفه منفی راجع به آن، بروز نشانگان افسردگی را افزایش می‌دهد (حسین و همکاران، ۲۰۰۸). همان‌طور که مشخص است تبیین مطالعات ذکر شده، یافته حاصل از این پژوهش را توجیه نمی‌کنند و می‌توان گفت این تفاوت در یافته‌ها و وجود رابطه‌ای مثبت بین ادراک بیماری و افسردگی ممکن است ناشی از تفاوت‌های فرهنگی باشد، به این صورت که افزایش شناخت و آگاهی افراد راجع به بیماری و فرایندهای مرتبط با آن استرس و تنش را در افراد بیمار افزایش داده و به تبع تغییرات مذکور احتمال بروز علائم افسردگی نیز بیشتر شده باشد، اما لازم به ذکر است که با توجه به وجود دیگر زیرمقیاس‌های متغیر ادراک بیماری (میزان برآورد بیماری، باورها و...) بررسی مجدد رابطه فوق و همچنین مطالعه زیرمقیاس‌های متغیر ادراک بیماری در پژوهش‌های آتی امری ضروری است تا به وسیله آن، بررسی نتایج با ادله و شواهد بیشتری مورد تبیین قرار گیرد.

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر نیز حاکی از وجود رابطه منفی و معنی‌دار راهبردهای مثبت خودنظم‌جویی شناختی هیجان و رابطه مثبت و معنی‌دار راهبردهای منفی هیجان (سرزنش خود، فاجعه‌سازی و نشخوار فکری) با افسردگی می‌باشد، همچنین راهبردهای منفی این متغیر پس از متغیر ادراک بیماری در پیش‌بینی افسردگی سهم قابل توجهی داشته‌اند. به عبارت دیگر

بررسی رابطه روان‌آزردگی خویی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی... با کاهش به‌کارگیری راهبردهای مثبت خودنظم‌جویی شناختی هیجان و افزایش استفاده راهبردهای منفی توسط افراد، خطر بروز افسردگی افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج تحقیقات (جورمن، ۲۰۱۰ و جورمن و کوئین، ۲۰۱۴) هم‌سو می‌باشد. نتایج حاصل از این پژوهش را می‌توان چنین تفسیر نمود که ممکن است توانایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان در پاسخ‌دهی به رویدادهای منفی در بروز نشانگان افسردگی نقش مهمی داشته باشد. همچنین، یکی از مکانیسم‌های کلیدی در تنظیم هیجان، بازداری شناختی است بنابراین می‌توان چنین انتظار داشت که نقص در بازداری افکار منفی با افزایش احتمال ابتلا به افسردگی همراه باشد. (جورمن، ۲۰۱۰). در مطالعه و بررسی متغیر روان‌رنجورخویی با افسردگی، یافته‌های حاصل از این پژوهش مشابه مطالعات پیشین (کوتوف، جمز، اشمیت و واتسون، ۲۰۱۰). روان‌آزردگی خویی را به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده نشانگان افسردگی معرفی می‌نماید. این پارامتر جزء باثبات‌ترین ویژگی‌های شخصیت به حساب می‌آید و در بررسی و مطالعه‌های گوناگون نشان داده شده است که این بعد از شخصیت نسبت به دیگر ابعاد آن، بالاترین همبستگی را با بروز علائم افسردگی دارد (کوتوف و همکاران، ۲۰۱۰). این چنین به نظر می‌رسد که بالا بودن نمرات روان‌رنجورخویی با افزایش میزان علائم افسردگی در افراد به واسطه افزایش نشخوار فکری مرتبط خواهد بود (رولف و همکاران، ۲۰۰۸). دیگر یافته پژوهش حاکی از عدم وجود رابطه‌ای معنی‌دار بین حمایت اجتماعی و میزان بروز نشانگان افسردگی بیماران آسم و آلرژی می‌باشد. این یافته با پژوهش‌هایی چون (گاریبی، هونکانیمی و کوئسنل - والی، ۲۰۱۶ و لیو، هرماندز، ترونت، کلایمان و بوزای، ۲۰۱۷، ۲۰۱۴) مغایر می‌باشد. نتایج و یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که پارامترهای روانشناختی بر تمام جنبه‌های بیماری آسم و آلرژی تأثیرگذار هستند، بنابراین ضرورت بر آن است تا با تدوین، برنامه‌ریزی و ارائه الگوی بهداشتی مراقبتی مناسب، بستر برای ارتقای سلامت جسم و روان مبتلایان به این بیماری فراهم شود.

پی‌نوشت‌ها:

- 1- Asthma
- 3- NEO Five Factor Inventory

- 2- World Health Organization
- 4- Neuroticism

بررسی رابطه روان‌آزردگی خوبی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی...

5- Illness Perception
7- Social Support

6- Cognitive Emotion Regulation

منابع و مآخذ فارسی:

- بزازیان، سعیده؛ بشارت، محمدعلی؛ بهرامی احسان، هادی؛ رجب، اسدالله. (۱۳۸۹). نقش تعدیل‌کننده راهبردهای مقابله در رابطه بین ادراک بیماری، هموگلوبین گلیکوزیله و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱. *مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران*. دوره دوازدهم (شماره سوم).
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی*.
- حسینی، امین؛ زهراکار، کیانوش؛ داورنیا، رضا؛ شاکرمی، محمد. (۱۳۹۵). پیش‌بینی آسیب‌پذیری در برابر استرس براساس حمایت اجتماعی، تاب‌آوری، راهبردهای مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیتی در دانشجویان. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، دوره ششم (شماره دوم).
- دم ریحانی، نفیسه؛ بهزادی‌پور، ساره؛ طهماسبی، صدیقه. (۱۳۹۶). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی و سازگاری زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی. *نشریه جراحی ایران*. دوره ۲۵ (شماره یکم).
- رستمی، امیرمسعود؛ احدی، حسن؛ چراغعلی گل، هایده. (۱۳۹۲). پیش‌بینی راهبردهای مقابله با استرس براساس ویژگی‌های شخصیتی وابستگیان مواد محرک. *فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد*. دوره هفتم.
- مهاجرانی، سپهر؛ حقایق، سیدعباس؛ ادیبی، پیمان. (۱۳۹۶). بررسی رابطه ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب‌آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو. *گوارش*. دوره ۲۲ (شماره اول).

بررسی رابطه روان‌آزردگی خوبی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی...
 نوفرستی، اعظم؛ روشن، رسول؛ فتی، لادن؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا؛ پسندیده، عباس. (۱۳۹۵).
 تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری بر کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی
 غیربالینی - مطالعه تک‌آزمودنی چند خط پایه. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی. سال
 هفتم. شماره بیست و پنجم.

منابع و مأخذ خارجی:

- Austin, M.A., Riniolo, T.C., & Porges, S.W. (2007). Borderline personality disorder and emotion regulation: Insights from the Polyvagal Theory. *Brain and cognition, 65*(1), 69-76.
- Baiardini, I., Sicuro, F., Balbi, F., Canonica, G.W., & Braidò, F. (2015). Psychological aspects in asthma: do psychological factors affect asthma management? *Asthma research and practice, 1*(1), 7 .
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio, 78*(2), 490-498.
- Bogg, T., & Roberts, B.W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological bulletin, 130*. 887(6).
- Brebner, J. (2001). Personality and stress coping. *Personality and individual differences, 31*(3), 317-327.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology, 61*, 679-704.
- Costa, E.C., Vale, S., Sobral, M., & Graca Pereira, M. (2016). Illness perceptions are the main predictors of depression and anxiety symptoms in patients with chronic pain. *Psychology, health & medicine, 21*(4), 483-495
- Drageset, S. (2012). Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer.
- Duberstein, P., Pálsson, S., Waern, M., & Skoog, I. (2008). Personality and risk for depression in a birth cohort of 70-year-olds followed for 15 years. *Psychological medicine, 38*(05), 663-671.
- Fava, G., Sonino, N., & Wise, T.N. (2012). Principles of psychosomatic assessment *The Psychosomatic Assessment* (Vol. 32, pp. 1-18): Karger Publishers.
- Friedman, H.S., & Kern, M.L. (2014). Personality, well-being, and health. *Annual Review of Psychology, 65*, 719-742 .
- Gessner, B.D., & Neeno, T. (2005). Trends in asthma prevalence, hospitalization risk, and inhaled corticosteroid use among Alaska Native and nonnative

بررسی رابطه روان‌آزردگی خوبی، نارسایی خودنظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی...

- Medicaid recipients younger than 20 years. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 94(3), 372-379 .
- Husain, M.O., Dearman, S.P., Chaudhry, I.B., Rizvi, N & ., Waheed, W. (2008). The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(1), 4.
- Ichinose, M., Sugiura, H., Nagase, H., Yamaguchi, M., Inoue, H., Sagara, H., . . . Yamauchi, K. (2017). Japanese guidelines for adult asthma 2017. *Allergology International*, 66(2), 163-189.
- Joormann, J. (2010). Cognitive inhibition and emotion regulation in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 19(3), 161-166.
- Joormann, J., & Quinn, M.E. (2014). Cognitive processes and emotion regulation in depression. *Depression and anxiety*, 31(4), 308-315.
- Kaptein, A. A., Scharloo, M., Fischer, M. J., Snoei, L., Cameron, L.D., Sont, J. K., . . . Weinman, J. (2008). Illness perceptions and COPD: an emerging field for COPD patient management. *Journal of Asthma*, 45(8), 625-629 .
- Khosravani, V., Alvani, A., Bastan, F.S., Ardakani, R.J., & Akbari, H. (2016). The alexithymia, cognitive emotion regulation, and physical symptoms in Iranian asthmatic patients. *Personality and individual differences*, 101, 214-219.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis: American Psychological Association.
- Lavoie, K.L., Bacon, S.L., Barone, S., Cartier, A., Ditto, B., & Labrecque, M. (2006). What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both? *CHEST Journal*, 130(4), 1039-1047.
- Leventhal, H., Phillips, L.A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of behavioral medicine*, 39(6), 935-946.
- Liu, R. T., Hernandez, E.M., Trout, Z.M., Kleiman, E.M., & Bozzay, M.L. (2017). Depression, social support, and long-term risk for coronary heart disease in a 13-year longitudinal epidemiological study. *Psychiatry Research*, 251, 36-40.
- Manning, P., Goodman, P., O'Sullivan, A., & Clancy, L. (2006). Rising prevalence of asthma but declining wheeze in teenagers (1995-2003): ISAAC protocol. *Irish medical journal*, 100(10), 614-615.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and individual differences*, 36(3), 587-596 .
- Moes-Wójtowicz, A., Wójtowicz, P., Postek, M., & Domagała-Kulawik, J. (2012). Asthma as a psychosomatic disorder: the causes, scale of the

بررسی رابطه روان آزردهگی خویی، نارسایی خودنظم جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی...

- problem, and the association with alexithymia and disease control The Twenty-Six-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-26) has been used in this paper courtesy of Dr Ewa Zdankiewicz-Scigala. *Advances in Respiratory Medicine*, 80(1), 13-19.
- Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R., & Moss-Morris, R. (2009). Social support and cancer progression: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 67(5), 403-415.
- Ngamvitroj, A., & Kang, D.H. (2007). Effects of self-efficacy, social support and knowledge on adherence to PEFr self-monitoring among adults with asthma: A prospective repeated measures study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 882-892.
- Salter-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M.T., Rucker, L., & Mennin, D.S. (2006). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 469-480.
- Sin, M.-K., Kang, D.H., & Weaver, M. (2005). Relationships of asthma knowledge, self-management, and social support in African American adolescents with asthma. *International Journal of Nursing Studies*, 42(3), 307-313.
- Smith, T.W., & MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2, 435-467.
- Swickert, R.J., Rosentreter, C.J., Hittner, J.B., & Mushrush, J.E. (2002). Extraversion, social support processes, and stress. *Personality and individual differences*, 32(5), 877-891.
- Tiggelman, D., van de Ven, M.O., van Schayck, O.C., Kleinjan, M., & Engels, R.C. (2014). The Common Sense Model in early adolescents with asthma: Longitudinal relations between illness perceptions, asthma control and emotional problems mediated by coping. *Journal of psychosomatic research*, 77(4), 309-315.
- van de Ven, M.O., Witteman, C.L., & Tiggelman, D. (2013). Effect of Type D personality on medication adherence in early adolescents with asthma. *Journal of psychosomatic research*, 75(6), 572-576.
- Vari, C., Velotti, P., Zavattini, G., Richetta, A., & Calvieri, S. (2013). Emotion regulation strategies in patients with psoriasis. *Journal of psychosomatic research*, 74(6), 560.
- Varmaghani, M., Farzadfar, F., Sharifi, F., Rashidain, A., Moin, M., Moradi-Lakeh, M., . . . Kebriaeezadeh, A. (2016). Prevalence of Asthma, COPD, and Chronic Bronchitis in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*, 15(2), 93.