

رابطه رویدادهای استرس‌زا با شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه: نقش واسطه‌ای ویژگی‌های شخصیتی

Relationship between Stressful Events and the Severity of Symptoms in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Mediating role of Personality Traits

Narges Khatoun Akram (Corresponding author)

PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University, Semnan Branch, Semnan, Iran
Email narges.akram.1360@gmail.com

Nemat Sotodeh Asl

Associate Professor of Psychology, Semnan Branch, university of medical sciences, semnan, Iran

Raheb ghorbani

Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Semnan Branch, University of Medical Science, Semnan, Iran

Farhad Malek

Associate Professor of Internal Medicine, Kowsar Health Center, Semnan Branch, University of Medical Science, Semnan, Iran

نرگس خاتون اکرم (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
Email narges.akram.1360@gmail.com

نعمت ستوده اصل

دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه علوم پزشکی، ایران

راهب قربانی

استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، واحد سمنان، دانشگاه علوم پزشکی، ایران

فرهاد ملک

دانشیار گروه داخلی مرکز بهداشتی درمانی کوثر، واحد سمنان، دانشگاه علوم پزشکی، ایران.

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate the relationship between stressful events and the severity of symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease with the mediating role of personality traits.. **Method:** The present study was descriptive and structural equation modeling. The statistical population of this study included all patients with chronic obstructive pulmonary disease who referred to the health center of Kosar Hospital in Semnan for a period of 1 year from April to March 2017. A total of 205 people were selected by random sampling method and completed questionnaires of personality traits and stressful events. Finally, after data collection, the data were analyzed by Pearson correlation and structural equation modeling using SPSS_{v19} and LISREL_{v8.80} software. **Results:** The results showed that there was a positive and significant relationship between neurosis and stressful events with the severity of the disease, while other personality traits had a negative and significant relationship with the severity of the disease ($P < 0.01$). Stressful events had a positive and significant relationship with psychosis, while it had a negative and significant relationship with other personality traits ($P < 0.01$). The results also showed that the variable of stressful events due to personality traits has an indirect effect (0.37) and a significant effect on the severity of symptoms. **Conclusion:** The findings of this study indicate that the variables of personality traits and stressful events were related to the severity of symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease and had a direct and indirect effect on it. Therefore, experts' knowledge of these variables can help reduce the severity of symptoms in people with chronic obstructive pulmonary disease.

Keyword: Stressful Events, Severity of Symptoms, Personality Traits, Chronic Lung Obstruction.

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر رابطه رویدادهای استرس‌زا با شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه با نقش واسطه‌ای ویژگی‌های شخصیتی بود. روش: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه بوده که در بازه ۱ ساله از فروردین تا اسفند ۱۳۹۹ به مرکز بهداشتی درمانی بیمارستان کوثر شهرستان سمنان مراجعه کردند. تعداد ۲۰۵ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه‌های ویژگی‌های شخصیتی و رویدادهای استرس‌زا را تکمیل کردند. در نهایت پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به روش‌های همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزارهای SPSS_{v19} و LISREL_{v8.80} تحلیل شدند. یافته‌ها: یافته‌های نشان داد بین روان‌رنجوری و رویدادهای استرس‌زا با شدت بیماری رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد، این در حالی بود که سایر ویژگی‌های شخصیتی با شدت بیماری رابطه منفی و معنی‌داری داشتند ($P < 0.01$). رویدادهای استرس‌زا با روان‌رنجوری رابطه مثبت و معنی‌داری داشت، در حالی که با سایر ویژگی‌های شخصیتی رابطه منفی و معنی‌داری داشت ($P < 0.01$). همچنین نتایج نشان داد متغیر رویدادهای استرس‌زا به واسطه ویژگی‌های شخصیتی بر شدت علائم بیماری اثر غیر مستقیم (۰/۳۷) و معنی‌داری دارد. نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش بیانگر این است که متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و رویدادهای استرس‌زا با شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه رابطه داشته و اثر مستقیم و غیرمستقیمی بر آن داشتند. لذا آگاهی متخصصان از این متغیرها جهت کاهش شدت علائم بیماری در افراد مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه می‌تواند کمک‌کننده باشد.

کلمات کلیدی: رویدادهای استرس‌زا، شدت علائم بیماری، ویژگی‌های شخصیتی، انسداد مزمن ریه.

بیماری های مزمن بیماری های طولانی مدتی هستند که موجب تغییرات منفی در بدن می شوند و باعث محدود شدن کارکردهای فرد بیمار می شوند. بیماری های مزمن به طور معمول صعب العلاج بوده و دوره درمان و مراحل بهبود بیمار در این نوع بیماری معمولاً دشوار است. در برخی موارد این بیماری ها لا علاج بوده و برای درمان قطعی و مشخص آن هیچ کاری نمی توان کرد و بیمار مجبور است یک دوره بلند مدت یا تمام عمر خود را به تحمل بیماری یا عوارض ناشی از بیماری بپردازد. (بنی اسدی و همکاران، ۲۰۱۲). بیماری انسداد ریه ۱ که به صورت مزمن خود را نشان می دهد مجموعه ای از مشکلات فیزیولوژیک می باشد که در آن ها مسیر راه های هوایی مسدود شده و جریان هوا در نایژک ها با مشکل مواجه می شود. این بیماری با کاهش ظرفیت تنفسی به طور برگشت ناپذیر مشخص می شود که ناشی از پاسخ التهابی غیر طبیعی ریه ها به ذرات زیان آور، گازها و یا مصرف اپیوئیدها می باشد. (پورفخری و همکاران، ۱۳۹۷). این واژه هم در مورد آمفیزم و هم در مورد برونشیت مزمن به کار می رود. (گلد من و همکاران، ۲۰۰۴) معمول ترین عامل ایجاد انسداد مزمن ریه استعمال دخانیات است، البته عوامل دیگری همچون آلودگی هوا و وراثت نیز نقش کمتری در ایجاد آن دارند. با مسدود شدن مسیر راه های هوایی در بیماری انسداد مزمن ریوی فرد دچار هایپوکسی^۲ شده و توانایی استراحت و خوابیدن را از دست می دهد (پاتر، ۲۰۰۳). و این مساله سبب کاهش یا از دست دادن نقش های اجتماعی و خانوادگی و به تبع آن مشکلات اساسی مانند ترس، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، گوشه گیری، حساسیت بیش از حد و وابستگی به اطرافیان می شود که این مشکلات روانی به نوبه خود باعث کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می شود (تالی و همکاران، ۲۰۰۹). ذهن و جسم انسان دارای اثرات متقابل بر روی یکدیگرند. سیستم ایمنی انسان به طور نسبی تحت کنترل واکنش های فیزیولوژیک مغزی است که در پاسخ به احساسات و افکار روی می دهند. بنابراین به احتمال قوی یک ارتباط بیولوژیک میان احساسات و عواطف از یک سو و بیماری و یا حتی مرگ از سوی دیگر وجود دارد (فیضه، ۱۳۹۲).

وجود رویدادهای استرسزای محیطی یکی از عوامل موثر مهم در بیماری های جسمی مزمن است که در طولانی مدت به افراد وارد می شود. بنا بر تعریف، استرس^۳ یک پاسخ غیراختصاصی است که بدن به هر گونه فشاری که بر آن وارد می شود، می دهد. از نظر سلیبه محرک استرس زا اتفاقی است که توان و انعطاف پذیری ما برای کنار آمدن را به مبارزه می - طلبد (فینک^۴، ۲۰۱۶). پژوهشگران استرس را درجه سوخت و ساز جسم انسان در اثر فشارهای روانی زندگی تعریف می کنند. لازم به ذکر است کلمه استرس تنها برای تعریف روند این رویداد در بدن انسان استفاده نمی شود، بلکه محرک های فشارزا نیز با همین نام خوانده می شوند (شیخلی و پورحسین، ۲۰۲۰). هر عاملی که بتواند به شکلی واکنش استرس را در فرد برانگیزد عامل استرس زا^۵ نامیده می شود. کلیه اتفاقات کوچک و بزرگ که برای انسان می افتد، می - تواند برای فرد یا جامعه استرس ایجاد نماید و می توان نام عامل استرس زا را بر آن نهاد که از یک رویداد مثبت مانند قبولی در امتحان تا رویدادهای منفی مانند مرگ یکی از بستگان متغیر باشد. در تقسیم بندی دیگر عوامل استرس زا را می توان به رویدادهای حاد (مانند یک تصادف یا شنیدن خبر فوت) و یا کهنه (مانند ناسازگاری ها و جدال های

1. COPD

2. Hypoxy

3. Stress

4. Fink

5. Stressfull factor

زناشویی یا بیماری مزمن) باشد. ممکن است رویداد استرس‌زا عمومی (مانند زلزله، جنگ و بلایای طبیعی) یا فردی (مانند افت تحصیلی یا اخراج از محل کار) باشد. بنابراین می‌توان رویدادهای استرس‌زا را به صورت مثبت و منفی، خفیف تا فوق‌العاده شدید، حاد یا مزمن تا فردی یا جمعی دسته‌بندی کرد (سادوک، سادوک و رویز،^۱ ۲۰۱۵). عوامل استرس‌زا موجب تغییرات هیجانی در موجودات زنده می‌شود و سبب ترشح هورمون آدرنوکورتیکوتروپین^۲ و به تبع آن ترشح کورتیکوستروئیدها^۳ از آدرنال خواهند شد. دانشمندان دریافته‌اند که کورتیکوستروئیدها سبب کاهش فعالیت سیستم ایمنی بدن می‌شوند بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد آزاد شدن کورتیکوستروئیدها پس از اتفاقات استرس‌زای زندگی می‌تواند باعث ایجاد و تسریع روند وخامت انواع بیماری‌های جسمی شود (خوانساری،^۴ ۲۰۱۷). در پژوهشی با عنوان ارتباط بیماری انسداد مزمن ریه و رویدادهای استرس‌زای زندگی با سلامت روان و کیفیت زندگی که بر روی ۴۹۷ نفر از افراد ۶۵ سال به بالا صورت گرفت، نتایج نشان داد نمرات رویدادهای استرس‌زا در مبتلایان به انسداد مزمن ریه بیشتر از افراد سالم بود. آن‌ها نشان دادند رویدادهای استرس‌زا با علائم افسردگی بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تر در مبتلایان به بیماری انسداد مزمن ریه همراه است (لو و همکاران،^۵ ۲۰۱۲). برای رویارویی با رویدادهای فشارزای زندگی آگاهی از عوامل متعددی چون ویژگی‌های فردی بسیار مهم است. زیرا این ویژگی‌ها با این مسئله که یک فرد چگونه دنیا را مشاهده می‌کند و چگونه به عوامل و موقعیت‌های تنش‌زا پاسخ می‌دهد ارتباط نزدیکی دارد (صیادی، ۱۳۹۳).

پس یکی دیگر از عوامل موثر بر بیماری‌های جسمی مزمن را می‌توان ابعاد شخصیتی افراد دانست. ویژگی‌های شخصیتی را می‌توان به عنوان ابعاد تفاوت‌های فردی در قالب الگوهای پایدار تفکر، احساس و رفتار تعریف نمود (جوانویچ^۶ و همکاران، ۲۰۱۱). شخصیت هر فرد، اصلی‌ترین بعد و ساختار روانشناختی محسوب می‌شود و مجموعه رفتارهایی است که فردیت وی را تشکیل می‌دهد و او را از دیگران متمایز می‌کند (پچورسکا و کاسیل،^۷ ۲۰۲۰) و به شکل‌گیری سبک زندگی وی کمک می‌کند. از این رو به عنوان یک تعیین‌کننده مهم در سلامت جسمی و عاطفی انسان، به حساب می‌آید و در نحوه تعامل او با دیگران تاثیرگذار است (بابیک، سویجتیک و ماکان،^۸ ۲۰۱۵). از نظر آلپورت^۹ (۱۹۶۱) شخصیت سازماندهی پویای نظام‌های روانی فیزیولوژی درون فرد است که رفتار و افکارش را تعیین می‌کند (شولتز و مددوکس،^{۱۰} ۲۰۱۳). روانشناسان پس از چندین دهه تلاش، شخصیت را در پنج عامل بزرگ خلاصه کردند. این پنج عامل عبارت بودند از روان رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، دلبذیری و با وجدان بودن (ودل،^{۱۱} ۲۰۱۴). شواهد پژوهشی متعددی در خصوص ویژگی‌های شخصیتی و نقش آن‌ها در متغیرهای مختلف

^۱. Sadock, Sadock & Ruiz

^۲. Adrenocorticotropic

^۳. Corticosteroids

^۴. Khonsary

^۵. Lu

^۶. Jovanović

^۷. Piechurska

^۸. Bobić, Cvijetić & Macan

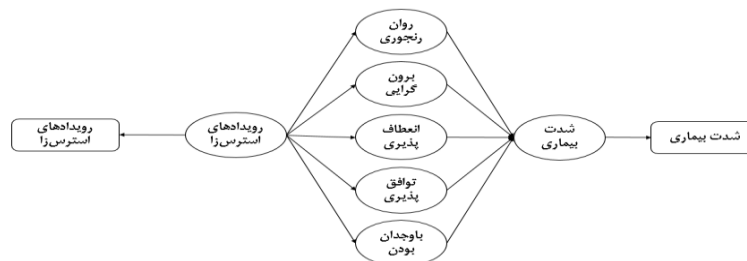
^۹. Allport

^{۱۰}. Schultz & Maddox

^{۱۱}. Vedel

بیان شده است. در پژوهش شواهد نشان داد بین ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجور، برون‌گرایی و توافق‌جویی با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار در افراد مبتلا به انسداد مزمن ریه ارتباط معنی‌داری وجود دارد. اما بین ویژگی شخصیتی گشودگی و باوجدان بودن با راهبردهای مقابله‌ای ارتباط معناداری یافت نشد. همچنین سبک هیجان‌مدار، روان‌رنجوری و توافق‌جویی قادر به پیش‌بینی ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه بود (اعتماددار و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهشی که در چین بر روی افراد مبتلا به انسداد مزمن ریه انجام شد، نتایج نشان داد پس از ابتلا ۱۸/۲ درصد از آن‌ها سیگار را ترک کردند. ۲۱/۷ درصد از آن‌ها پس از اطلاع از بیماری خود بیشتر ورزش کردند و ۳۴/۸ درصد آن‌ها رژیم غذایی با کیفیت بالاتر را انتخاب کردند. بیش از نیمی از افراد یک یا کمتر از یک رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور را ادامه دادند و تنها ۸/۳ درصد از بیماران حداقل سه رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور را رعایت کردند. ساکنان شهر میزان بالاتری از ترک سیگار را در مقابل افراد روستایی عنوان کردند (یان، وانگ و بو^۱، ۲۰۱۷).

با توجه به آنچه در فوق مطرح شد، شواهد پژوهشی حاکی از آن است که رویدادهای استرس‌زای زندگی می‌توانند باعث بیشتر شدن شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه شوند از این رو بررسی این متغیر در کنار ویژگی‌های شخصیتی موضوع این پژوهش است، لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا مدل رویدادهای استرس‌زا با شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه با نقش واسطه‌ای ویژگی‌های شخصیتی از برازش مطلوبی برخوردار است؟



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

در تحقیقی که ویگوروکس و همکاران (۲۰۱۷) با عنوان: ((عوامل محافظت‌کننده و عوامل خطرپنج ویژگی شخصیتی در فرسودگی والدین)) بر روی ۱۳۲۳ نفر از والدین ۲۰ تا ۷۵ ساله روسی انجام دادند مشخص شد که سه ویژگی شخصیتی با فرسودگی والدین ارتباط مستقیم دارد که عبارت بود از سطح بالای روان‌رنجور خویی، سطح پایین وجدان کاری و سطح پایین رضایت که همه این عوامل جزء عوامل خطر محسوب می‌شوند.

برنتسون و همکاران (۲۰۱۷) طی تحقیقی با عنوان: ((تاثیر حوادث استرس‌زای زندگی بر روی افسردگی بیماران دارای بیماری قلبی)) دریافتند وقایع استرس‌زای زندگی خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی را در افراد بخصوص افراد افسرده افزایش می‌دهد.

نیازی (۱۳۹۵) در تحقیقی با عنوان: ((مقایسه سبک‌های ابراز و مهار خشم و سطح اضطراب و ۵ عامل شخصیت در بیماران قلبی و افراد سالم)) که بر روی ۷۵ نفر از بیماران کرونر قلبی که در بخش جراحی بیمارستان مرکز قلب تهران بستری بودند انجام شد دریافت سبک‌های ابراز درونی و مهار خشم، اضطراب رگه‌ای و روان‌رنجور خویی در گروه بیماران بالاتر و فعال‌تر از گروه سالم بود.

¹ . Yan,Wang &Bo

در تحقیقی با عنوان: «ارتباط عوامل استرس زای زندگی با بروز سرطان در مراجعه کنندگان به بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر» که توسط فتوکیان و همکاران در سال ۱۳۹۵ انجام شد نشان داد که نتایج نشان داد که اختلاف معنی داری بین نمرات رویدادهای استرس زای زندگی در گروه مورد و شاهد وجود دارد و این بدان معنا بود که رویدادهای استرس زای زندگی به عنوان عوامل موثر و خطرناک در بروز انواع سرطان ها محسوب می شوند.

روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی به شیوه مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه بوده که در بازه ۱ ساله از فروردین تا اسفند ۱۳۹۹ به مرکز بهداشتی درمانی بیمارستان کوثر شهرستان سمنان مراجعه کردند. بر اساس اصول و قواعد نمونه‌گیری در مدل یابی معادلات ساختاری که در ادامه ارائه شده است، تعداد ۲۰۵ نفر نمونه برای این پژوهش در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر تصادفی بود. به این صورت که پس از شناسایی افراد دارای بیماری انسداد مزمن ریه، از بین افرادی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، تعداد نمونه لازم به صورت قرعه از بین آنها انتخاب شد. به اعتقاد پژوهش گران، حداقل حجم نمونه برای مدل یابی معادلات ساختاری ۱۰۰ تا ۱۵۰ نفر است اما برخی پژوهش‌ها تعداد بیشتری در حد ۲۰۰ نفر را پیشنهاد می‌کنند (کلین، ۲۰۱۵). بنابراین در این پژوهش تعداد ۲۰۵ نفر در نظر گرفته شده تا اطمینان لازم را در مورد توان آماری مطلوب و کفایت نمونه‌برداری فراهم کند.

ابزار

پرسشنامه رویدادهای استرس‌زا: این پرسشنامه توسط هولمز-راهه^۱ (۱۹۶۷) طراحی شده است. پرسشنامه دارای ۴۳ سؤال می‌باشد و به منظور نشان دادن تاثیر استرس ناشی از تغییرات عمده زندگی که عامل مشترک بین تمام انواع استرس‌هاست به کار برده می‌شود. این پرسشنامه رویدادهای خاصی از زندگی را روی یک مقیاس از صفر تا صد درجه بندی کردند و نمونه‌ای از جمعیت نامتجانس را هم بصورت گذشته‌نگر و هم آینده‌نگر تحت بررسی قرار دادند و بحران‌های اصلی زندگی مثل مرگ همسر و رویدادهای جزئی مانند رفتن به تعطیلات را بر اساس نمره، مرتب و منظم نمودند. مهمترین عوامل استرس‌زا این پرسشنامه عبارتند از فوت همسر، طلاق، جدایی از همسر، زندانی شدن و فوت یکی از اعضای خانواده. لازم به ذکر است که دامنه امتیاز از ۱۰۰ برای فوت همسر تا ۱۱ برای خلاف کارهای جزئی می‌باشد. نمرات این پرسشنامه در رنج ۱۱ تا ۶۰۰ قرار دارد که نمره گذاری آن به سه دسته احتمال کم (۱۱-۱۵۰) احتمال متوسط (۱۵۰-۳۰۰) و احتمال زیاد (۳۰۰-۶۰۰) تقسیم می‌شود. نمره گذاری هرگزینه به صورت پیش فرض با توجه به شدت رویداد استرس‌زا تدوین شده است و هر مورد در صورت دریافت پاسخ بله نمره مورد نظر را دریافت می‌کند. تدوین کنندگان ضریب پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند (نون، ۲۰۱۷). این پرسشنامه در ایران مورد استفاده قرار گرفته و میزان اعتبار آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند (صدری و نامجو، ۲۰۱۱).

1. Kline

2. stressfull events

3. Holmes-Rahe

4. Noone

۲- پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو^۱: این آزمون ۶۰ سؤال دارد که توسط کاستا و مک کری^۲ در سال ۱۹۹۲ طراحی و تدوین شده و ۵ عامل اصلی شخصیت شامل روان‌رنجوری^۳، برون‌گرایی^۴، انعطاف‌پذیری^۵، با وجدان‌بودن^۶ و توافق‌پذیری^۷ را در بر می‌گیرد و بر این اساس ارزیابی جامعی از شخصیت را ارائه می‌دهد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرتی (کاملاً مخالفم، مخالفم، بی تفاوت، موافقم و کاملاً موافقم) تنظیم شده است. پرسشنامه دارای سؤالات معکوس می‌باشد. نمرات این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد که نمره حاصل شده با توجه به مستقیم یا معکوس بودن سوال تفسیر می‌شود. هر ۱۲ سوال یک مولفه را سنجش می‌کنند. سؤالات ۱۱ و ۱۶ و ۲۱ و ۲۶ و ۳۱ و ۳۶ و ۴۱ و ۴۶ و ۵۱ و ۵۶ روان‌نژندی را نشان می‌دهند. سؤالات شماره ۲ و ۷ و ۱۲ و ۱۷ و ۲۲ و ۲۷ و ۳۲ و ۳۷ و ۴۲ و ۴۷ و ۵۲ و ۵۷ در مورد برون‌گرایی هستند. سؤالات ۳ و ۸ و ۱۳ و ۱۸ و ۲۳ و ۲۸ و ۳۳ و ۳۸ و ۴۳ و ۴۸ و ۵۳ و ۵۸ گشودگی به تجربه را بیان می‌کنند و سؤالات ۴ و ۹ و ۱۴ و ۱۹ و ۲۴ و ۲۹ و ۳۴ و ۳۹ و ۴۴ و ۴۹ و ۵۴ و ۵۹ توافق‌پذیری را نشان می‌دهند. نمرات در سه طیف نمره ۱۲ تا ۲۳، ۲۴ تا ۴۷ و ۴۸ تا ۶۰ بررسی و تفسیر می‌شوند. طیف اول نشان دهنده میزان کم خصوصیت، طیف دوم نشان دهنده میزان متوسط خصوصیت و طیف سوم نمایانگر شدت زیاد خصوصیت می‌باشد. برای مثال سوال من اصولاً شخص نگرانی نیستم نشان دهنده روان‌نژندی، سوال دوست دارم همیشه افراد زیادی دور و برم باشند نمایان گر برون‌گرایی، سوال دوست ندارم و قتم را با خیال پردازی تلف کنم نشان دهنده گشودگی به تجربه، سوال سعی میکنم در مقابل همه مودب باشم نشان گر با وجدان بودن و سوال وسایل متعلق به خود را تمیز و مرتب نگاه می‌دارم نشان گر وظیفه شناسی فرد می‌باشد. طراحان پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۸ (برای موافق بودن) تا ۰/۸۶ (برای روان‌رنجوری) را گزارش کرده‌اند (کاستا و مک کری، ۱۹۹۵). این پرسش نامه در ایران مورد رواسازی قرار گرفت و ضرایب آلفای کرونباخ در هر یک از عوامل اصلی روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی، موافق‌بودن و با وجدان‌بودن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد (فتحی آشتیانی، ۲۰۱۰). در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای روان‌رنجوری ۰/۷۳، برون‌گرایی ۰/۶۰، انعطاف‌پذیری ۰/۵۴، توافق‌پذیری ۰/۵۶ و برای با وجدان بودن ۰/۷۶ به دست آمد.

روش اجرا

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از تعیین تعداد نمونه و توزیع پرسشنامه‌ها در بین آن‌ها، جمع‌آوری اطلاعات از دو طریق صورت گرفت. نخست روش کتابخانه‌ای که اطلاعات با مطالعه کتاب‌ها، مجلات، مقالات و پایان‌نامه‌ها در دانشگاه‌های مختلف، مرکز اسناد و مدارک ایران و دیگر مراکز علمی گردآوری شد. دوم روش میدانی، با توجه به اینکه ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه بود، پژوهشگر به افراد نمونه داوطلب پرسشنامه‌ها را ارائه داد. پرسشنامه‌ها به صورت فردی و گروهی در بین افراد نمونه اجرا شد که برای تکمیل آن‌ها محدودیت زمانی لحاظ نشد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، اطلاعات جمع‌آوری شده و وارد نرم‌افزار شد. تمایل به همکاری در پژوهش، بازه سنی ۴۰ تا ۸۰ سال، ابتلا به بیماری انسداد مزمن ریه در ۲ سال اخیر، فقدان مشکلات روانی، زندگی در شهر و

1. neo personality test

2. Costa & McCrae

3. Neuroticism

4. Extroversion

5. Agreeableness

6. Conscientiousness

7. Openness experience

تحصیلات بالای دیپلم به عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش و تشخیص ابتلا به هرگونه بیماری روانی توسط متخصص روانشناسی و نداشتن هر کدام از ملاک‌های ورود به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند. برای توصیف اطلاعات پژوهش از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین نمره، کجی و کشیدگی) و برای تحلیل استنباطی داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با کمک نرم‌افزارهای لیزرل^۱ و اس پی اس اس^۲ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی متغیرهای پژوهش به تفصیل در جدول ذیل ارائه شده است.

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۱۲
	مرد	۹۳
تحصیلات	دیپلم و فوق دیپلم	۱۳۴
	لیسانس	۵۴
	ارشد و بالاتر	۱۷
تاهل	مجرد	۸
	متاهل	۱۶۴
	مطلقه	۱۳
	بیوه	۲۰
وضعیت اقتصادی	زیر ۱ میلیون	۱۰
	۱ تا ۳ میلیون	۱۰۰
	۳ تا ۶ میلیون	۸۱
	۶ تا ۱۰ میلیون	۱۱
	بالاتر از ۱۰ میلیون	۳

پس از بررسی یافته‌های جمعیت‌شناختی، در جدول زیر شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش (n=۲۰۵)

متغیرها	کمترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
روان‌رنجوری	۱۵	۶۰	۳۴/۴۰	۱۲/۱۵	۰/۱۵۴	۰/۷۸۷
برون‌گرایی	۱۵	۵۸	۳۹/۸۷	۹/۶۸	-۱/۰۸۹	-۰/۷۸۹
انعطاف‌پذیری	۱۵	۵۸	۳۸/۶۰	۱۰/۵۹	-۰/۴۲۹	-۰/۱۱۴

^۱ . LISREL v8.80

^۲ . SPSS v19

توافق پذیری	۱۵	۵۸	۴۰/۴۰	۱۰/۵۳	-۰/۳۰۱	-۰/۳۷۴
با وجدان بودن	۱۶	۵۹	۴۱/۷۳	۱۰/۱۴	-۰/۷۳۰	-۰/۳۲۵
رویدادهای استرس‌زا	۱۳۹	۴۰۷	۲۵۹/۲۹	۷۴/۲۴	-۰/۰۲۱	-۰/۹۸۷

همان گونه که در جدول فوق ارائه شده است، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همچنین در دو ستون دیگر جدول نتایج کجی و کشیدگی جهت نرمال بودن داده‌ها آمده است. همان گونه که مشاهده می‌شود شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای آشکار بین ۲- و ۲ قرار دارد که بیانگر عدم انحراف بیش از حد توزیع نمرات متغیرها از توزیع نرمال است و می‌توان گفت مفروضه نرمال بودن برای متغیرهای پژوهش برقرار بوده است (مایلز و شولین^۱، ۲۰۰۱).

پس از بررسی آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در ادامه به تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آماره‌های استنباطی پرداخته می‌شود، لذا قبل از انجام تحلیل‌های مربوطه، وضعیت کلی داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا وجود داده‌های خارج از محدوده بررسی و با مراجعه به اصل پرسش نامه‌ها اصلاحات لازم انجام شد. پس از آن داده‌های گزارش نشده مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد هیچ داده گزارش نشده‌ای وجود ندارد. همچنین داده‌های پرت با استفاده از نمودار جعبه‌ای^۲ مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد ۳ داده پرت وجود دارد که با میانگین داده‌ها جایگزین شد. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از نمرات کجی و کشیدگی واقع در جدول ۲ بررسی شد که نتایج حاکی از نرمال بودن داده‌ها بود. برای بررسی یافته‌های استنباطی پژوهش حاضر از دو روش همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج به تفکیک ارائه شده است.

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. روان رنجوری							
۲. برون‌گرایی	-۰/۴۲۳*						
۳. انعطاف‌پذیری	-۰/۵۴۷*	۰/۴۹۸*					
۴. توافق‌پذیری	-۰/۵۴۹*	۰/۴۵۷*	۰/۶۲۷*				
۵. با وجدان بودن	-۰/۵۸۶*	۰/۴۹۸*	۰/۶۲۱*	۰/۶۷۰*			
۶. رویدادهای استرس‌زا	۰/۵۲۳*	-۰/۴۰۵*	-۰/۳۸۵*	-۰/۴۲۹*	-۰/۳۸۹*		
۷. شدت بیماری	۰/۴۷۹*	-۰/۴۶۶*	-۰/۴۷۵*	-۰/۵۲۸*	-۰/۵۳۴*	۰/۶۶۵*	

* کلیه همبستگی‌ها در سطح $p < 0.01$ معنی‌دار هستند.

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود بین روان رنجوری و رویدادهای استرس‌زا با شدت بیماری رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد، این در حالی بود که سایر ویژگی‌های شخصیتی با شدت بیماری رابطه منفی و معنی‌داری داشته‌اند. از سویی روان رنجوری با رویدادهای استرس‌زا رابطه مثبت و معنی‌داری داشت، در حالی که سایر ویژگی‌های شخصیتی با رویدادهای استرس‌زا رابطه منفی و معنی‌داری داشتند. قابل ذکر است که کلیه همبستگی‌ها در سطح $P < 0.01$ معنی‌دار بوده‌اند. در ادامه یافته‌های مربوط به مدل یابی معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزار لیزرل آمده است.

¹ Miles & Shevlin

² Box Plot

برای برآورد مدل از روش بیشینه درست‌نمایی و شاخص‌های ریشه واریانس خطای تقریب^۱، ریشه استاندارد واریانس پس‌مانده^۲، شاخص برازندگی مقایسه‌ای^۳، شاخص برازش نرم‌شده^۴، شاخص نیکویی برازش^۵ و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده^۶ استفاده شد. برای شاخص‌های برازندگی برش‌های متعددی توسط متخصصان مطرح شده است. برای مثال، مقدار مساوی یا کمتر از ۰/۰۵ برای ریشه واریانس خطای تقریب، مقدار مساوی یا بالاتر از ۰/۹۶ برای شاخص برازندگی مقایسه‌ای و برازش نرم شده، مقدار مساوی یا کمتر از ۰/۰۷ برای ریشه استاندارد واریانس پس‌مانده، نشان‌دهنده برازندگی کافی مدل است (جورسکوگ و سوربوم^۷، ۲۰۰۳). از طرف دیگر پیشنهاد شده است که اگر شاخص‌های برازندگی مقایسه‌ای، نیکویی برازش و نیکویی برازش تعدیل شده بزرگ‌تر از ۰/۹ و شاخص‌های ریشه واریانس خطای تقریب و ریشه واریانس پس‌مانده کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد بر برازش بسیار مطلوب و کوچک‌تر از ۰/۱ بر برازش مطلوب دلالت دارد (برکلر^۸، ۱۹۹۰). فرض اصلی پژوهش مبنی بر برازش مدل با داده‌ها می‌باشد؛ یعنی اینکه تا چه حد یک مدل با داده‌های مربوطه سازگاری و توافق دارد. این برازش در واقع میزان نزدیکی ماتریس واریانس-کواریانس نمونه با ماتریس واریانس-کواریانس جامعه را نشان می‌دهد و از طریق روش‌های مختلف مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد. یکی از آماره‌های مورد استفاده برای بررسی برازش مدل آماره χ^2/df بوده که در نتیجه میزان $\chi^2/df=۴/۳۹۳$ بدست آمده است. در ادامه اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل برای مدل پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تأثیر غیر مستقیم رویدادهای استرس‌زا با میانجی‌گری پنج عامل شخصیت بر شدت علائم بیماری بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه

مسیرها		اثرات مستقیم		اثرات غیرمستقیم		اثرات کل	
به شدت علائم بیماری		اثر	میزان t	اثر	میزان t	اثر	میزان t
رویدادهای استرس‌زا		---	---	۰/۳۷	۵/۷۰	۰/۳۷	۵/۷۰
روان‌رنجوری		۰/۱۷	۲/۰۸	---	---	۰/۱۷	۲/۰۸
برون‌گرایی		-۰/۲۱	-۲/۸۷	---	---	-۰/۲۱	-۲/۸۷
انعطاف‌پذیری		-۰/۰۷	-۰/۷۹۰	---	---	-۰/۰۷	-۰/۷۹۰
توافق‌پذیری		-۰/۲۲	-۲/۴۸	---	---	-۰/۲۲	-۲/۴۸
با وجدان بودن		-۰/۲۰	-۲/۱۷	---	---	-۰/۲۰	-۲/۱۷

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود رویدادهای استرس‌زا اثر مستقیم و معنی‌داری بر همه ویژگی‌های شخصیتی داشت. میزان این اثر برای متغیر روان‌رنجوری مثبت و برای سایر ویژگی‌های شخصیتی منفی بود. افزون بر آن نتایج نشان داد که ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری بر شدت علائم بیماری، اثر مثبت، مستقیم و معنی‌داری دارد. اما

1. Root Mean Square Error of Approximation.

2. Standardized Root Mean Square Residual

3. Comparative Fit Index

4. Normed Fit Index

5. Goodness of Fit Index

6. Adjusted Goodness of Fit Index

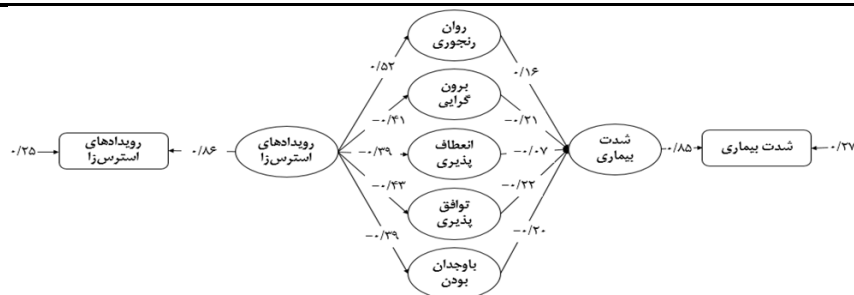
7. Joreskog&Sorbom

8. Berkler

سه ویژگی شخصیتی برون‌گرایی، توافق‌پذیری و باوجدان بودن با شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه اثر منفی، مستقیم و معنی‌داری داشتند. افزون بر آن نتایج نشان داد متغیر انعطاف‌پذیری اثر مستقیمی بر شدت علائم بیماری نداشت. از سوی دیگر نتایج نشان داد متغیر رویدادهای استرس‌زا به واسطه ویژگی‌های شخصیتی بر شدت علائم بیماری اثر غیر مستقیم و معنی‌داری دارد. میزان این اثر مثبت است، به این معنی که با افزایش ویژگی‌های شخصیتی در کنار رویدادهای استرس‌زا، شدت علائم بیماری بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه افزایش می‌یابد. ضریب این مسیر ۰/۳۷ و میزان t آن برابر با ۵/۷۰ بوده که بیشتر از $\pm ۱/۹۶$ است و در نتیجه این میزان معنی‌دار است. مدل پژوهش به شرح زیر می‌باشد. همانطور که در زیر مدل مشاهده می‌شود، مدل از شاخص‌های برازش مطلوبی برخوردار بود.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل نهایی پژوهش

مدل	*X ²	CFI	NFI	NNFI	IFI	RMSEA	GFI	AGFI
تک‌عاملی	۱۳/۱۸	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۰۷۷	۰/۹۳	۰/۹۱
مقدار قابل قبول	عدم معنی‌داری در سطح ۰/۰۱	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۹۰	الی ۰/۰۵	الی ۰/۹۰	الی ۰/۹۰



شکل ۱: مدل رابطه رویدادهای استرس‌زا با شدت علائم بیماری بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه با نقش میانجی‌گری پنج عامل شخصیت

بحث و نتیجه‌گیری

بیماری ریوی، یک بیماری التهابی مزمن مجرای هوایی، با تحریک‌پذیری بیش از حد و انسداد مجرای هوایی است. در بعضی افراد عوامل خطر وجود دارد که آن‌ها را نسبت به پیشرفت بیماری حساستر می‌کند. شواهد حاکی از آن است که سالانه بیش از سه میلیون نفر در دنیا در اثر ابتلا به این بیماری جان خود را از دست می‌دهند (کریسفورد، اسپیی و استاکلی^۱، ۲۰۱۸). از این رو پژوهش در حیطه بیماری انسداد مزمن ریه حائز اهمیت است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر رابطه رویدادهای استرس‌زا با شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه با نقش واسطه‌ای ویژگی‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه بود. بر اساس نتایج بدست آمده رویدادهای استرس‌زا رابطه معنی‌داری با ویژگی‌های شخصیتی داشت. میزان این رابطه برای ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری مثبت و برای سایر ویژگی‌های شخصیتی منفی بود. همچنین نتایج مدلیابی ساختاری نشان داد رویدادهای استرس‌زا اثر مستقیم، مثبت و معنی‌داری بر روان‌رنجوری دارد در حالی که بر سایر ویژگی‌های شخصیتی میزان اثر مستقیم منفی و معنی‌دار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (شیخلی و همکاران، ۲۰۲۰، فرجی، مقتدر و اسدی مجره، ۲۰۱۹) همسو بود. این مساله را می‌توان به این شکل تبیین کرد که برطبق نظریه سلیه واکنش بدن به فشار روانی به سه مرحله آگاهی، مقاومت

¹. Crisford, Sapey&Stockley

و فرسودگی تقسیم می شود و در نهایت این امر سبب تحلیل رفتگی فرد می شود. با توجه به این نظریه وقتی فرد دچار فشار روانی می شود و فشار از سمت این منبع استمرار می یابد مقاومت بدن در برابر منبع فشار از بین رفته و دچار افت می شود. بدن دچار فرسودگی شده و مقاومت بدن در برابر بیماری ها به خصوص بیماری های مزمن کاهش می یابد. به همین دلیل فرد دچار بیماری های روانی و به تبع آن بیماری های جسمی به خصوص بیماری های ریوی می شود. در پژوهشی که به بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در نوجوانان آسیایی با بیماری ریوی و سهم آنها در روان رنجوری و استرس درک شده، نشان داد که تشخیص بیماری ریوی و کنترل بیماری خفیف ریوی در نوجوانان با دستیابی آنها به توانایی های روانپزشکی و افزایش سلامت روان همراه است. اضطراب و استرس درک شده می تواند باعث بروز بیماری ریه در نوجوانان شود. به عبارت دیگر، بین روان رنجوری و استرس درک شده با بیماری ریوی رابطه معناداری وجود دارد (یانزیا^۱، ۲۰۱۴). وجود برخی صفات شخصیتی خاص در بیماران ریوی سبب می شود که میزان مصرف کورتیکواستروئیدها و متسع کننده های برونش و نیز مدت بستری شدن آنها بیشتر از مقداری باشد که از بررسی عملکرد ریوی آنها انتظار می رود. این صفات عبارتند از ترس شدید، بی ثباتی هیجانی، حساسیت به طرد و عدم استقامت و پایداری در وضعیت های دشوار (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵). به صورت کلی این عقیده وجود دارد که استرس عامل بسیار مهمی در تحریک یا کمک کردن به حمله های بیماری ریوی در بعضی افراد است. علائم اضطرابی در بیماران به عنوان یک پیش بینی کننده بسیار قوی در تشخیص نادرست بیماری ریوی در همان بیماران است. از سوی دیگر نتایج این پژوهش نشان داد بین ویژگی شخصیتی روان رنجوری با شدت بیماری انسداد مزمن ریه رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. این در حالی بود که سایر ویژگی های شخصیتی رابطه منفی و معنی داری با شدت علائم بیماری انسداد مزمن ریه داشتند. افزون بر آن نتایج این پژوهش نشان داد روان رنجوری اثر مثبت، مستقیم و معنی داری بر شدت علائم بیماری داشته، در حالی که ۳ ویژگی شخصیتی برون گرای، توافق پذیری و باوجدان بودن اثر منفی، مستقیم و معنی داری بر شدت علائم بیماری انسداد مزمن ریه داشتند. همچنین ویژگی شخصیتی انعطاف پذیری اثر منفی، مستقیم و معنی داری بر شدت علائم بیماری انسداد مزمن ریه داشته ولی این میزان معنی دار نبود. این یافته با نتایج پژوهش های پیشین (اعتماد دارو همکاران، ۲۰۱۹، یان و همکاران، ۲۰۱۷، فرجی و همکاران، ۲۰۱۹) همسو بود. در پژوهشی با عنوان رابطه ویژگی های شخصیتی (برون گرای و روان رنجوری) و حمایت اجتماعی با بهزیستی روان-شناختی زنان مبتلا به درد مزمن) که بر روی ۱۵۰ زن مبتلا به درد مزمن انجام شد، نتایج نشان داد بین برون گرای و حمایت اجتماعی با بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد و بین روان رنجوری و بهزیستی روان شناختی رابطه معکوس وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد متغیرهای روان رنجوری، برون گرای و حمایت اجتماعی در مجموع ۷۴ درصد تغییرات بهزیستی روان شناختی افراد دارای بیماری انسداد مزمن ریه را پیش بینی می کند (فرجی و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش دیگری که بر روی ویژگی های شخصیتی بیماران انسداد مزمن ریه مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر شهرستان فسا صورت گرفت، نتایج نشان داد بین ویژگی های شخصیتی روان رنجوری، برون گرای و توافق جویی و راهبردهای مقابله ای هیجان مدار در بیماران مبتلا به

^۱. Yanxia

انسداد مزمن ریه ارتباط معناداری وجود دارد. اما بین ویژگی شخصیتی گشودگی و باوجدان بودن با راهبردهای مقابله- ای این بیماران ارتباط معناداری یافت نشد (اعتماددار و همکاران، ۲۰۱۹). افزون بر آن نتایج این پژوهش نشان داد رویدادهای اسرسزای زندگی به واسطه ویژگی‌های شخصیتی اثر منفی، غیرمستقیم و معنی‌داری بر شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه داشت. این یافته با نتایج پژوهش (شیخلی و همکاران، ۲۰۲۰، کاراکاسنای و همکاران^۱، ۲۰۱۲ و لهرل و همکاران، ۲۰۰۲) همسو بود. میتوان گفت نمره روان رنجورخویی در این بیماران به شدت حملات، استرس ادراک شده و رفتارهای ناسازگارانه بستگی دارد. در تبیین این مساله می توان گفت چون با توجه به نظریه شناختی رفتاری این افراد تمایل بالایی به ادراک تجربه های منفی مانند غم، ترس، عصبانیت و نفرت دارند قادر به تطبیق خود با شرایط محیط و رویدادهای استرس زای زندگی نیستند. این افراد در مقابل رویدادهای استرس زا تحریک پذیر هستند و مهارت های سازگارانه ای که به محافظت آن ها در برابر پیامدهای منفی ناشی از استرس کمک می کند، مجهز نیستند. در پژوهشی با عنوان مروری بر رابطه بیماری ریوی و عامل روانشناختی استرس که انجام شد، نتایج نشان داد بیشتر مطالعات منتشر شده از یک ارتباط مثبت بین بیماری ریوی و تاثیر روانی استرس و اضطراب متعدد حمایت کردند. روش های مختلف زندگی، شرایط استرس آور، به عنوان عوامل مستعدکننده در بیماری های بیماری ریوی محسوب می شود (شیخلی و همکاران، ۲۰۲۰). بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری ریوی می گویند علائم آن ها با استرس بدتر می شود. شکی نیست که فاکتورهای روانشناختی می توانند از طریق مسیرهای رفلکس کولینرژیک القای انقباض برونش ایجاد کنند. در برخی موارد استرس شدید مانند عزاداری نیز کاهش علائم دیده شده است (کاراکاسنای و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین پژوهشگران نشان دادند که علائم اضطراب و استرس می تواند باعث ایجاد سیتوکین ها به عنوان محرک هایی شود که به نوبه خود منجر به التهاب نای می شود. به گونه ای که بین ۲۰ تا ۳۵ درصد از بیماران مبتلا به بیماری ریوی در طول دوره های پر استرس، دوره های وخیم تری از بیماری را پشت سر می گذارند (لهرل^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). در پژوهشی که بر روی آسم صورت گرفت نتایج نشان داد شدت، مدت زمان یا حتی ماهیت استرس با میزان اضافی می تواند سبب تنظیم سیستم های فیزیولوژیکی شامل ادراک عاطفی، مسیرهای نورواندوکرین و شبکه های ایمنی شود. تنظی شبکه های ایمنی منجر به عملکرد پایین ایمنی با افزایش آمادگی در برابر عفونت ها می شود. آن ها دریافتند که مدیریت استرس به عنوان یک هدف درمانی برای بیماران آسم تاثیر به سزایی دارد. رویکردهای آن شامل کاهش تماس با استرس در زمان ممکن یا کاهش اثرات معکوس تنش بیش از حد هستند، که می توانند جسمی (ورزش)، دارویی یا روانی باشند، مثل مداخله های شناختی، ذهن آگاهی یا ریلکسیشن مثل مدیتیشن و یوگا (مارشال^۳، ۲۰۱۹). در تبیین یافته های این پژوهش می توان گفت، اختلالات تنفسی می توانند آرامش روانی را بر هم زنند، مانند احساس وحشتی که بیمار دچار بیماری ریوی در حین انسداد شدید مجاری هوایی یا هیپوکسی بارز پیدا می کند. بطور اختصاصی با توجه به اینکه بیماری ریوی یک بیماری مزمن و حمله ای است که مشخصه آن باریک شدن گسترده درخت تراکتوبرونشیال می باشد. علائم آن شامل سرفه، خس خس، سفتی و فشار در سینه، تنگی نفس است. بروز علائم شبانه و وخیم تر شدن علائم در شب ها شایع است. با این حال تا ۳۰ درصد بیماران ریوی واجد ملاک های اختلال پانیک یا بازار هراسی هستند. ترس از تنگی نفس می تواند مستقیما حملات بیماری ریوی را شروع کند. سطوح

¹ . Karakatsani

² . Lehrer

³ . Marshall

بالای اضطراب با افزایش میزان بستری شدن و مرگ و میر مرتبط با بیماری ریوی ارتباط دارد. این عقیده وجود دارد که استرس عامل بسیار مهمی در تحریک یا کمک کردن به حمله اضطرابی در بیماران به عنوان های بیماری ریوی در بعضی افراد است. علائم اضطرابی در بیماران به عنوان یک پیش بینی کننده بسیار قوی در تشخیص نادرست بیماری ریوی در همان بیماران است همچنین پیشرفت های بهداشتی و پزشکی در سال های کنونی موجب افزایش عمر و امید به زندگی شده است. همچنین تغییر ایدولوژی بیماری ها، امروزه بررسی، پیشگیری و درمان بیماری های مزمن اهمیت زیادی پیدا کرده است.

منابع

- طالب زاده سیدمهدی، مرادیانس واهان، نقشین روزبه، حمیدزاد مریم. تعیین ارزش تشخیصی و کارائی شاخص اسپرومتری FCV3/FCV6 در تشخیص زودرس موارد بیماری انسداد مزمن ریه. پژوهش سلامت. ۱۳۹۷؛ ۴ (۲): ۸۱-۸۷
- محرری، فاطمه، رضایی طلب، فریبا، سجادی، سید علی رضا، سرجمعی، سهیل. (1392). مقایسه ی اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسم برونشیا، بیماری انسدادی مزمن ریوی و سل ریوی اصول بهداشت روانی 10.22038/jfmh.2013.1420, 82-90. doi: 10.22038/jfmh.2013.1420, 15(58),
- مجوی شیرازی، م.، و اعتماددار، ن.، و اسماعیلی، م.، و غلامپور، ی. (۱۳۹۸). بررسی رابطه میان ویژگی های شخصیتی و راهبردهای مقابله ای در پیش بینی الکسی تایمی بیماران انسدادی مزمن ریه مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر شهرستان فسا در سال ۹۵. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۳۹ (۳)، ۱۶۶۶-۱۶۶۶.
- شیخلی نگار، پور حسین رضا. مروری بر رابطه بیماری ریوی با فاکتور روانی استرس. رویش روان شناسی. ۱۳۹۹؛ ۹ (۵): ۱۶۳-۱۷۲
- فتحی آشتیانی، علی. آزمون های روانشناسی (ارزیابی شخصیت و سلامت روان). تهران: نشر بعثت ۱۳۸۹.
- فرجی الهام، مقتدر لیل، اسدی مجره، سامره. رابطه ویژگی های شخصیتی (برون گرایی- روان رنجوری) و حمایت اجتماعی با بهزیستی روان-شناختی زنان مبتلا به درد مزمن. بیهوشی و درد. ۱۳۹۷؛ ۹ (۴): ۲۹-۴۰
- Gaffney AW, Hawks L, Bor D, White AC, Woolhandler S, McCormick D & Himmelstein DU. National trends and disparities in health care access and coverage among adults with asthma and COPD: 1997-2018. *Chest* 2021; 159(6): 2173-2182.
- Lee AL, Hill CJ, McDonald CF, Holland AE. Pulmonary rehabilitation in individuals with non-cystic fibrosis bronchiectasis: a systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2017; 98(4): 774-782.
- Fink G. Stress: definition and history. *Stress science: neuroendocrinology* 2010; 3(9): 1-15.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Wolters Kluwer 2015.
- Khonsary SA. *Guyton and Hall: textbook of medical physiology. Surgical neurology international* 2017; 8.
- Lu Y, Nyunt MSZ, Gwee X, Feng L, Feng L, Kua EH, ... & Ng TP. Life event stress and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): associations with mental well-being and quality of life in a population-based study. *BMJ open* 2012; 2(6): 1-6.
- Jovanović D, Lipovac K, Stanojević P, Stanojević D. The effects of personality traits on driving-related anger and aggressive behaviour in traffic among Serbian drivers. *Transportation research part F: traffic psychology and behavior* 2011; 14(1): 43-53.
- Piechurska-Kuciel E. Personality: Definitions, approaches and theories. In *The Big Five in SLA* (pp. 1-25). Springer, Cham 2020.
- Bobić J, Cvijetić S, Macan J. Personality and self-perception of physical and emotional health among first-year university students. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja* 2015; 24(2): 219-237.

- Schultz JR, Maddox KB. Shooting the messenger to spite the message? Exploring reactions to claims of racial bias. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2013; 39(3): 346-358.
- Vedel A. The Big Five and tertiary academic performance: A systematic review and meta-analysis. *Personality and Individual Differences* 2014; 71: 66-76.
- Yan R, Wang Y, Bo J, Li W. Healthy lifestyle behaviors among individuals with chronic obstructive pulmonary disease in urban and rural communities in China: a large community-based epidemiological study. *Inter J of chronic obstructive pulmonary disease* 2017; 12: 3311-3320.
- Kline P. *Personality (Psychology Revivals): Measurement and Theory*. Routledge 2015.
- Noone PA. The Holmes–Rahe Stress Inventory. *Occupational Medicine* 2017; 67(7): 581-582.
- Costa PT & McCrae RR. *Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the Revised Fathi Ashteyani A. Psychological Tests (Personality assessment and mental health)*. Tehran: Besat Publication 2010.
- Miles J & Shevlin M. *Applying regression and correlation: A guide for students and researchers*. Sage. 2001.
- Joreskog KG & Sorbom D. *LISREL 8: User's Reference Guide*. Chicago: Scientific Software Inc. 2003.
- Berkler SJ. Applications of covariance structure modeling in psychology: cause for concern. *Psychological Bull.* 1990; 107: 260-73.
- Crisford H, Sapey E, Stockley RA. Proteinase 3; a potential target in chronic obstructive pulmonary disease and other chronic inflammatory diseases. *Respiratory research*. 2018; 19(1): 1-10.
- Yanxia L. (2014). Stress and Obstructive Airway Diseases: Association and the Mediating Role of Neuropeptide Y. *NEO Personality Inventory. Journal of personality assessment*. 1995; 64(1): 21-50.
- Karakatsani A, Analitis A, Perifanou D, Ayres JG, Harrison RM, Kotronarou A, ... & Katsouyanni K. Particulate matter air pollution and respiratory symptoms in individuals having either asthma or chronic obstructive pulmonary disease: a European multicenter panel study. *Environmental Health* 2012; 11(1): 1-16.
- Lehrer P, Feldman J, Giardino N, Song HS, Schmaling K. Psychological aspects of asthma. *Journal of consulting and clinical psychology* 2002; 70(3): 691-702.
- Marshall GD. Psychological stress, immunity, and asthma: Developing a paradigm for effective therapy and prevention. *Current Opinion in Behavioral Sciences* 2019; 28: 14-19.