

Handwritten text in a light, cursive script, possibly a signature or a title, located at the top of the page.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۱۳۹۹ - ۲۰۲۰



دانشگاه اصفهان

دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی

گروه روان شناسی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی روان شناسی بالینی

اثر بخشی مداخله‌ی مدیریت استرس شناختی - رفتاری بر کاهش علائم افسردگی،

اضطراب، استرس و بهبود وضعیت سلامت بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

استادان راهنما:

دکتر کریم عسگری

دکتر مهرداد کلانتری

۱۳۸۸ / ۲ / ۶

استادان مشاور:

دکتر منصور ثالثی

دکتر حمید رضا عریضی سامانی

گروه اعصاب و روان مرکز علمی ایزد
شمس‌الارکان

پژوهشگر:

سولماز جوکار

مهرماه ۱۳۸۸

۱۳۴۷۹۱

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و
نوآوری‌های ناشی از تحقق موضوع این پایان‌نامه متعلق
به دانشگاه اصفهان می‌باشد.



دانشگاه اصفهان

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

گروه روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی خانم سولماز

جوکار تحت عنوان

اثر بخشی مداخله ی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش علائم

افسردگی، اضطراب، استرس و بهبود وضعیت سلامت بیماران مبتلا به آرتریت

روماتوئید

در تاریخ ۸۸/۷/۲۵ توسط هیئت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

۱- استادان راهنمای پایان نامه آقای دکتر کریم عسگری با مرتبه علمی استادیار

آقای دکتر مهرداد کلانتری با مرتبه علمی دانشیار

۲- استادان مشاور پایان نامه آقای دکتر منصور تالشی با مرتبه علمی استادیار

آقای دکتر حمیدرضا عریضی ساسانی با مرتبه علمی استادیار

۳- استاد داور داخل گروه آقای دکتر حمید طاهر نشاط دوست با مرتبه علمی دانشیار

۴- استاد داور خارج از گروه خانم دکتر ایران باغبان با مرتبه علمی استادیار

امضاء
امضاء
امضاء
امضاء
امضاء
امضاء

امضاء مدیر گروه

تقدیم به

دوست مہربانم، موتا دھقانی

چکیده

آرتریت روماتوئید (RA) یک بیماری خود ایمنی مزمن است که بالاترین میزان شیوع را در میان بیماریهای التهابی روماتیسمی دارد و اغلب یک جریان درد و ناتوانی پیش رونده را به دنبال دارد. بیماران مبتلا به RA پریشانی روانشناختی بیشتری را در مقایسه با افراد سالم تجربه می کنند به طوریکه ۲ تا ۳ بار بیشتر از جمعیت عمومی دچار افسردگی می شوند و تقریباً ۲۰٪ این بیماران دچار اضطراب شدید هستند. سیر غیر قابل پیش بینی همراه با عود و بهبود های مکرر و مفاصل آسیب دیده، به کاهش خود بسندگی، وابستگی در انجام فعالیت های روزانه، و کاهش توانایی کار منجر می شود. علاوه بر عوامل جسمانی که بیشترین تاثیر را در وضعیت سلامت این بیماران دارند، تغییرات روانشناختی همچون احساس بی پناهی، ناامیدی و افسردگی نیز نقش مهمی در این زمینه ایفا می کنند. هدف این پژوهش ارزیابی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس (CBSM) در کاهش علائم اضطراب و افسردگی و بهبود وضعیت سلامت در بیماران مبتلا به RA بود. روش: تعداد ۲۴ نفر از بیماران که بر مبنای پرسشنامه ی افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) دارای علائم اضطراب و افسردگی بودند به طور تصادفی به دو گروه گواه ($n=12$) و آزمایش ($n=12$) تقسیم شدند که بعد از ریزش تعداد نمونه به ۸ نفر در هر گروه کاهش یافت. گروه آزمایش به مدت ۱۰ هفته در جلسات گروهی مدیریت استرس شرکت کردند و کتابچه هایی به آنها داده شد که حاوی تکالیف خانگی در این زمینه بود. گروه گواه مدخله ای دریافت نکرد. پرسشنامه ی DASS و فرم کوتاه مقیاس اندازه گیری تاثیر آرتریت - ویرایش ۲ (AIMS2-SF) به عنوان پیش آزمون، پس آزمون و در دوره ی پیگیری یکماهه در هر دو گروه به کار برده شد. یافته ها: تحلیل ها نشان داد که در دو مرحله ی پس آزمون و پیگیری میانگین نمرات اضطراب و افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری ($P<0/0001$) کاهش پیدا کرده است و همچنین بهبودی معناداری ($P<0/0001$) و ($P<0/05$) در زیر مقیاس های وضعیت سلامت گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه مشاهده شد. نتیجه گیری: مدیریت استرس به شیوه ی شناختی- رفتاری می تواند به عنوان یک درمان الحاقی در کنار درمان های استاندارد RA، در زمینه ی کاهش اضطراب و افسردگی در این بیماران موثر واقع شود.

کلیدواژه ها: افسردگی، اضطراب، آرتریت روماتوئید، وضعیت سلامت، مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات پژوهش

۲	۱-۱ مقدمه و بیان مساله پژوهشی.....
۶	۲-۱ اهمیت و ارزش پژوهش.....
۹	۳-۱ اهداف پژوهش.....
۹	۱-۳-۱ هدف کلی.....
۹	۲-۳-۱ اهداف فرعی.....
۹	۴-۱ فرضیه‌های پژوهش.....
۹	۱-۴-۱ فرضیه‌های اصلی.....
۱۰	۲-۴-۱ فرضیه‌های فرعی.....
۱۰	۵-۱ متغیرهای پژوهش.....
۱۰	۶-۱ تعریف اصطلاحات و مفاهیم.....
۱۰	۱-۶-۱ تعاریف نظری (مفهومی).....
۱۲	۲-۶-۱ تعاریف عملیاتی.....

فصل دوم: پیشینه پژوهش

۱۴	۱-۲ تعریف آرتریت روماتوئید.....
۱۵	۱-۱-۲ سبب شناسی و پاتوفیزیولوژی.....
۱۵	۲-۱-۲ عوامل خطر ساز.....
۱۵	۳-۱-۲ تظاهر تبییک.....
۱۷	۲-۲ عوامل روانشناختی و استرس در آرتریت روماتوئید.....
۱۸	۱-۲-۲ استرس در آرتریت روماتوئید.....
۱۹	۲-۲-۲ استرس به عنوان عامل خطر ساز در بیماری زایی آرتریت روماتیسمی.....
۲۱	۳-۲-۲ سیستم پاسخ استرس در بیماران مبتلا به RA.....
۲۲	۴-۲-۲ پاسخ‌های ایمنی و استرس در RA.....
۲۳	۵-۲-۲ استرس و RA: عوامل محیطی.....

عنوان	صفحه
۶-۲-۲ استرس و RA: رویکردهای روانشناختی.....	۲۴
۷-۲-۲ مطالعات یکپارچه در مورد استرس و RA.....	۲۵
۳-۲ افسردگی و اضطراب در آرتریت روماتوئید.....	۲۷
۱-۳-۲ ارتباط اختلالات اضطراب و افسردگی بر روی نشانه‌های بیماری آرتریت.....	۲۸
۲-۳-۲ ارتباط برانگیختگی ایمنی و افسردگی در آرتریت روماتوئید.....	۳۲
۳-۳-۲ ارتباط افسردگی و آرتریت روماتوئید.....	۳۴
۴-۳-۲ تاریخچه‌ی افسردگی، استرس و درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید.....	۳۵
۵-۳-۲ تاثیر بهبود مراقبت از افسردگی بر درد و پیامدهای عملکردی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید.....	۳۸
۴-۲ مقابله و آرتریت روماتوئید.....	۳۹
۱-۴-۲ برنامه‌های شناختی-رفتاری.....	۴۰
۲-۴-۲ رویکردهای پسیکو فیزیولوژیکی.....	۴۰
۳-۴-۲ کاهش استرس و عملکردهای ایمنی شناختی.....	۴۱
۵-۲ پژوهش‌های انجام گرفته در خارج از کشور.....	۴۳
۶-۲ پژوهش‌های انجام گرفته در داخل کشور.....	۴۳

فصل سوم: روش تحقیق

۱-۳ مقدمه.....	۵۰
۲-۳ طرح کلی پژوهش.....	۵۰
۳-۳ متغیرهای پژوهش.....	۵۱
۱-۳-۳ متغیرهای مستقل.....	۵۱
۲-۳-۳ متغیرهای وابسته.....	۵۱
۳-۳-۳ متغیرهای همگام.....	۵۱
۴-۳ جامعه‌ی آماری.....	۵۱
۵-۳ حجم نمونه و روش نمونه‌گیری.....	۵۱
۶-۳ ابزار پژوهش.....	۵۲
۱-۶-۳ مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42).....	۵۲
۲-۶-۳ مقیاس اندازه‌گیری تاثیر آرتریت ۲- فرم کوتاه (AIMS2-SF).....	۵۵

عنوان	صفحه
۷-۳ شیوه‌ی اجرای پژوهش.....	۵۷
۸-۳ روش‌های تجزیه و تحلیل آماری.....	۶۶

فصل چهارم: نتایج پژوهش

۱-۴ مقدمه.....	۶۷
۲-۴ یافته‌های توصیفی.....	۶۸
۳-۴ بررسی پیش‌فرض‌های آماری.....	۷۶
۱-۳-۴ پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات.....	۷۶
۲-۳-۴ پیش‌فرض برابری واریانس‌ها.....	۷۸
۴-۴ بررسی استنباطی داده‌ها.....	۷۹
۱-۴-۴ فرضیه‌های اصلی.....	۷۹
۲-۴-۴ فرضیه‌های فرعی.....	۸۱

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۱-۵ مقدمه.....	۸۸
۲-۵ بحث در یافته‌های پژوهش.....	۸۸
۱-۲-۵ فرضیه‌های پژوهش.....	۸۸
۳-۵ محدودیت‌های پژوهش.....	۹۷
۴-۵ پیشنهادات پژوهشی و کاربرد.....	۹۸
منابع و ماخذ.....	۱۰۱

فهرست شکل ها

صفحه	عنوان
۶۴.....	شکل ۱-۳: الگوی مدیریت استرس شناختی- رفتاری.....
۶۵.....	شکل ۲-۳: مدیریت استرس و پیشرفت بیماری.....
۶۹.....	شکل ۱-۴: مقایسه‌ی میانگین نمرات افسردگی دو گروه در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....
۶۹.....	شکل ۲-۴: مقایسه‌ی میانگین نمرات اضطراب دو گروه در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....
۷۰.....	شکل ۳-۴: مقایسه‌ی میانگین نمرات استرس دو گروه در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....
۷۲.....	شکل ۴-۴: مقایسه‌ی میانگین نمرات زیر مقیاس وضعیت جسمی دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....
۷۳.....	شکل ۵-۴: مقایسه‌ی میانگین نمرات زیر مقیاس نشانگان دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....
۷۳.....	شکل ۶-۴: مقایسه‌ی میانگین نمرات زیر مقیاس عواطف دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....
۷۴.....	شکل ۷-۴: مقایسه‌ی میانگین نمرات زیر مقیاس روابط اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....
۷۴.....	شکل ۸-۴: مقایسه‌ی میانگین نمرات زیر مقیاس کار دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....
۷۵.....	شکل ۹-۴: مقایسه‌ی میانگین نمرات زیر مقیاس سلامت روان دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۱۷	جدول شماره ۱-۲ ملاک‌های تجدید نظر شده‌ی انجمن روماتولوژی آمریکا برای تشخیص آرتريت روماتوئيد.....
۵۰	جدول ۱-۳: طرح کلی پژوهش.....
۵۴	جدول شماره (۲-۳) طبقه‌بندی‌های شدت DASS.....
۵۶	جدول شماره (۳-۳) نمره‌گذاری AIMS2.....
۶۳	جدول ۴-۳ اهداف، راهبردها و تکنیک‌های مداخله‌ی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری.....
۶۷	جدول ۱-۴: توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه آزمایش و کنترل.....
۶۸	جدول ۲-۴: مشخصه‌های توصیفی متغیرهای وابسته به تفکیک گروه و دفعات آزمون.....
۷۱	جدول ۳-۴: مشخصه‌های توصیفی متغیرهای وضعیت سلامت به تفکیک گروه و دفعات آزمون.....
۷۵	جدول ۴-۴: ضرایب همبستگی ویژگیهای جمعیت‌شناختی و نمرات افسردگی، اضطراب، و استرس.....
۷۶	جدول ۵-۴: ضرایب همبستگی ویژگیهای جمعیت‌شناختی و نمرات زیر مقیاس‌های وضعیت سلامت.....
۷۷	جدول ۶-۴: نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون اضطراب، افسردگی و استرس.....
۷۷	جدول ۷-۴: نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون زیر مقیاس‌های وضعیت سلامت.....
۷۸	جدول (۸-۴) : نتایج آزمون لوین در بررسی تساوی واریانس نمرات پس‌آزمون و پیگیری افسردگی، اضطراب، استرس گروه آزمایش و گروه گواه.....
۷۸	جدول (۹-۴) : نتایج آزمون لوین در بررسی تساوی واریانس نمرات پس‌آزمون و پیگیری وضعیت سلامت گروه آزمایش و گروه گواه.....
۷۹	جدول ۱۰-۴: نتایج کلی تأثیر عضویت گروهی بر میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری افسردگی، اضطراب و استرس.....
۸۰	جدول ۱۱-۴: نتایج کلی تأثیر عضویت گروهی بر میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری زیر مقیاس‌های وضعیت سلامت.....
۸۱	جدول ۱۲-۴: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت بین گروه‌ها روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری افسردگی.....
۸۲	جدول ۱۳-۴: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت بین گروه‌ها روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری اضطراب.....
۸۳	جدول ۱۴- ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت بین گروه‌ها روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری استرس.....

جدول ۴-۱۵: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت بین گروه‌ها روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری وضعیت جسمی	۸۴
جدول ۴-۱۶: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت بین گروه‌ها روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری نشانگان	۸۵
جدول ۴-۱۷: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت بین گروه‌ها روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری عواطف	۸۵
جدول ۴-۱۸: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت بین گروه‌ها روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری روابط اجتماعی	۸۶
جدول ۴-۱۹: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت بین گروه‌ها روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری کار	۸۷

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه و بیان مساله پژوهشی

آرتریت روماتوئید^۱ (RA) شایع‌ترین بیماری التهاب مفصلی مزمن است که ۱٪ تا ۵٪ جمعیت را تحت تاثیر قرار می‌دهد (شیهی^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). آرتریت روماتوئید یک بیماری سیستمیک است که موجب افزایش رطوبت مفصلی و تخریب غضروف و استخوان میشود. این بیماری که تقریباً همیشه چند علتی است، هم مفاصل بزرگ و هم مفاصل کوچک را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به علت التهاب نظام‌مدار، RA با خستگی، کسالت و افسردگی مشخص می‌شود. ناتوانی در نتیجه‌ی درد و تخریب مفصلی رخ میدهد (فایراشتاین^۳، ۲۰۰۳). آرتریت با مداخلات پزشکی و رفتاری نه قابل اجتناب است و نه قابل درمان. آرتریت می‌تواند یک بیماری غیر قابل اجتناب با دوره‌هایی از عود و بهبود خود به خودی نشانه‌های بیماری باشد و اغلب سیر نا مشخصی دارد (ترنر^۴ و همکاران، ۲۰۰۲)، به همین دلیل است که واینر^۵ (۱۹۷۵، ص. ۹۰، به نقل از ترنر و همکاران، ۲۰۰۲) بیماران مبتلا به آرتریت را به عنوان افرادی اسیر تردید معرفی می‌کند که به دوره‌های گسترده‌تر بهبود امیدوارند در حالیکه نسبت به احتمال پسرفت و بدتر شدن علائم بیماری نیز آگاهی دارند. تشخیص RA برای فرد دارای معانی ضمنی جسمی،

1 -Rheumatoid Arthritis

2 -Sheehy

3-Firestien

4 -Turner

5 -Weiner

روانشناختی و اجتماعی - اقتصادی است. از منظر روانشناختی افراد مبتلا به RA دچار ترس از درد بلند مدت، خشکی و خستگی هستند. بسیاری از آنها نگران تغییر شکل های مفصلی به خصوص در ناحیه ی دست ها هستند. آنها نگران از دست دادن عملکرد، نا توانی شغلی و تاثیرات احتمالی اجتماعی - اقتصادی ناشی از بیماری هستند. مسمومیت بالقوه ی ناشی از درمان بلند مدت با داروها نیز یک نگرانی عمده است (شیهی و همکاران، ۲۰۰۶) بررسی ها نشان می دهد که RA با مشکلات روانشناختی، به خصوص افسردگی در ارتباط است و برآورد محافظه کارانه ی شیوع ۱۳ تا ۲۰٪ افسردگی در بیماران مبتلا به RA گزارش شده است (دیکنز^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). این برآوردها همپوشی بین علائم افسردگی و آرتريت را کنترل کرده اند. در بیماران مبتلا به RA، اختلال افسردگی ۲ تا ۳ بار بیشتر از جمعیت عمومی اتفاق می افتد (پیچینی^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین هاوولی و ولفه^۳ (۱۹۸۸) بیان میکنند که اضطراب در بیماران مبتلا به RA معمول است و تقریباً ۲۰٪ افراد مبتلا به RA به میزان معناداری اضطراب دارند (وندیک^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). در واقع افسردگی و اضطراب معمولاً در یک بیماری به طور همزمان وجود دارند به طوریکه اغلب به عنوان یک اختلال منفرد در نظر گرفته میشوند (بلزر و شنیر^۵، ۲۰۰۴). افسردگی و RA همایند، به طور نا موزونی بسیاری از پیامدها را وخیم تر می کنند. افسردگی با سطوح افزایش یافته ی درد در ارتباط است (دیکنز و همکاران، ۲۰۰۲) و به احتمال زیاد این ارتباط دوطرفه است (ناگیوا^۶ و همکاران، ۲۰۰۵). لوو، وایاند، و ایچ^۷ (۲۰۰۴) نشان دادند که افسردگی و RA همایند، به طور مستقل ناتوانی شغلی را در بیماران مبتلا به RA افزایش می دهد. انجتال^۸ (۲۰۰۵) در مطالعه ای نشان داد که افسردگی، یک عامل خطر ساز مستقل برای مرگ (غیر از خودکشی) در بیماران مبتلا به RA می باشد. در این مطالعه، گروهی که در دوره ی ابتدایی ۴ ساله دچار افسردگی پایدار یا راجعه بودند، نسبت به گروه بدون افسردگی در دوره ی پیگیری ۱۸ ساله میزان مرگ بالاتری داشتند. همچنین، تریهارن^۹ و دیگران (۲۰۰۰) دریافتند که ۱۱٪ بیماران بیمارستانی RA در یک زمان فکر خودکشی داشته اند و ۳۰٪ بیمارانی که دچار افسردگی بودند، افکار خودکشی را گزارش کردند. تاثیر منفی علائم افسردگی بروی وضعیت سلامت افرادی که دچار عوارض پزشکی مزمن هستند، قبلاً گزارش شده است و نویسندگان نتیجه گرفته اند که اختلال مرتبط با اختلالات افسردگی و بیماری مزمن همایند

1 -Dickens

2- Piccinni

3 -Hawley & wolfe

4-Vandyke

5 -Belzer & Schneier

6 -Nagyova

7 -lowe, Willand, and Eich

8 -Angetal

9 -Treharne

مثل آرتریت روماتوئیدمضعف است (ولز و استوارت^۱، ۱۹۸۹). علائم افسردگی حتی در غیاب اختلال افسردگی عمده، در بار رنجی که بیماران RA با آن مواجه هستند دخیل است و با روش ادراک و مقابله‌ی آنها نه تنها با بیماری جسمی بلکه با روماتولوژیست و کارمندان عمومی تعامل دارد (پیچینی و همکاران، ۲۰۰۵). مطالعات قبلی با مقایسه‌ی بین پرسشنامه‌های بدون ساختار که به ارزیابی علائم افسردگی می‌پردازند و مصاحبه‌های استاندارد ارزیابی در مورد بیماران مبتلا به RA، نشان می‌دهند که علائم افسردگی زیر آستانه‌ای بیشتر و مکررتر از تشخیص افسردگی (DSM IV) می‌باشد (پیچینی و همکاران، ۲۰۰۵). علائم افسردگی زیر آستانه‌ای منجر به ناتوانی بیشتر، از بین رفتن روزهای کاری بیشتر و استفاده‌ی بیشتر از خدمات برای مشکلات سلامت روانی، خود ارزیابی ضعیف‌تر از سلامت هیجانی، و تلاش‌های خودکشی بیشتر نسبت به بیماران فاقد نشانگان افسردگی می‌شود (شربورن^۲ و همکاران، ۱۹۹۴). این حقیقت که درد و افسردگی مشکلات معناداری برای افراد دچار RA هستند و اینکه شیوع افسردگی در نمونه‌های RA در مقایسه با جمعیت عمومی بالاتر است با توجه به طبیعت بالقوه ناتوان‌کننده‌ی RA به راحتی قابل فهم است با این حال بحث گسترده‌ای در ادبیات مربوط به عوامل ایجادکننده‌ی علائم افسردگی در بیماران RA وجود دارد و به نظر می‌رسد فعالیت بیماری به تنهایی با پایایی نشانگان افسردگی برابری نمی‌کند؛ به این معنی که بسیاری از افراد دچار سطوح بالای درد و ناتوانی، نشانگان افسردگی را گزارش نمی‌کنند (دیکنز و همکاران، ۲۰۰۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند که افسردگی بیشتر با متغیرهای روانشناختی مثل استرس اجتماعی و فقدان حمایت اجتماعی، استرس روزانه، و نگرش در مورد بیماری ارتباط دارد (راهی^۳ و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین عواملی چون جنسیت زن، سن پایین تشخیص (رامجیت^۴ و همکاران، ۲۰۰۵)، ویژگی‌های شخصیتی چون عزت نفس پایین، بی‌پناهی و مقابله‌ی اجتنابی (کورتیس^۵ و همکاران، ۲۰۰۵) و تطابق ضعیف با تشخیص بیماری (گروور^۶ و همکاران، ۲۰۰۴) در بروز علائم افسردگی دخیل شناخته شده‌اند. در مطالعه‌ای کویک^۷ و دیگران (۲۰۰۶) به بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت پرداختند و نتایج مطالعه‌ی آنها نشان داد که بیماران افسرده، استرس بیشتر، اعتماد به نفس کمتر و اعتقاد به کنترل‌ناپذیری بر درد، تاثیر پذیری ادراکی^۸ بیشتر در رابطه با RA و روش‌های مقابله‌ی منفعل‌تری نسبت به گروه غیر

1 -Wellse & Stewart

2 - Sherbourne

3 -Rhee

4 -Ramjeet

5 -Curtise

6 -Groarke

7 -Covic

8 -Perceived impact of RA

افسرده داشتند. استرس که یکی از دو پیش بین مهم افسردگی است به طور معمول با افسردگی در ارتباط است (وندیک و همکاران، ۲۰۰۴) و اعتقاد بر این است که پیش آیند افسردگی است (کویک^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین نقش مقابله‌ی منفعل، به طور خاص به عنوان یک عامل مضر بروی پیامدهای ذهنی و جسمی مشخص شده است که ممکن است فواید مقابله‌ی فعال را پررنگ‌تر کند (کویک و همکاران، ۲۰۰۵). مقابله‌ی منفعل، با احساس درماندگی و بی‌پناهی ارتباط نزدیک دارد و به عنوان عامل واسطه‌ای بین ناتوانی جسمی، تطابق ناسازگارانه و افسردگی عمل می‌کند (مورفی^۲ و همکاران، ۱۹۹۹). مطالعاتی که بیانگر فقدان ارتباط بین فعالیت بیماری و افسردگی هستند به این نکته اشاره دارند که کاهش فعالیت بیماری ضرورتاً منجر به تسکین افسردگی نمی‌شود و با توجه به ارتباط متغیرهای شناختی-رفتاری و افسردگی در بیماران مبتلا به RA، به نظر می‌رسد که درمانهای شناختی-رفتاری گزینه‌ی خوبی برای درمان افسردگی در این بیماران است. این موضوع نیز شناخته شده است که هم استرس زندگی و هم تطابق روانشناختی^۳ نقش‌های مهمی را در مقاومت بیماری و دوره‌ی بیماری افراد مریض ایفا میکنند (کیکولت-گلاسر، ۱۹۸۷، به نقل از زاترا^۴ و همکاران، ۱۹۹۴). بیماران مبتلا به آرتریت -که باید با از دست دادن عملکرد خود و عودهای راجعه و دردناک ناشی از بیماری مقابله کنند- ممکن است در میان آسیب پذیرترین افراد نسبت به پیامدهای مخرب استرس زندگی باشند (دپو و مونرو^۵، ۱۹۸۶). در مراحل فعال، بیماری، با دوره‌های غیر قابل پیش بینی درد و ناتوانی شدید با پس زمینه‌ای از اختلال مزمن مشخص می‌شود. به علت فشار تحمیل شده به توانایی تطابق روانشناختی که هم در نتیجه‌ی خود بیماری به وجود آمده است و هم با استرس‌های روانی اجتماعی مرتبط است، احتمال دارد که بیماران مبتلا به RA در معرض خطر بالای اضمحلال سلامت جسمی قرار بگیرند. همچنین ممکن است چرخه‌ی معیوب بیماری-استرس-عود بیماری ایجاد شود (سولومون^۶، ۱۹۸۷، به نقل از زاترا و همکاران، ۱۹۹۴). حدس و گمان‌های زیادی در مورد نقش استرس روانی اجتماعی در ایجاد تظاهرات ناگهانی بیماری و پیشرفت آن وجود دارد. استرس دلیلی است که اغلب قریب به اتفاق بیماران مبتلا به RA برای عود بیماری خود می‌آورند (افلیک^۷ و همکاران، ۱۹۸۴). برخی محققان یک مدل آسیب پذیری پیشنهاد کرده‌اند که در آن استرس زاهای مزمن کوچک نقش مهمی را در پیشرفت بیماری ایفا می‌کند. در این مدل وقوع وقایع روزانه‌ی کوچکتر در اندازه‌های کافی می‌تواند استرس

1 -Covic

2 -Murphy

3 -psychological adjustment

4 -Zautra

5 -Depue & Monreo

6 - Solomon

7 -Affleck

اضافی کافی بر روی فردی که اکنون از بیماری ضعیف شده است اعمال کند تا دوره‌ی یک بیماری را تسریع کند (دپو، مونرو، ۱۹۸۶). علاوه بر فرضیه‌ی استرس-بیماری، به نظر می‌رسد شرایط روانشناختی بیمار می‌تواند نقش محوری در پیشرفت بیماری داشته باشد. افسردگی با تغییرات اندوکراین (هنینگر^۱ و همکاران، ۱۹۸۴، به نقل از زاترا و همکاران، ۱۹۹۴) و بد عملکردی لنفوسیت‌ها (کرونفول^۲، ۱۹۸۳، به نقل از زاترا و همکاران، ۱۹۹۴) مرتبط است. در واقع تضعیف روحیه و احساس بی‌پناهی که با افسردگی همراه است ممکن است یک عامل خطر ساز برای تخریب بیشتر در بیماران مبتلا به RA باشد. خود ارزیابی منفی از کفایت سازگاری یک عامل خطر ساز دیگر است که با افسردگی و استرس زندگی ارتباط دارد (شیافینو، و رونسون^۳، ۱۹۹۲، به نقل از زاترا و همکاران، ۱۹۹۴). احتمال دارد که بیماران افسرده توانایی خودشان را برای مقابله‌ی موثر موثر با بیماری، و وقایع استرس زای دیگر کم برآورد کنند. با چنین کاری احتمال دارد اثرات تخریبی بیماری افزایش یابد و آنها در چرخه‌ی معیوب استرس و پیشرفت بیماری قرار گیرند. هماهنگی با این بحث، نا توانی ادراکی بیشتر در مقابله با استرس‌زاهای با سلامت روانی ضعیف‌تر و نسبت‌های بیشتر سلول‌های B سیال در بیماران مبتلا به RA مرتبط بوده است (زاترا، ۱۹۸۹). استرس‌زاهای بیرونی به عنوان نشانه‌های بیرونی تاثیر شان را از طریق تغییر در پیام‌های درونی مثل نشانه‌های هورمونی اعمال می‌کنند که به دنبال آن حالت روانشناختی درونی تغییر می‌یابد. بیشتر تحقیقات گذشته در مورد استرس بر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و نقش آن در عملکرد ایمنی متمرکز شده‌اند (سلیه^۴، ۱۹۵۶). استرس که شامل استرس اجتماعی نیز می‌شود سیستم ایمنی مرکزی را تحت تاثیر قرار می‌دهد که منجر به ترشح هورمون آزاد سازنده‌ی پرولاکتین (PRL)، و هورمون آدرنو کورتیکوتروپین (ACTH) از غده‌ی هیپوفیز و کورتیزول از کورتکس آدرنال می‌شود (پلاتسکی، ۱۹۹۱، به نقل از زاترا و همکاران، ۱۹۹۴). در افراد سالم، کورتیزول عملکرد ایمنی یاخته‌ای را سرکوب می‌کند و در نتیجه التهاب را کاهش می‌دهد (کوهن، کرینک، ۱۹۸۲، به نقل از زاترا و همکاران، ۱۹۹۴)، در حالیکه PRL تحریک کننده است (راشل، ۱۹۸۹، به نقل از زاترا و همکاران، ۱۹۹۴). این اعمال متضاد و نیز عمل استروئیدهای گنادال^۵، منجر به تنظیم پاسخ ایمنی در یک نقطه‌ی همواستاتیک می‌شود. با این حال به این خاطر که RA یک اختلال خود ایمنی سی‌ستمیک است، مکانیزم همواستاتیک که به طور طبیعی ایمنی و التهاب را تنظیم می‌کند، ممکن است به طور کامل عمل نکند (دوریان، و گارفینکل، ۱۹۸۷، به نقل از زاترا و همکاران، ۱۹۹۴). بد عملکردی در این سیستم اشاره بر این دارد

1- Heninger

2- Kronfol

3- Schiaffini & Revenson

4- Selye

5- gonadal steroids

که RA ممکن است به طور خاص به استرس‌های روانی اجتماعی با ترشح هورمون پاسخ دهد، که احتمالاً منجر به افزایش فعالیت ایمنی و تظاهرات بیشتر نشانه‌های بیماری می‌شود. بنابراین با توجه به تأثیری که استرس و همچنین شرایط روانشناختی بر روی ایجاد و پیشرفت علائم بیماری دارند، می‌توان اینطور پیش بینی کرد که کنترل این شرایط می‌تواند باعث بهبود وضعیت سلامت بیماران گردد. مدیریت استرس که یکی از درمانهای شناختی رفتاری است شامل آموزش مهارتهایی به افراد است که از طریق آن بتوانند استرس را شناسایی و کنترل کنند. مداخله‌ی مدیریت استرس، دستورها و تمرین‌های راهبردی را ارائه می‌دهد که به افراد کمک می‌کند بر مهارت‌های مختلفی چون نظارت بر خود، آرمیدگی، تنفس دیافراگمی، مراقبه، تصویر سازی بصری، توجه برگردانی، حل مسئله، و تعیین هدف تسلط پیدا کنند. هدف اصلی مدیریت استرس عبارت است از کاهش استرس که انتظار می‌رود به کنترل نشانگان (مثل درد) و بهبود پیامدهای عملکردی (مثل عملکرد روانشناختی یا جسمی) منجر شود (دیکسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). با توجه به روابط متقابل سه عامل استرس، افسردگی و اضطراب و با توجه به نقشی که این عوامل در سلامت جسمی و روانی همه‌ی افراد و بخصوص بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید ایفا می‌کنند، به نظر میرسد آموزش مهارت‌هایی مدیریت استرس می‌تواند به عنوان یک مداخله‌ی روانشناختی، در کنار مداخلات معمول پزشکی، جهت ارتقاء سلامت روان و احتمالاً بهبود وضعیت جسمی این افراد کمک کننده باشد. با توجه به مطالب عنوان شده، هدف این پژوهش بررسی اثر بخشی مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر میزان علائم اضطراب، افسردگی و بهبود وضعیت سلامت در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌باشد.

۱-۲ اهمیت و ارزش پژوهش

مدیریت بیماری مزمن یکی از چالش‌های اصلی برای مراقبت سلامت جهانی در قرن ۲۱ است. سازمان سلامت جهانی تخمین می‌زند که تا سال ۲۰۲۰، اختلالات افسردگی بعد از بیماری‌های قلبی ایسکمیک، دومین بیماری در بار جهانی بیماری هاست (موری^۲ و لویز، ۱۹۹۶). آرتریت روماتیسمیک شایع‌ترین بیماری التهاب مفصلی مزمن است که ۵/۰-۱٪ جمعیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مدتهاست که این موضوع پذیرفته شده است که این دو موقعیت با یکدیگر در ارتباط هستند و برآورد محافظه کارانه با کنترل همپوشی بین علائم شیوع

1 -Dixon

2 -Murey & Lopez

افسردگی در بیماران مبتلابه RA را ۱۳ تا ۲۰ درصد می‌داند. (دیکنز^۱ و دیگران، ۲۰۰۲). در مطالعات تخمین زده شده که اختلال افسردگی در ۲-۴ درصد بیماران در جامعه و ۵-۱۰ درصد بیماران مراقبت اولیه رخ می‌دهند. از سوی دیگر استرس یکی از شایعترین عوامل ایجاد کننده اختلالات اضطرابی و عمدتاً یکی از شایعترین علل مراجعات به سرویس‌های درمانی در سطح جامعه می‌باشد (هویسر و پارکر^۲، ۱۹۹۸). ۵٪ بیماران که به پزشکان عمومی درمانگاه‌های سرپایی مراجعه می‌کنند، علائم و نشانه‌هایی دارند که با علائم بیماری‌های عضوی قابل توجه نیست و در واقع جزء گروه اختلالات وابسته به استرس یا اختلال وحشت زدگی قرار می‌گیرند (زاتراو دیگران، ۱۹۹۹). این موارد می‌توانند با زمینه‌ی مناسب فردی باعث بروز آرتریت روماتوئید شوند و با ادامه‌ی استرس و اضطراب مداوم باعث تداوم بیماری گردند و تاثیر درمان‌های کلاسیک آرتریت را تحت الشعاع قرار دهند. از نظر روانپزشکی، تداوم اضطراب به اختلال افسردگی منجر می‌شود که سلامت روان و عملکرد فرد را بیشتر تحت تاثیر قرار می‌دهد. این مرحله منجر به تداوم بیماری و کم اثر کردن داروهای تجویزی شده (رابین و هاگر^۳، ۱۹۹۳)، و درمان را پیچیده‌تر می‌کند به طوری که لازم است در بعضی موارد از آرام بخش‌ها و نورولپتیک‌ها استفاده شود. زمانیکه مشکلات روانشناختی درمان نشده رها شوند، می‌توانند منجر به اختلالاتی شوند که نیاز به مداخلات گسترده‌تر دارند و افسردگی مزمن که مرتبط با عملکرد شغلی و خانوادگی ضعیف است (ناگیوا و همکاران، ۲۰۰۵). بیماری‌های مزمن جسمی همایند با اختلالات افسردگی (مثل افسردگی عمده، دیس تایمی، و افسردگی خفیف)، در مقایسه با علائم افسردگی تنها یا حالت غیر افسرده، با وضعیت سلامت منفی ارتباط دارند. اختلالات خلقی با پیامدهای وخیم‌تر، کاهش کیفیت زندگی و استفاده‌ی بیشتر از خدمات مراقبت سلامت در ارتباط است (اسمار^۴، و همکاران، ۲۰۰۰). در واقع بیشتر انواع آرتریت افراد را ملزم می‌کند که با درد، خشکی، خستگی و محدودیت‌های جسمی سازگار شوند. روش افراد در مدی‌ریتی بیماری خود، توانایی آنها را برای درگیری در فعالیت‌های مهم تحت تاثیر قرار می‌دهد که شامل حیطه‌های کار، زندگی خانوادگی، اوقات فراغت و ارتباطات اجتماعی می‌شود (بکمن، ۲۰۰۶). به عنوان موجودات اجتماعی، با نقش‌ها و مسئولیت‌های خاص، انسانها درگیر طیف خاصی از فعالیت‌های زندگی هستند که درد به همراه دیگر نشانه‌های آرتریت توانایی شرکت در این فعالیت‌ها را تهدید می‌کند و ممکن است سلامت یا بهداشت روانی و اجتماعی را به خطر اندازد

1- Dickens

2 -Huyser & Parker

3 -Rubin & Hawker

4- Smarr

(کاتز^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات در مورد مداخلات روانشناختی مثل درمان شناختی-رفتاری نشان داده‌اند که این مداخلات می‌تواند به عنوان یک درمان الحاقی نقش مهمی در درمان آرتрит مزمن و در آرتریتی که به تازگی تشخیص داده شده، داشته باشد (پارکر و همکاران، ۲۰۰۳؛ شارپه و دیگران، ۲۰۰۳). CBT یک شکل بسیار مورد استفاده از روان درمانی است که هدف آن تشخیص و تغییر الگوهای ناسازگارانه‌ی تفکر و رفتار است (رایت^۲، ۲۰۰۴) و به طور خاص در رابطه با بیماری‌های جسمی، CBT می‌تواند به بیماران کمک کند که با بیماریشان سازگاری پیدا کنند و مهارت‌هایی را کسب کنند که می‌تواند در زندگی روزمره مورد استفاده‌ی آنها قرار گیرد و احساس کنترل و قدرت آنها را بهبود بخشد. CBT که در دوره‌های اولیه‌ی RA ارائه می‌شود (شارپه و همکاران، ۲۰۰۳) می‌تواند از طریق جلوگیری از ایجاد ادراک منفی از بیماری و بهبود احساس کنترل بیمار بر روی بیماری خودش، فواید جسمی و روانشناختی طولانی مدتی ایجاد کند. CBT همچنین دارای اثر بخشی اثبات شده‌ای در درمان افسردگی در RA است. CBT به عنوان یک درمان الحاقی می‌تواند نقش ارزشمندی برای درمان افسردگی داشته باشد و همچنین می‌تواند برای بیماران که به تازگی تشخیص RA گرفته‌اند و پرونده‌های روانشناختی پیش بینی شده‌ی ضعیفی از خود نشان می‌دهد؛ آنطور که توسط نمرات ارزیابی شخصیت و سازگاری قضاوت شده است، فوایدی در بر داشته باشد. از این گذشته شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهند که مداخلات روانشناختی نه تنها می‌تواند افسردگی را در بیماران مبتلا به آرتрит روماتوئید کاهش دهد بلکه همچنین بهبودی جسمی آنها را تسهیل می‌کند (شارپه و همکاران، ۲۰۰۳). مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری (CBSM^۳) یکی از انواع درمان‌های شناختی رفتاری است که شامل آموزش مهارت‌هایی می‌شود که افراد از طریق آنها می‌توانند استرس را شناسایی و کنترل کنند. این مداخله، دستورها و تمرین‌های راهبردی را ارائه می‌دهد که به افراد کمک می‌کند بر مهارت‌هایی چون نظارت بر خود، آرمیدگی، تنفس دیافراگمی، مراقبه، تصویر سازی بصری، توجه برگردانی، حل مسئله و تعیین هدف و کنترل خشم تسلط پیدا کنند. هدف اصلی مدیریت استرس کاهش استرس است که با توجه به نقش استرس در بیماری آرتريت روماتوئید، انتظار می‌رود به کنترل نشانگان (مثل درد) و بهبود پیامدهای عملکردی (مثل عملکرد روانشناختی یا جسمی) منجر شود (دیکسون^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). به علاوه، تحقیقات گذشته به طور فزاینده‌ای اهمیت عوامل روانشناختی را در آرتريت روماتوئید نشان می‌دهند که ممکن است با توجه به تسلط رویکرد زیست دارویی مورد

1 -Katz

2 -Wright

3 - Cognitive-Behavioral Stress Management

4 -Dixon