

Examining the Effectiveness of Positive Psychology and Stress Inoculation on Anxiety and Adherence to Treatment in Patients with Asthma

Gazor A¹, *Tajeri B², Sobhi Gharameleki N³, Hatami M⁴, Sarami Foroushani GH⁴

Author Address

1. PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;

3. Associate Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;

4. Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: btajeri@yahoo.com

Received: 2020 July 7; Accepted: 2020 September 23

Abstract

Background & Objectives: Asthma is a psychosomatic disease with different physical and mental dimensions, each of which can aggravate the other. Properly treating this disease requires appropriate medical and psychological measures. Psychologists are interested in the widespread prevalence of psychological disorders, especially anxiety and depression, among patients with asthma. Research shows that people with asthma who report more symptoms of anxiety are more likely to need medical treatment, frequent hospitalizations, and emergencies. These people are more incapable of daily activities and show more behavioral problems. One of the most critical issues among patients is adherence to treatment because non-compliance is always an important and multifaceted problem in the field of health. So, the present study aimed to investigate the effectiveness of stress inoculation and positive psychology on anxiety and adherence to treatment in patients with asthma.

Methods: The present quasi-experimental study employed a pretest-posttest and three-month follow-up design with a control group. The statistical population included all patients with asthma referred to the specialized and sub-specialized center of Milad Hospital in Tehran City, Iran, in 2019. Of whom, 45 eligible individuals (based on inclusion and exclusion criteria) volunteered to participate in the study. They were randomly assigned to three groups: positive psychology training, stress inoculation training, and the control group. Data were collected using the Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988) and the Morisky Medication Adherence Scale (Morisky et al., 1986). Positive psychotherapy training was conducted in fourteen 90-minute sessions twice a week for two months. Immunization training against stress was conducted during nine 90-minute sessions. No intervention was provided for the control group. Central and dispersion indices such as mean and standard deviation were used to describe the data. For data analysis, repeated measures analysis of variance, Tukey and Bonferroni post hoc tests, analysis of variance, and the Chi-square test were used in SPSS.22 software. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The analysis of variance of variables of anxiety and adherence to treatment was significant for time effect ($p < 0.001$), group effect ($p < 0.001$), and time*group effect ($p < 0.001$). Positive psychology training and stress inoculation training were effective on anxiety ($p < 0.001$) and adherence to treatment ($p < 0.001$). Also, there was a significant difference between the two types of training in variables of anxiety ($p = 0.017$) and adherence to treatment ($p < 0.001$). In the experimental groups, the mean scores of variables of anxiety and adherence to treatment in the posttest and follow-up stages were significantly different from the pretest stage ($p < 0.001$), but there was no significant difference between the posttest and follow-up stages in the mean scores of variables of anxiety ($p = 0.105$) and adherence to treatment ($p = 0.804$), indicating the durability of the effectiveness of the two types of training over time.

Conclusion: Based on the findings of this study, positive psychology training had a greater effect on reducing anxiety and increasing adherence to treatment of patients with asthma than stress inoculation training.

Keywords: Positive psychology, Stress inoculation, Anxiety, Adherence to treatment, Asthma.

بررسی اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر و ایمن‌سازی درمقابل استرس بر میزان اضطراب و پیروی از درمان در بیماران مبتلا به آسم

آذین گازرا^{۱*}، بیوک تاجری^۲، ناصر صبحی قرا ملکی^۳، محمد حاتمی^۴، غلامرضا صرامی فروشانی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات، دب، امارات متحده عربی؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران؛

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

*رأبانه نویسنده مسئول: tajeri@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۷ تیر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۲ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: عوامل روان‌شناختی بسیاری در بروز و وخامت بیماری آسم دخیل است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ایمن‌سازی درمقابل استرس و روان‌شناسی مثبت‌نگر بر اضطراب و پیروی از درمان بیماران مبتلا به آسم انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی بیماران مبتلا به آسم مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین آن‌ها ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط براساس معیارهای ورود و خروج و داوطلب مشارکت با شیوه نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه پانزده‌نفره آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر، آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس و گواه قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از سیاهه اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۸۸) و مقیاس پیروی از درمان موريسکی (موريسکی و همکاران، ۱۹۸۶) صورت گرفت. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون‌های تعقیبی توکی و بونفرونی، آزمون‌های تحلیل واریانس و خی‌دو در سطح معناداری ۰/۰۵ از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد.

یافته‌ها: تحلیل واریانس متغیرهای اضطراب و پیروی از درمان برای اثر زمان، اثر گروه و اثر زمان*گروه معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$). آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس بر اضطراب و پیروی از درمان مؤثر بود ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین در متغیرهای اضطراب ($p = ۰/۰۱۷$) و پیروی از درمان ($p < ۰/۰۰۱$) بین دو نوع آموزش تفاوت معنادار وجود داشت. در گروه‌های آزمایش، میانگین نمرات متغیرهای مذکور در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با پیش‌آزمون داشت ($p < ۰/۰۰۱$)، اما تفاوت معناداری بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در میانگین نمرات متغیرهای پژوهش مشاهده نشد که حاکی از ماندگاری اثربخشی دو نوع آموزش در مرحله پیگیری بود ($p > ۰/۰۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر تأثیر بیشتری درمقایسه با آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس بر کاهش اضطراب و افزایش پیروی از درمان بیماران مبتلا به آسم دارد.

کلیدواژه‌ها: روان‌شناسی مثبت‌نگر، ایمن‌سازی درمقابل استرس، اضطراب، پیروی از درمان، آسم.

آسم به عنوان بیماری سایکوسوماتیک با ابعاد مختلف جسمی و روانی مطرح شده است که هریک می‌تواند تشدیدکننده دیگری باشد. برخورد صحیح با این بیماری نیازمند اقدامات طبی و روان‌شناختی مناسب است (۱). بیماری‌های روان‌تنی بیشترین مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی را تشکیل می‌دهند و دستگاه لیمبیک از چهار طریق موجب بیماری‌های روان‌تنی می‌شود. بیماری آسم در نتیجه هیجانات و ایجاد اختلال در دستگاه کناری به علت تغییرات در مراکز نباتی هیپوتالاموس ایجاد می‌شود و همچنین ارتباط با دستگاه سمپاتیک و پاراسمپاتیک باعث شعله‌ور شدن آسم می‌شود (۲).

عوامل روان‌شناختی در بسیاری از مواقع به منزله عوامل زمینه‌ساز این بیماری در نظر گرفته می‌شود (۳). توجه به شیوع هم‌زمان اختلالات روانی در مبتلایان به آسم بسیار حائز اهمیت است. شیوع گسترده اختلالات روان‌شناختی به خصوص اضطراب و افسردگی در بین بیماران مبتلا به آسم سبب توجه بیشتر روان‌شناسان شده است (۴). اضطراب خواه زمینه‌ساز و مقدم بر شروع آسم باشد و خواه در طول ابتلا به آسم به وجود آید، کیفیت زندگی این بیماران را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌ها مشخص کرد، آن دسته از افراد مبتلا به آسم که نشانه‌های بیشتری از اضطراب را گزارش کرده‌اند، نیاز بیشتری به درمان‌های پزشکی، بستری شدن‌های مکرر و موقعیت‌های اورژانسی پیدا می‌کنند. این افراد در انجام فعالیت‌های روزانه ناتوان‌تر هستند و مشکلات رفتاری بیشتری را نشان می‌دهند (۵).

یکی از مسائل مهم در بین بیماران، پیروی از درمان است. پیروی از درمان موضوعی بوده که از دیرباز مطرح است؛ زیرا پیروی نکردن، همواره مشکلی مهم و چندوجهی در حوزه سلامت محسوب می‌شود (۶). همکاری ضعیف در درمان، برای بیماران و نیز برای سیستم‌های ارائه‌کننده مراقبت‌های مرتبط با سلامت، زنگ خطر به شمار می‌آید؛ زیرا از منظر بالینی، پیروی نکردن از درمان سبب کاهش اثرات مفید درمانی، علائم و نشانه‌ها و افزایش عوارض می‌شود (۷).

باتوجه به مشکلات بیماران مبتلا به بیماری‌های انسدادی ریه، مداخلات روان‌شناختی در کاهش اضطراب آنان مفید خواهد بود (۸). یکی از روش‌های درمانی که می‌تواند به این بیماران کمک کند، آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس^۱ است. هدف این درمان، افزایش قدرت بهبودی سریع با وجود تجربه شکست و یادگیری پاسخ‌های انطباقی در موقعیت استرس است. در آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس، فرد به جای آنکه در گذشته خویش فرو رود و خود را سرزنش کند، تمایل به آینده‌نگری، توجه به اینجا و اکنون و مسئله‌گشایی را تقویت می‌کند (۹).

رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، رویکرد جدیدی در کاربرد رفتاردرمانی شناختی است. ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد، موج سوم رفتاردرمانی شناختی، به شمار می‌آیند؛ درحالی‌که رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، موج چهارم این نوع درمان در نظر گرفته می‌شود و مجموعه طرح‌واره‌های تفسیری موجود را کاهش می‌دهد و طیف وسیع‌تری از

گزینه‌های درمانی را هنگام کاربرد مداخله‌های درمانی با مراجعان خانواده‌های آن‌ها، پدید می‌آورد (۱۰). با کاهش انگیزه درونی مراجعان و تأکیدهای مثبت، امکان کاربرد رفتاردرمانی شناختی در مدت زمان کوتاه‌تر، فراهم می‌شود. همچنین رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، خودمختاری بیشتری به مراجعان می‌دهد و به گفت‌وگوها، در مسیر خوشایندتری جهت می‌بخشد و این گفت‌وگوهای خوشایند، به نوبه خود به استرس، افسردگی و خستگی کمتر درمانگران منجر می‌شود (۱۱). در زمینه اثربخشی درمان مثبت‌نگر، نتایج پژوهش نیک‌منش و زند وکیلی نشان داد، آموزش مثبت‌نگری بر بهبود کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس بزه‌کاران نوجوان مؤثر است (۱۲). همچنین نتایج پژوهش هاشمی فشارکی و همکاران مشخص کرد، آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس بر کاهش استرس و اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیزی تأثیر دارد (۱۳).

باتوجه به نقش مؤثر عوامل روان‌شناختی دخیل در بیماری آسم و شیوع زیاد آن و همچنین تأثیرات مثبت آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس و روان‌شناسی مثبت‌نگر بر اضطراب و براساس مطالب مذکور، مشخص می‌شود که بیماران مبتلا به آسم مستعد خطر بسیاری برای قرارگیری در شرایط استرس و اضطراب هستند که نتیجه آن، ناتوانی در کنترل شرایط استرس و اضطراب، بروز حملات حاد آسم و بستری‌های مکرر در بیمارستان است. باتوجه به هزینه‌های هنگفت درمانی بیماران مبتلا به آسم و آسیب‌های اجتماعی اقتصادی ناشی از آن، انجام راهکارهایی در جهت بهبود وضعیت این بیماران، کاهش دفعات بستری و بهبود زندگی آن‌ها، بسیار هوشمندانه و ضروری است؛ بنابراین این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس و روان‌شناسی مثبت‌نگر بر اضطراب و پیروی از درمان بیماران مبتلا به آسم انجام شد.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر ماهیت داده‌های جمع‌آوری شده جزو مطالعات کمی، از لحاظ هدف جزو مطالعات کاربردی و از نظر شیوه جزو مطالعات نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه‌گروهی (همراه با گروه گواه) بود. جامعه آماری این مطالعه را تمامی بیماران مبتلا به آسم مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی و فوق‌تخصصی بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین آن‌ها ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط براساس معیارهای ورود و خروج و داوطلب مشارکت، به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی در سه گروه آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر، آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس و گواه قرار گرفتند. تعداد نمونه لازم براساس مطالعات مشابه با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه پانزده نفر محاسبه شد (۱۴).

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: حداقل تحصیلات در سطح دیپلم؛ حداقل سن ۲۵ سال و حداکثر سن ۵۵ سال؛ رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج

^۱ Stress Inoculation Training

آزمودنی‌ها از پژوهش، وجود اختلال‌های روانی ایجاب‌کننده درمان‌های فوری (مثل نشانه‌های روان‌پریشی) و وابستگی به مواد مخدر بود. پس از شناسایی بیماران مبتلا به آسم که براساس پرونده بیمار صورت گرفت، ۴۵ نفر از بیماران دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، شناسایی شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه قرار گرفتند. همچنین مرحله پیگیری سه ماه بعد از پس‌آزمون روی هر سه گروه اجرا شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

ابزارها و جلسات آموزشی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

– سیاهه اضطراب بک^۱: بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ این پرسش‌نامه را طراحی کردند که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شد (۱۵). پرسش‌نامه دارای ۲۱ عبارت است و دربرابر هر عبارت، چهار گزینه برای پاسخ وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افراد مضطرب از نظر بالینی یا اشخاص قرارگرفته در وضعیت اضطراب‌انگیز، آن را تجربه می‌کنند. شیوه امتیازدهی به‌صورت اصلاً (امتیاز صفر) تا شدید (امتیاز سه) است؛ بنابراین دامنه نمرات اضطراب بین صفر تا ۶۳ خواهد بود. پنج نوع روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی کارایی زیاد این ابزار را در اندازه‌گیری شدت اضطراب نشان می‌دهد (۱۵). ضریب همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) پرسش‌نامه ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به‌فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ بود (۱۵). در ایران، پژوهش کاویانی و موسوی نشان

داد، این پرسش‌نامه از روایی و پایایی خوبی برخوردار است (۱۶). – مقیاس پیروی از درمان موريسکی^۲: مقیاس پیروی از درمان، پرسش‌نامه‌ای خودگزارش‌دهی است که توسط موريسکی و همکاران در سال ۱۹۸۶ طراحی شد و هشت ماده دارد (۱۷). در این مقیاس پیروی از درمان زیاد با امتیاز ۸ از ۸، پیروی از درمان متوسط با امتیاز ۶ از ۸ و پیروی از درمان کم با امتیاز کمتر از ۶ مشخص می‌شود. مقیاس پیروی از درمان از مقیاسی چهارماده‌ای معتبر قبلی ساخته شد و با ماده‌های دیگری کامل گردید که شرایطی شامل پیروی از درمان را در بر دارد (۱۷). نتایج بررسی روایی این پرسش‌نامه با روش تحلیل عامل تأییدی نشان داد، مقیاس هشت‌ماده‌ای یک‌بعدی است و ماده‌ها به‌طور صحیحی برای عامل جداگانه ساخته شده‌اند. در ارزیابی حساسیت و ویژگی مقیاس خودگزارش‌دهی برای مشخص کردن بیماران با کنترل ضعیف، همه نقطه برش‌های ممکن اندازه‌گیری شده و نقطه برش نهایی، براساس ارتباط با پیروی از درمان انتخاب شده است؛ یعنی مقیاس پیروی از درمان می‌تواند اطلاعات مفیدی در مجموعه پزشکی فراهم کند (۱۸). در پژوهش محرم‌زاد و همکاران روایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه با روش تحلیل عاملی بررسی و تأیید شد. همچنین ضریب پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۹ به‌دست آمد (۱۹).

– روان‌درمانی مثبت‌نگر در چهارده جلسه نوددقیقه‌ای و هفته‌ای دو بار به‌مدت دو ماه براساس بسته آموزشی سلینگمن اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار است (۲۰). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از متخصصان روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی تأیید شد و سپس در پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر ارائه شده است.

جدول ۱. پروتکل جلسه‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر

جلسه	محتوای جلسه	شرح
اول	جهت‌گیری	فقدان منابع مثبت، افسردگی را تداوم می‌بخشد؛ درباره نقش غیبت یا فقدان هیجانات مثبت، توانمندی‌های منش و معنا در تداوم افسردگی و تهی‌بودن زندگی، چارچوب روان‌درمانی مثبت‌نگر، نقش درمانگر و مسئولیت‌های مراجع بحث می‌شود. تکالیف: مراجعان یک صفحه (حدود سیصد کلمه) مقدمه مثبت درباره داستانی عینی از توانمندی‌های منش خود می‌نویسند.
دوم	تعهد	توانمندی خاص را تعیین کنید: مراجعان توانمندی‌های خاص خود را از مقدمه مثبت تعیین می‌کنند و در ارتباط با موقعیت‌هایی که این توانمندی‌های خاص در گذشته به آن‌ها کمک کرده است، بحث صورت می‌گیرد. درباره سه مسیر منتهی به شادکامی (لذت، تعهد، معنا) بحث می‌شود. تکالیف: مراجعان پرسش‌نامه VIA-IS ^۳ را تکمیل می‌نمایند که توانمندی‌های خاص آنان را تعیین می‌کند.
سوم	تعهد/لذت	پرورش توانمندی خاص و هیجانات مثبت: در زمینه رشد توانمندی‌های خاص بحث صورت می‌گیرد. مراجعان برای شکل‌دادن رفتارهای خاص، عینی و دست‌یافتنی به‌منظور پرورش توانمندی‌های خاص آماده می‌شوند. درباره نقش هیجانات مثبت در بهزیستی بحث می‌شود. تکالیف: مراجعان شروع به روزنگار موهبت‌ها می‌کنند؛ به این شکل که سه موضوع خوب (بزرگ یا کوچک) را که در خلال روز روی داده است، ثبت می‌کنند.

^۳. Values in Action Inventory of Strengths

^۱. Beck Anxiety Inventory

^۲. Morisky Medication Adherence Scale

چهارم	لذت	خاطرات خوب در برابر خاطرات بد: درباره خاطرات خوب و بد برحسب نقش آن‌ها در حفظ علائم افسردگی بحث صورت می‌گیرد. مراجعان به بیان احساسات توأم با خشم و تلخی تشویق می‌شوند. اثرات ماندن در حالت خشم و تلخی بر افسردگی و بهزیستی بیان می‌شود. تکالیف: مراجعان سه خاطره بد، خشم مرتبط با آن‌ها و فشار ناشی از آن‌ها را بررسی می‌کنند.
پنجم	لذت/تعهد	بخشش: بخشش به‌عنوان وسیله قدرتمندی معرفی می‌شود که می‌تواند خشم و تلخی را به احساسات خنثی و حتی برای برخی افراد به هیجانات مثبت تبدیل کند. تکالیف: مراجعان نامه بخششی را که جریان یک خطای (گناه) مربوط به هیجانات را توصیف می‌کند، می‌نویسند و التزام به بخشیدن فرد خطاکار (اگر لازم باشد) می‌دهند؛ اما می‌توانند آن نامه را تحویل ندهند.
ششم	لذت/تعهد	قدردانی: درباره قدردانی به‌عنوان تشکر بادوام بحث صورت می‌گیرد و خاطرات خوب و بد مجدداً با تأکید بر قدردانی برجسته می‌شود. تکالیف: مراجعان نامه‌ای را درباره قدردانی از شخصی که هرگز به‌گونه‌ای مناسب از او قدردانی نکرده‌اند، می‌نویسند و ارائه می‌دهند.
هفتم	لذت/تعهد	بررسی میان‌دوره‌ای درمان: تکالیف منزل، بخشش و قدردانی هر دو پیگیری می‌شود. این کار به‌طور نوعی بیش از یک جلسه لازم دارد. در زمینه اهمیت هیجانات مثبت بحث می‌شود. مراجعان به روی آوردن به مشارکت در بحث درباره روزنگار موهبت‌ها تشویق می‌شوند. مرور اهداف مرتبط با توانمندی‌های خاص صورت می‌گیرد. فرایند و پیشرفت به‌طور جزئی بررسی می‌شود. بازخورد مراجعان درباره منافع درمانی فرا خوانده و بحث می‌شود.
هشتم	معنا/تعهد	قناعت در برابر بیشینه‌سازی: درباره قناعت (به‌اندازه کافی خوب) در برابر بیشینه‌سازی در بافت کار پرزحمت لذت بخش بحث صورت می‌گیرد. قناعت به‌واسطه تعهد در برابر بیشینه‌سازی تشویق می‌شود. تکالیف: مراجعان راه‌های افزایش قناعت را نوشته و برنامه‌ای عملیاتی برای قانع‌بودن می‌نویسند.
نهم	لذت	خوش‌بینی و امید: مراجعان هدایت می‌شوند به فکرکردن درباره زمانی که در کاری مهم شکست می‌خورند، زمانی که برنامه‌ای بزرگ مضمحل می‌شود و زمانی که شخصی آن‌ها را نمی‌پذیرد. از مراجعان خواسته می‌شود که توجه کنند وقتی دری بسته می‌شود چه درهای دیگری باز می‌شود. تکالیف: مراجعان سه دری را که بسته شده و سه دری را که پس از آن باز شده است، تعیین می‌کنند.
دهم	تعهد/معنا	عشق و دلبستگی: درباره پاسخ‌دهی فعال و سازنده بحث صورت می‌گیرد. مراجعان به شناسایی توانمندی‌های خاص سایر افراد مؤثر بر آنان دعوت می‌شوند. تکالیف: بازخورد فعال-سازنده: مراجعان آماده می‌شوند برای پاسخ‌دهی فعال و سازنده به رویدادهای مثبت که توسط دیگران گزارش می‌شود. مراجعان قراری را برای تجلیل از توانمندی‌های خاص خود و فرد مورد علاقه‌شان ترتیب می‌دهند.
یازدهم	معنا	شجره‌نامه توانمندی‌ها: درباره اهمیت شناسایی توانمندی‌های اعضای خانواده بحث می‌شود. تکالیف: از مراجعان خواسته می‌شود که اعضای خانواده پرسش‌نامه VIA-IS را تکمیل نموده و سپس یک درخت ترسیم کنند که شامل توانمندی‌های اعضای خانواده و کودکان است. خانواده جمع می‌شوند و درباره توانمندی‌های هریک از اعضا بحث صورت می‌گیرد.
دوازدهم	لذت	حس ذائقه: حس ذائقه به‌عنوان آگاهی از لذت و ایجاد عمدی آن در گذشته معرفی می‌شود. نقش کار پرزحمت لذت بخش به‌منزله تهدید ممکن حس ذائقه و نحوه محافظت در برابر آن، بررسی می‌شود. تکالیف: مراجعان فعالیت‌های لذت بخش را طراحی و اجرا می‌کنند. فنون لذت همراه با تأنی فراهم می‌شود.
سیزدهم	معنا	موهبت زمان: صرف‌نظر از اوضاع مالی، مراجعان قدردان یکی از موهبت‌های بزرگ را به‌همراه دارند؛ موهبت زمان. درباره راه‌های استفاده از توانمندی‌های خاص برای پیشنهاد موهبت زمان در خدمت به شخص دیگری خیلی بیشتر از خود، بحث می‌شود. تکالیف: مراجعان موهبت زمان را از طریق انجام کاری که مستلزم لحظات زیبای زمان است، هدیه کرده و فراخوانی توانمندی‌های خاص را خلق می‌کنند؛ از قبیل مربی‌گری کودک و انجام خدمات اجتماعی.
چهاردهم	انسجام	زندگی کامل: در زمینه مفهوم زندگی کامل که لذت و تعهد و معنا را منسجم می‌سازد، بحث می‌شود. مراجعان آزمون‌ها را قبل از پایان جلسه تکمیل می‌کنند. پیشرفت مرور شده و ماندگاری توانمندی‌ها بحث می‌شود. اجرای پس‌آزمون صورت می‌گیرد.

– محتوای جلسات آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس براساس بسته آموزشی مایکنبام در طی نه جلسه نود دقیقه‌ای انجام شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار است (۲۱). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از متخصصان روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی تأیید شد و سپس در پژوهش به‌کار رفت. محتوای جلسات آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس در جدول ۲ آمده است.

– محتوای جلسات آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس براساس بسته آموزشی مایکنبام در طی نه جلسه نود دقیقه‌ای انجام شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار است (۲۱). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از متخصصان روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی تأیید شد و سپس در پژوهش به‌کار رفت. محتوای جلسات آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. پروتکل جلسه‌های درمان ایمن‌سازی درمقابل استرس

جلسه	توضیحات
اول	آشنایی و معارفه، تشریح اهداف و قوانین گروه، مفهوم‌سازی و توصیف استرس، علائم و پیامدهای آن
دوم	مرور مطالب جلسه قبل، استحکام‌بخشیدن به رابطه مبتنی بر همکاری و آموزش ماهیت تعاملی استرس، بررسی مفهومی افسردگی و استرس، دادن اطلاعات مقدماتی راجع به فن تصویرپردازی ذهنی
سوم	مرور مطالب جلسه قبل و تکالیف، آشنایی با مفاهیم شناختی، نقش افکار در ایجاد استرس و ارتباط افکار با احساسات و رفتار، آشنایی با ویژگی‌های افکار خودآیند منفی و معرفی خطاهای شناختی
چهارم	مرور مطالب جلسه قبل و تکالیف، ارزیابی فن تصویرپردازی ذهنی، آموزش چگونگی مقابله با افکار منفی، آموزش فن آرمیدگی، ارائه تکلیف
پنجم	مرور مطالب جلسه قبل، آموزش خودگویی هدایت‌شده و نقش خودگویی‌های منفی در ایجاد استرس، ارزیابی فن آرمیدگی، اجرای فن آرمیدگی با استفاده از نوار موسیقی
ششم	مرور مطالب جلسه قبل، ارزیابی فن آرمیدگی، آموزش نقش افکار در احساس و رفتار، آموزش تمرکز فکر و تکنیک‌های توجه‌برگردانی
هفتم	مرور مطالب جلسه قبل، شناسایی افکار خودکار منفی و خطاهای شناختی، مبارزه با افکار خودکار منفی و خطاهای شناختی، آموزش حل مسئله، ارائه تکلیف
هشتم	مرور مطالب جلسه قبل، بررسی کارایی بازسازی شناختی، آموزش شیوه مسئله‌گشایی، آموزش مهارت مدیریت خشم، ارائه فرم مراحل مسئله‌گشایی
نهم	تمرین مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات قبل و لزوم به‌کارگیری آن‌ها هنگام برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا، جمع‌بندی مطالب و پایان دادن

توصیف داده‌ها با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی توکی و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام گرفت. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون لون (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف (برای ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. برای مقایسه سه گروه از نظر جنسیت، آزمون خی‌دو و برای مقایسه سن، آزمون تحلیل واریانس به‌کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس، بین سه گروه تفاوت معناداری از نظر سن وجود نداشت ($p=0/377$). کمینه و بیشینه سن در گروه روان‌شناسی مثبت‌نگر به‌ترتیب ۳۳ و ۵۶ سال، در گروه ایمن‌سازی درمقابل استرس ۳۵ و ۵۲ سال و در گروه گواه ۳۰ و ۴۸ سال بود. از نظر جنسیت در گروه روان‌شناسی مثبت‌نگر، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) را زنان و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) را مردان، در گروه ایمن‌سازی درمقابل استرس، ۹ نفر (۶۰ درصد) را زنان و ۶ نفر (۴۰ درصد) را مردان و در گروه گواه، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) را زنان و ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) را مردان تشکیل دادند. براساس نتایج آزمون خی‌دو، بین سه گروه از نظر توزیع جنسیت تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0/711$). شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات اضطراب و پیروی از درمان در گروه‌های آزمایش (درمان‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر و ایمن‌سازی درمقابل استرس) و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن در گروه روان‌شناسی مثبت‌نگر ۴۲/۱۱±۷/۸۰ سال، در گروه ایمن‌سازی درمقابل استرس

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای اضطراب و پیروی از درمان به‌تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
اضطراب	درمان مثبت‌نگر	میانگین	۳۸/۵۳	۳۰/۴۷	۳۱/۴۰
		انحراف معیار	۴/۸۵	۳/۲۷	۳/۱۸
	ایمن‌سازی	میانگین	۳۹/۶۷	۳۵/۴۷	۳۵/۰۰
		انحراف معیار	۲/۹۴	۲/۳۶	۲/۱۴
پیروی از درمان	گواه	میانگین	۳۸/۸۷	۳۸/۲۰	۳۷/۹۳
		انحراف معیار	۳/۰۲	۲/۷۸	۲/۰۲
	درمان مثبت‌نگر	میانگین	۳۷/۶۷	۴۷/۲۷	۴۶/۰۷
		انحراف معیار	۴/۴۵	۵/۱۲	۵/۲۳
پیروی از درمان	ایمن‌سازی	میانگین	۳۹/۸۰	۴۴/۳۳	۴۳/۸۰
		انحراف معیار	۵/۷۰	۳/۸۳	۴/۷۱
	گواه	میانگین	۳۸/۷۳	۳۸/۳۳	۴۰/۰۷
		انحراف معیار	۵/۰۱	۷/۳۹	۷/۵۲

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، به منظور رعایت پیش‌فرض‌ها، بررسی نتایج آزمون‌های ام‌باکس و کرویت موچلی و لون، صورت گرفت. از آنجا که آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس رد نشد ($p > 0/05$). معنادار نبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد، فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نشد ($p > 0/05$). بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد، این آزمون برای متغیرهای پژوهش معنادار بود؛ بنابراین فرض برابری

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر متغیرهای اضطراب و پیروی از درمان

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
اضطراب	درون‌گروهی	زمان	۸/۸۲	$< 0/001$	۰/۲۱
	بین‌گروهی	زمان*گروه	۹۳/۶۵	$< 0/001$	۰/۸۰
	درون‌گروهی	گروه	۵/۵۹	$< 0/001$	۰/۱۷
پیروی از درمان	درون‌گروهی	زمان	۱۱/۴۷	$< 0/001$	۰/۲۲
	بین‌گروهی	زمان*گروه	۴۲/۰۶	$< 0/001$	۰/۶۵
	بین‌گروهی	گروه	۴۰/۳۰	$< 0/001$	۰/۶۴

بر اساس نتایج جدول ۴، تحلیل واریانس متغیر اضطراب برای اثر زمان ($p < 0/001$) و اثر گروه ($p < 0/001$) معنادار و اندازه اثر مداخله گروهی برای اضطراب ۰/۱۷ بود. تحلیل واریانس متغیر پیروی از درمان برای اثر زمان ($p < 0/001$) و اثر گروه ($p < 0/001$) معنادار و اندازه اثر مداخله گروهی برای پیروی از درمان ۰/۶۴ به دست آمد. این

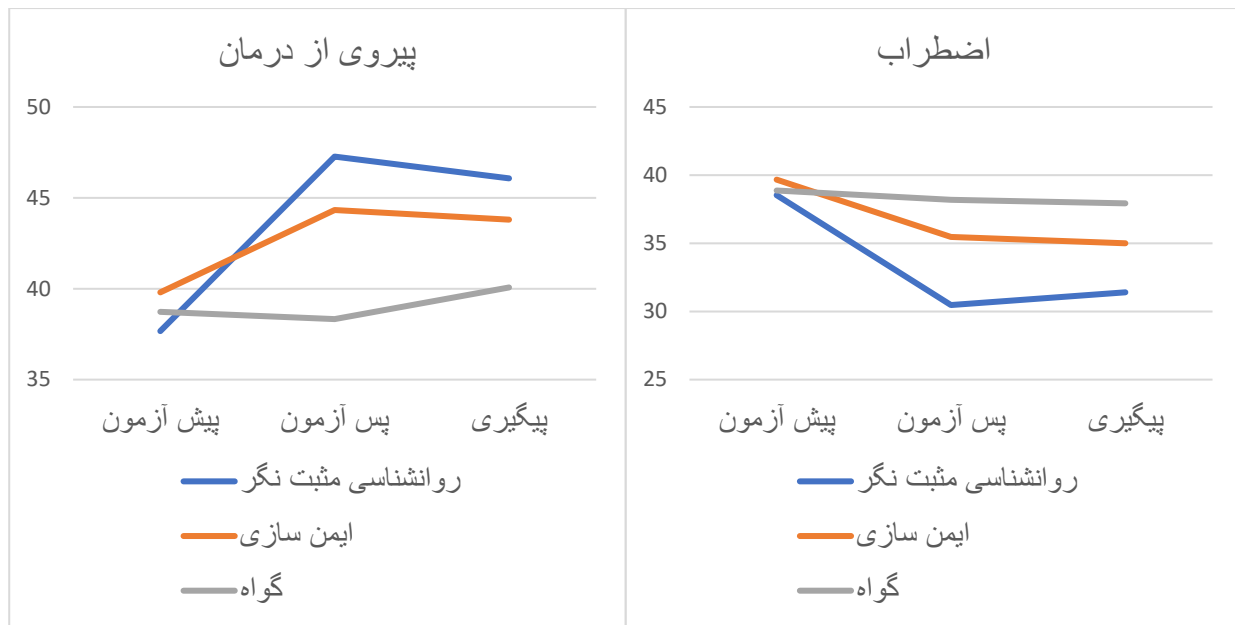
جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی گروه‌ها

متغیر آزمایشی	گروه‌ها	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
اضطراب	مثبت‌نگر	گواه	$< 0/001$
	ایمن‌سازی	گواه	$< 0/001$
	مثبت‌نگر	ایمن‌سازی	۰/۰۱۷
پیروی از درمان	مثبت‌نگر	گواه	$< 0/001$
	ایمن‌سازی	گواه	$< 0/001$
	مثبت‌نگر	ایمن‌سازی	$< 0/001$

نتایج آزمون تعقیبی توکی در جدول ۵ نشان می‌دهد، درمان روان‌شناسی مثبت‌نگر و درمان ایمن‌سازی در مقابل استرس تفاوت معنادار وجود داشت؛ به‌طوری‌که درمان روان‌شناسی مثبت‌نگر در مقایسه با درمان ایمن‌سازی در مقابل استرس مؤثرتر بود.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطای معیار برآورد	مقدار احتمال
اضطراب	پیش‌آزمون	۴/۴۶-	۱/۱۱	$< 0/001$
	پیگیری	۳/۳۳-	۱/۱۱	$< 0/001$
	پس‌آزمون	۱/۱۳	۰/۵۹	۰/۱۰۵
پیروی از درمان	پیش‌آزمون	۲/۲۶-	۰/۵۱	$< 0/001$
	پیگیری	۱/۹۳-	۰/۵۱	$< 0/001$
	پس‌آزمون	۰/۳۳	۰/۵۳	۰/۸۰۴



نمودار ۱. مقایسه پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری میانگین متغیرهای اضطراب و پیری از درمان در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

پراسترس را نه به‌منزله تهدیدی برای خود، بلکه به‌عنوان مسائل حل‌شدنی در نظر گیرند. ایمن‌سازی درمقابل استرس درعین‌حال که به حل مشکلات فعلی فرد می‌پردازد، مشکلات آتی وی را نیز در نظر می‌گیرد؛ درنتیجه می‌تواند بر کاهش افسردگی اثرگذار باشد (۶)؛ بدین‌منظور به تعلیم و رشد مهارت‌های مقابله‌ای می‌پردازد و افراد تحت آموزش را با مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای برای مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زای آینده آماده می‌کند. از اقدامات بسیار مهم ایمن‌سازی درمقابل استرس برای افزایش تاب‌آوری و امیدواری در افراد، «مواجهه تدریجی با واقعیت» است. یافته‌های اطلاعاتی کنترل استرس نشان می‌دهد، هر قدر جلسات آموزش به موقعیت اصلی نزدیک‌تر باشد، به همان اندازه نیز احتمال تعمیم آن کاهش می‌یابد (۷)؛ بنابراین آموزش این روش‌ها توانایی مقابله‌ای و مدیریتی افراد را در برخورد با شرایط استرس‌زا افزایش می‌دهد و فرصتی را برای افراد فراهم می‌آورد که بر وقایع زندگی خود کنترل بیشتری داشته باشند و با موقعیت‌ها به‌صورت مؤثرتری برخورد کنند. این امر باعث می‌شود سلامت عمومی افراد افزایش یابد و مشکلات روان‌شناختی ناشی از کنترل‌نداشتن بر زندگی و ناتوانی در برخورد مؤثر با شرایط استرس‌زا در آن‌ها کم شود (۸).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد، درمان روان‌شناسی مثبت‌نگر بر کاهش اضطراب و افزایش پیری از درمان در بیماران مبتلا به آسم تأثیر داشت. همسو با این یافته، نتایج پژوهش نیک‌منش و زند وکیلی مشخص کرد، آموزش مثبت‌نگری بر بهبود کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس بزه‌کاران نوجوان مؤثر است (۱۲). در تبیین اثربخشی درمان روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌توان گفت، زندگی معنادار شامل استفاده از توانمندی‌های عالی فرد به‌منظور تعلق و خدمت به چیزی فراتر از خود است. افرادی که به‌طور موفقیت‌آمیز فعالیت‌هایی را دنبال می‌کنند که آن‌ها را به چنین اهداف گسترده‌تری ارتباط می‌دهد، در زندگی به معنا می‌رسند. چنین روابطی می‌تواند از طریق روابط

نتایج جدول ۶ و نمودار ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمرات متغیر اضطراب در گروه روان‌شناسی مثبت‌نگر و گروه آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس، در مرحله پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بود ($p < 0.001$). نتایج مشخص کرد، اضطراب در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ($p < 0.001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p = 0.105$). همچنین نتایج نشان داد، میانگین نمرات متغیر پیری از درمان در گروه روان‌شناسی مثبت‌نگر و گروه آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس، در مرحله پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود ($p < 0.001$). پیری از درمان در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ($p < 0.001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p = 0.804$). نتایج حاکی از آن بود که اثربخشی درمان روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس در مرحله پیگیری برای هر دو متغیر اضطراب و پیری از درمان ماندگار بود.

۴ بحث

تحقیق حاضر با هدف مقایسه اثربخشی ایمن‌سازی درمقابل استرس و روان‌شناسی مثبت‌نگر بر اضطراب و پیری از درمان بیماران مبتلا به آسم انجام شد. نتایج نشان داد، آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب و افزایش پیری از درمان بیماران مبتلا به آسم داشت. همسو با این یافته، نتایج پژوهش هاشمی فشارکی و همکاران مشخص کرد، آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیزی مؤثر است (۱۳).

در تبیین اثربخشی آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس در بیماران مبتلا به آسم می‌توان گفت، ایمن‌سازی درمقابل استرس، مداخله‌ای درمانی چنبدبندی است که هدف آن حذف کامل استرس نیست؛ بلکه بهره‌برداری سازنده از آن است تا افراد تشویق شوند موقعیت‌های

استرس و روان‌شناسی مثبت‌نگر و استفاده از کارگاه‌های آموزشی در مدیریت استرس و روان‌شناسی مثبت‌نگر، بروشور، بسته‌های آموزشی، اطلاع‌رسانی از طریق رسانه‌ها، خدمات مشاوره‌ای رایگان و آگاهی‌دادن به آحاد جامعه و خانواده‌ها در زمینه مدیریت استرس و روان‌شناسی مثبت‌نگر و درمان‌های غیردارویی می‌تواند کمک شایان توجهی در جهت کاهش مشکلات افراد مبتلا به آسم باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در سطح گسترده‌تر با در نظر گرفتن متغیرهای اقتصادی اجتماعی و سبک زندگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر نتیجه گرفته می‌شود، آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس و آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر بر کاهش اضطراب و افزایش پیروی از درمان بیماران مبتلا به آسم مؤثر است؛ اما در مقام مقایسه، آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر تأثیر بیشتری درمقایسه با آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس بر کاهش اضطراب و افزایش پیروی از درمان بیماران مبتلا به آسم دارد. امید است نتایج این پژوهش متخصصان را به اهمیت‌دادن بیشتر به جنبه‌های روانی بیماری تشویق کند؛ چراکه نتیجه مستقیم آن می‌تواند درمان بهتر و سریع‌تر بیماران را به دنبال داشته باشد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش محققان را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات متحده عربی است. همچنین مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه‌شده توسط مسئولان بیمارستان میلاد تهران با شماره نامه ۱۴۸ صادر شد. تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها و مواد

بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامد اصلی یا امثال آن امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافی بین آن‌ها وجود ندارد.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

میان‌فردی، مشاغل مدنی یا درگیری در سازمان‌های مثبت متفاوت به وجود آید؛ مثل کلیساها، معبد، مساجد و دیگر سازمان‌های انسانی (۹). آموزش مثبت‌نگر، برخلاف سایر رویکردها که تمرکزشان روی مشکلات است، بر افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی و کاهش اضطراب بیماران تأکید و توجه دارد. آموزش مثبت‌نگر با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر آموزش مهارت‌های خوش‌بینی و مثبت‌نگری که بر مبنای سازه‌های مؤثری هستند، تجربه هیجان‌های مثبت را در پی دارد که اغلب توانایی بسیاری را به منظور سازگاری و تاب‌آوری برای مواجهه با علائم و مشکلات بیماران ارتقا می‌بخشد (۱۰). به نظر می‌رسد شناسایی توانمندی‌های گروه آزمایش با استفاده از مقدمه مثبت و پرسش‌نامه روان‌درمانی مثبت و به کاربردن این توانمندی‌ها در اعمال نوع دوستانه و خدمت به دیگران منجر به بهبود روابط با دیگران شد و حس ارزشمندی را در آن‌ها افزایش داد که منجر به ارتقای حس معنا در زندگی آن‌ها شد (۱۱).

در تبیین یافته دیگر پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی بیشتر آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر درمقایسه با آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس باید گفت، افرادی که از توانمندی‌های مثبت خود بهره می‌گیرند درمقابل افراد دیگر دارای تفاوت‌های مهمی در درک زندگی و عمل در زندگی‌اند. این اشخاص با افراد دیگر دارای تفاوت‌های چشمگیری در تجربه ذهنی و درک سازه‌واره‌ای که از جهان دارند، هستند. به عبارتی دیگر این افراد محیطشان را به گونه‌ای متفاوت از افراد دیگر ادراک کرده و تفسیر می‌کنند؛ بنابراین افراد دارای توانمندی‌های مثبت که به طور موفقیت‌آمیزی با استفاده از راهبردهای سازگارانۀ (انطباقی) چندانکه، ادراک خود را از محیط سامان می‌بخشند، مقایسه اجتماعی انجام می‌دهند، تصمیم‌گیری می‌کنند و به خودنگری و تأمل در خویشتن می‌پردازند (۸). این افراد جهان را به شکلی مثبت‌تر و مبتنی بر شادی بیشتری می‌نگرند. همچنین تحقیقات نشان داد، خودادراکی‌های آن‌ها درقبال مقایسه‌های اجتماعی آسیب‌ناپذیرتر است؛ به این معنا که آن‌ها به مقایسه‌های اجتماعی توجه کمتری می‌کنند و بنابراین کمتر از لحاظ شرایط سخت و نداشته‌های خود و داشته‌های دیگران ناراحت و نگران می‌شوند. درمجموع این افراد دارای منابع بیشتری برای عمل و تفکر هستند؛ به عبارت دیگر آن‌ها گنجینه‌های رفتاری و شناختی غنی‌تر و گسترده‌تری در اختیار دارند (۱۰).

با در نظر گرفتن مشکلات بیماران مبتلا به آسم در جامعه، از جمله اقدام‌های کاربردی درخصوص افزایش سطح آگاهی و سلامت جامع جامعه، برقراری دوره‌های آموزشی کارگاهی است؛ لذا پیشنهاد می‌شود نهادهای متولی سلامت به برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی مبتنی بر رویکردهای روان‌شناسی مثبت‌نگر و ایمن‌سازی درمقابل استرس برای مبتلایان به بیماری آسم بپردازند. همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر در شهر تهران انجام شد، شرایط محیطی و زمینه‌های فرهنگی اقتصادی متفاوتی بر آن تأثیرگذار بوده است؛ همین امر تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر مناطق با زمینه‌های فرهنگی اقتصادی دیگر سخت می‌کند؛ زیرا برخی زمینه‌های ابتلا به این بیماری به شرایط محیطی وابسته است. همچنین در این پژوهش فقط از پرسش‌نامه برای گردآوری اطلاعات استفاده شد. ارائه آموزش‌های گروهی مدیریت

References

1. Levine RA, Hagège AA, Judge DP, Padala M, Dal-Bianco JP, Aikawa E, et al. Mitral valve disease—morphology and mechanisms. *Nat Rev Cardiol.* 2015;12(12):689–710. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2015.161>
2. Yuksel F, Akin S, Durna Z. Prenatal distress in Turkish pregnant women and factors associated with maternal prenatal distress. *J Clin Nurs.* 2014;23(1–2):54–64. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04283.x>
3. Bribiescas S. Yoga in pregnancy. *International Journal of Childbirth Education.* 2013.
4. Dellling FN, Gona P, Larson MG, Lehman B, Manning WJ, Levine RA, et al. Mild expression of mitral valve prolapse in the Framingham offspring: expanding the phenotypic spectrum. *J Am Soc Echocardiogr.* 2014;27(1):17–23. <https://doi.org/10.1016/j.echo.2013.09.015>
5. Diener E, Lucas RE, Oishi S. Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. In: Snyder CR, Lopez SJ; editors. *Handbook of positive psychology.* Oxford: Oxford University Press; 2002.
6. Grubb KJ, Jevremovic V, Chedrawy EG. Mitral valve myxoma presenting with transient ischemic attack: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports.* 2018;12(1):363. <https://doi.org/10.1186/s13256-018-1920-8>
7. Hagège AA, Bruneval P, Levine RA, Desnos M, Neamatalla H, Judge DP. The mitral valve in hypertrophic cardiomyopathy: old versus new concepts. *J of Cardiovasc Trans Res.* 2011;4(6):757–66. <https://doi.org/10.1007/s12265-011-9319-6>
8. Lee APW, Hsiung MC, Salgo IS, Fang F, Xie JM, Zhang YC, et al. Quantitative analysis of mitral valve morphology in mitral valve prolapse with real-time 3-dimensional echocardiography: importance of annular saddle shape in the pathogenesis of mitral regurgitation. *Circulation.* 2013;127(7):832–41. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.112.118083>
9. Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res.* 2003;55(3):235–45. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00553-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00553-6)
10. Hensley N, Dietrich J, Nyhan D, Mitter N, Yee MS, Brady M. Hypertrophic cardiomyopathy: a review. *Anesthesia & Analgesia.* 2015;120(3):554–69. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000538>
11. Smith AJ, Hallum-Montes R, Nevin K, Zenker R, Sutherland B, Reagor S, et al. Determinants of transgender individuals' well-being, mental health, and suicidality in a rural state. *Journal of Rural Mental Health.* 2018;42(2):116–32. <https://doi.org/10.1037/rmh0000089>
12. Nikmanesh Z, Zandvakili M. The effect of positive thinking training on quality of life, depression, stress and anxiety in delinquent juveniles. *Positive Psychology Research.* 2015;1(2):53–64. [Persian] https://ppls.ui.ac.ir/article_18997.html?lang=en
13. Hashemi Fesharaki M, Shahgholian N, Kashani F. Effect of stress inoculation training on the levels of stress, anxiety, and depression in hemodialysis patients. *Nurs Midwifery J.* 2016;14(1):88–99. [Persian] <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2219-en.html>
14. Vallerand RJ. The role of passion in sustainable psychological well-being. *Psychol Well-Being Theory Res Pract.* 2012;2(1):1. <https://doi.org/10.1186/2211-1522-2-1>
15. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1988;56(6):893–7. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
16. Kaviani HH, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J.* 2008;66(2):136–40. [Persian] <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-en.html>
17. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67–74. doi: [10.1097/00005650-198601000-00007](https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007)
18. Al-Qazaz HKh, Hassali MA, Shafie AA, Sulaiman SA, Sundram S, Morisky DE. The eight-item Morisky Medication Adherence Scale MMAS: translation and validation of the Malaysian version. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010;90(2):216–21. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2010.08.012>
19. Moharamzad Y, Saadat H, Nakhjavan Shahraki B, Rai A, Saadat Z, Aerab-Sheibani H, et al. Validation of the Persian version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in Iranian hypertensive patients. *Glob J Health Sci.* 2015;7(4):173–83. <https://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p173>
20. Seligman MEP. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: Snyder CR, Lopez SJ; editors. *Handbook of positive psychology.* Oxford: Oxford University Press; 2002.
21. Meichenbaum DH, Deffenbacher JL. Stress inoculation training. *J Couns Psychol.* 1988;16(1):69–90. <https://doi.org/10.1177/0011000088161005>