

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۰
دوره‌ی چهارم، سال ۱۸-۳، شماره‌ی ۲
صص: ۲۱-۳۸

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۰۳/۰۱۶
تاریخ بررسی مقاله: ۹۰/۰۶/۳۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۰۹/۰۱

مقایسه حساسیت اضطرابی، عاطفه منفی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به آسم با افراد عادی در اهواز

یدالله زرگر*

محمدعلی قاسمی نژاد**

مهناز مهربابی زاده هنرمند***

ایران داودی****

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه‌ی حساسیت اضطرابی، عاطفه منفی، ناگویی خلقی و سلامت روان بیماران مبتلا به آسم با افراد عادی در شهر اهواز بود. نمونه‌ی پژوهش، شامل ۱۵۲ نفر، ۷۸ بیمار مبتلا به آسم و ۷۴ فرد عادی بود که به عنوان همراه بیمار در مطب حضور داشتند و با تکمیل ASI, TAS, PANAS, 20 و SCL-25 در این پژوهش شرکت کردند. طرح تحقیق از نوع علی-مقایسه‌ای بود و جهت آزمون فرضیه‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ استفاده شد. یافته‌ها بیانگر این بود که بیماران مبتلا به آسم از نظر متغیرهای مورد پژوهش با افراد سالم تفاوت معنی‌داری دارند به طوری که افراد بیمار در مقایسه با افراد عادی، ناگویی خلقی بیشتر، حساسیت اضطرابی بیشتر و عاطفه‌ی منفی‌تری نشان می‌دهند. اما در متغیر سلامت روان بین دو گروه بیمار و عادی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

کلید واژگان: بیماری آسم، حساسیت اضطرابی، ناگویی خلقی، عاطفه منفی و سلامت روان

* استادیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)
zargarmpmk@yahoo.com

** کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز (دبیرآموزش و پرورش شهرستان فرشبند)

*** استاد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

**** استادیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که در حال حاضر آسم به عنوان یکی از بیماری‌های مزمن شایع و یکی از جدی‌ترین مشکلات بهداشتی بوده و تهدیدی برای سلامتی به شمار می‌رود و وقتی در یک فرد بروز می‌کند، سبب دگرگونی و تغییر در ابعاد مختلف عملکرد او می‌شود (برونر^۱، ۲۰۰۸، ترجمه‌ی شبان، ۱۳۸۸).

تحقیقات حاکی از این است که حدود ۳۰۰ میلیون بیمار آسمی در جهان وجود دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶، به نقل از بارون^۲؛ باکون، کامپل و لابرککو، ۲۰۰۸) و ۶۰ درصد افراد آسمی دارای بیماری‌های آلرژیک یا آسم آلرژیک می‌باشند (آلن-رامی^۳، اسکن و تر، ویس و وسترن، ۲۰۰۵). اتویی یا بیماری‌های آلرژیک به حضور پاتن‌های ایمونو گلوبولین^۴ (E) بر می‌گردد. تعداد، عمق و نظم تنفس را می‌توان به طور ارادی تغییر داد. همچنین بسیاری از حالات گوناگون احساسی و رفتاری، بیماری‌ها، تغییر دما و نا آرامی‌ها در خواب می‌توانند تغییراتی را در نحوه‌ی تنفس به وجود آورند. وقتی فردی با امر شگفت‌آوری روبه‌رو می‌شود و یا به درد شدیدی مبتلا می‌شود، به نفس نفس زدن می‌افتد. افراد خسته و بی‌حال خمیازه می‌کشند. در غم و عشق آه می‌کشند. برخی افراد در ترس و دلهره دچار نفس نفس زدن می‌شوند. گریستن و سخن گفتن نیز دو عامل مهم در عمل تنفس هستند. حالات هیجانی در ایجاد اختلالات تنفسی به ویژه آسم نقش مهمی دارند. همچنین عوامل روانی، آلرژیک، عفونی، غدد، ارثی، اجتماعی فرهنگی و شغلی نیز هر کدام به نوبه‌ی خود تأثیر درخور توجهی در ایجاد آسم دارند. پژوهش‌های مختلف، نشان دادند که عوامل هیجانی گوناگونی در ایجاد آسم مؤثر است. این عوامل عبارتند از: تحریکات احساسی شدید و ناگهانی، تحریکات جنسی، اضطراب، حسادت و خشم. نکته‌ی جالب توجه در تمام بررسی‌ها این است که در آن سوی عوامل احساسی مختلف و گمراه‌کننده یک گروه اختطار و یا بار هیجانی عاطفی قوی نیز وجود دارند که هسته‌ی مرکزی این بیماری را تشکیل می‌دهند (معین، ۱۳۸۲).

1- Bruner

2- Barone, Bacon, Campbell, & Labrecque

3- Allen-Ramey, Schoenwetter, Weiss, & Westerman

4- immunoglobulin

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عوامل روانپزشکی می‌توانند از راه‌های گوناگون بر تظاهرات بالینی آسم تأثیر بگذارند، از جمله: آگاهی تغییر یافته از مقاومت راه‌های هوایی، تلقین پذیری نسبت به انسداد راه‌های هوایی و همراه بودن اختلال هراس و افسردگی با آسم. به نظر می‌رسد تغییرات در مقاومت هوایی نقش مهمی در مراقبت از بیماران مبتلا به آسم ایفا می‌کند. بیماران تلقین‌پذیر در قیاس با بیماران تلقین‌ناپذیر احتمال بیشتری برای مضطرب شدن و احساس آسیب‌پذیری جسمی دارند. احتمالاً همراه بودن اختلالات اضطرابی و حمله هراس با آسم سیر این کسالت را بدتر می‌کند. شیوع اختلال هراس و گذر هراسی در بیماران مبتلا به آسم بیشتر از افراد عادی گزارش شده است.

حساسیت اضطرابی نشان دهنده‌ی یک انتظار محرک و پاسخ است که منعکس‌کننده‌ی تفاوت‌های فردی در گرایش به تجربه‌ی ترس هنگام پاسخ به نشانه‌های انگیزختگی (خود فرد) است (پترسون و رایس^۱، ۱۹۹۲، به نقل از زالنسکی، آلیندر، تیلور و بوارد^۲، ۲۰۰۳).

دلایل محکمی وجود دارد که حساسیت اضطرابی به عنوان یک عامل مهم در اختلال پانیک می‌باشد (گور، کارتر و پارکر^۳، ۲۰۰۲). همچنین شواهد محکم‌تری وجود دارد که حساسیت اضطرابی رابطه‌ی قوی‌تری با اختلال پانیک دارد تا صفت اضطراب (تیلور^۴، ۱۹۹۵). شواهد روشنی وجود دارد که حساسیت اضطرابی ممکن است در ترس، پانیک و آسم تأثیر داشته باشد. حساسیت اضطرابی هم از طریق یادگیری و هم از طریق زیستی ایجاد می‌شود (دانل و مکنالی^۵، ۱۹۸۹). درمورد بچه‌های آسمی نقص بیولوژیکی این فرصت را فراهم می‌کند تا نسبت به راه هوایی بیش فعال خود حساس باشند و ترس شرطی شده را فرا گیرند. همچنین حالت بیش‌حمایتی که مشخصه‌ی والدین بچه‌های آسمی است ممکن است این اعتقاد را در این بچه‌ها تقویت کند که علایمشان خطرناک است. دو تحقیق که به وسیله‌ی کار، لهرر و هاگورن^۶ (۱۹۹۴) و کار، لهرر، رایوچ^۷ و هاگورن (۱۹۹۵) انجام شده، نشان داده است که

-
- 1- Peterson & Rise
 - 2- Zvolensky, Arrindell, Tylor, & Bouvard
 - 3- Gore, Carter, & Parker
 - 4- Taylor
 - 5- Donnell & McNally
 - 6- Carr, Lehrer, & Hochron
 - 7- Rausch

ارتباطی میان حساسیت اضطرابی و اختلال پانیک در بیماران آسمی وجود دارد. این محقق در دو مطالعه نشان داد که حساسیت اضطرابی پیش‌بینی‌کننده‌ی ترس پانیک در بیماران آسم می‌باشد. در تحقیقی که روس^۱ (۱۹۹۵) بر روی کودکان آسمی انجام داد به این نتیجه دست یافت که حساسیت اضطرابی بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی ترس پانیک در بیماران آسمی نسبت به خود‌مدیریتی، صفت اضطراب، بدکاری ریه، دانش در مورد آسم و شدت نفس‌تنگی از طریق خود‌ارزیابی می‌باشد. سیف‌نوس^۲ (۱۹۷۳) شیوع ناگویی خلقی را روی بیماران با بیماری روان‌تنی سنتی مطالعه کرد به طور کلی ماتیللا^۳ (۲۰۰۶)، به نقل از افشاری، (۱۳۸۷) عنوان می‌کند که شیوع ناگویی خلقی در مطالعات صورت گرفته بین ۷ تا ۱۹ درصد برای مردان و ۵ تا ۱۰ درصد برای زنان، در جمعیت بزرگسال می‌باشد.

چندین مطالعه گزارش کرده‌اند که رابطه‌ای مثبت میان ناگویی خلقی و مشکلات مختلف روانی وجود دارد. به جز اختلال جسمانی کردن^۴، رابطه میان افسردگی و ناگویی خلقی احتمالاً به طور جامعی موضوع تحقیق در این زمینه بوده است. اکثریت این مطالعات پیشنهاد می‌دهند که افسردگی و شدت افسردگی با ناگویی خلقی رابطه‌ی بالایی دارد (لی، روماس و مانوز^۵، ۲۰۰۷). علاوه بر این، رابطه میان ناگویی خلقی و افسردگی یا علایم افسردگی به عنوان یافته‌ی جانبی تعداد زیادی از مطالعات به دست آمده است. در پژوهشی که توسط جاناناتان، فلدمن و لهر^۶ (۲۰۰۲) بر روی ۷۴ بیمار مبتلا به آسم صورت گرفت، نتایج نشان داد که در خرده‌مقیاس دشواری در تشخیص احساسات در مقیاس ناگویی خلقی با افزایش علایم هیجانی (ترس - وحشتزدگی) و به همان اندازه علایم جسمی (خستگی) این بیماران مرتبط بود. اما با کاهش عملکرد ریوی رابطه نداشت. همچنین خرده‌مقیاس دشواری در توصیف احساسات با کاهش عملکرد ریوی رابطه داشت، ولی با احساسات جسمی و هیجانی در طول یک هفته قبل گزارش نشد. همچنین تفکر با جهت‌گیری خارجی با هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش رابطه نداشت.

-
- 1- Rose
 - 2- Sifneos
 - 3- Mattila
 - 4- somatization
 - 5- Le, Romas, & Munoz
 - 6- Jonathan, Feldman, & Lehrer

در پژوهشی که توسط پلازا، جینر، پیکادو و سورد^۱ (۲۰۰۶) در بررسی کنترل هواگیری، ادراک تنگی نفس و ناگویی خلقی در ۵۰ بیمار آسم کهنه، ۲۵ بیماری آسم غیر کهنه و ۲۵ گروه کنترل غیر آسم صورت گرفت، نتایج نشان داد شیوع ناگویی خلقی در بیماران آسمی کهنه بیشتر از آسم‌های غیر کهنه می‌باشد. اما شیوع ناگویی خلقی با پاسخ‌های هواگیری ضعیف و ادراک تنگی نفس رابطه نداشت، هرچند با بستری شدن قبلی در بیمارستان رابطه داشت. تیلور و بگبی^۲ (۱۹۹۷)، به نقل از مولر و آلپر^۳ (۲۰۰۶) در تحقیقات خود به این نتیجه دست یافتند که افراد با ناگویی خلقی بالا بیشتر مستعد این هستند که علائم هیجانی خود را به عنوان حساسیت جسمی تلقی کنند.

عاطفه مثبت گرایش به تجربه‌ی احساسات خوشایند شدید بر می‌گردد. در قطب بالای آن شور و هیجان و خوشحالی قرار دارد. در قطب پایین آن این احساسات غایب هستند یا وجود ندارند. اما الزاماً عواطف منفی وجود ندارند. عاطفه منفی گرایش به تجربه‌ی احساسات ناخوشایند شدید اطلاق می‌شود، در قطب بالای آن احساساتی مانند خشم، اضطراب و ... وجود دارند. در قطب پایین، این احساسات وجود ندارند ولی الزاماً احساسات مثبت هم وجود ندارد (کروپانزو، ویس، هال و رب^۴، ۲۰۰۳). چندین محقق گزارش کرده‌اند که رابطه‌ی مثبتی میان عاطفه منفی و گزارش علائم وجود دارد. فرضیه ادراک علائم دو دیدگاه را در این زمینه معرفی می‌کند. اول اینکه عاطفه منفی به عنوان یک عامل مزاحم و یا سودار که به عنوان علائم هیجانی و فیزیولوژی روانی خوش‌خیم اطلاق می‌شود که با بیماری ارتباطی ندارد. دوم اینکه افراد با عاطفه منفی بالا نسبت به افرادی با عاطفه منفی پایین به احتمال زیاد روی حالت‌های جسمی خود که پیش‌بینی‌کننده‌ی اصول بیماری هستند، دقت و توجه می‌کنند (مورا، هالم، لونتال و کریک^۵، ۲۰۰۷). مورا و همکاران (۲۰۰۷) یک مدل برای صفت عاطفه منفی و علائم آسم معرفی کردند. در این تحقیق مشخص شد که نگرانی‌های آسم، گوش به‌زنگی علائم آسم را افزایش می‌دهد که این عامل میزان اضطراب و ترس را افزایش می‌دهد. این تحقیق نشان داد که عاطفه منفی ادراک علائم را در بیماری آسم افزایش می‌دهد. همچنین عاطفه منفی به رشد

1- Plaza, Giner, Picado, & Sureda

2- Bagby

3- Mueller & Alpers

4- Cropanzano, Weiss, Hall, & Reb

5- Mora, Halm, Leventha, & Ceric

و توسعه‌ی نگرانی آسم کمک می‌کند که در نهایت منجر به افزایش انسداد و علایم آسم می‌شود. این یافته‌ها در شکل زیر نشان داده شده است. در این تحقیق به این نتیجه رسیدند که صفت عاطفه منفی هم با علایم آسم ارتباط دارد و هم با علایم غیر آسم ولی با نگرانی آسم ارتباط ویژه‌ای دارد که این خود موجب به وجود آمدن علایم آسم می‌شود. همچنین ارتباط میان نگرانی آسم و علایم آسم به طور معنی‌داری گزارش شد.

در مطالعه‌ای اسکوت، ونکروف، اورمل و ژانگ^۱، (۲۰۰۷) که به بررسی اختلالات روانی در بیماران آسم در ۱۷ کشور جهان پرداختند به این نتیجه دست یافتند که اختلالات روانی به میزان بیشتری در جوانان مبتلا به آسم رخ می‌دهد بنابراین به متخصصان این حوزه پیشنهاد می‌دهند که به وقوع همزمان این اختلالات و بیماری آسم توجه ویژه‌ای داشته باشند. گودوین، پاکورا، کاکس و سارن^۲ (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی آسم و اختلالات روانی در جمعیت کانادا پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که بیماران مبتلا به آسم نیاز به سرویس بهداشت روان بیشتری دارند و رابطه معنی‌داری بین آسم و اختلال روانی وجود دارد. تحقیق حاضر در پی این مسئله است که آیا بین بیماران مبتلا به آسم و افراد عادی از لحاظ حساسیت اضطرابی، ناگویی خلقی، عاطفه منفی و سلامت روان تفاوت وجود دارد؟

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین حساسیت اضطرابی، ناگویی خلقی، عاطفه منفی و سلامت روان بیماران مبتلا به آسم و افراد عادی تفاوت وجود دارد.
- ۱-۱. حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به آسم از افراد عادی بیشتر است.
- ۱-۲. ناگویی خلقی بیماران مبتلا به آسم از افراد عادی بیشتر است.
- ۱-۳. عاطفه منفی بیماران مبتلا به آسم از افراد عادی بیشتر است.
- ۱-۴. سلامت روان بیماران مبتلا به آسم از افراد عادی بیشتر است.

روش پژوهش

در این پژوهش از روش علی- مقاسیه‌ای استفاده شد. جامعه‌ی آماری در این تحقیق

1- Scott, Von Korff, Ormel, & Zhang
2- Goodwin, Pagura, Cox, & Sareen

کلیه‌ی بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به مطب‌های تخصصی شهر اهواز بود. پس از هماهنگی با پزشک متخصص آسم و آلرژی و مطرح کردن موضوع پژوهش و اهمیت آن، هر بیمار مراجعه کننده به مطب در صورت ابتلا به بیماری آسم به پژوهشگر ارجاع داده شد. بدین ترتیب پزشک سعی می‌کرد بیماران آسمی که سابقه‌ی حداقل ۶ ماهه داشتند را به پژوهشگر معرفی کنند و بیمارانی که برای اولین بار به این پزشک مراجعه می‌کردند را معرفی نکنند. به این ترتیب تعداد ۷۸ بیمار مبتلا به آسم که سابقه‌ی حداقل ۶ ماه داشتند به عنوان نمونه و با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. انتخاب گروه عادی از میان همراهان بیماران بود که در نهایت ۷۴ نفر به عنوان گروه عادی که از لحاظ جنسیت، سن و تحصیلات همتا شدند، انتخاب شدند.

ابزار تحقیق

۱. مقیاس ناگویی خلقی تورنتو^۱ (TAS-20)

این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی، تیلور و پارکر تجدید نظر گردید، نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی دوم مقیاس ناگویی خلقی تورنتو ۲۰ سؤالی بود که پیشرفتی برای سازندگان اولیه مقیاس، به نظر می‌رسد. بگی و همکاران دریافتند که در پژوهش اعتبار یابی آنها، TAS-20 واجد سه عامل ساختاری است که با سازه‌ی ناگویی خلقی همخوانی داشت. پژوهش‌های دیگر نیز از این نتایج حمایت کردند (بگی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴، به نقل از افشاری، ۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعددی بررسی و تأیید شده است (پالمر، گیگانس، مانوکا و سیوف^۲ (۲۰۰۴)؛ کللند، ماگورا، فوت، روزنبلوم و کازانکه^۳ (۲۰۰۵)، به نقل از افشاری، ۱۳۸۷). در ایران این مقیاس توسط محمد ترجمه شد و پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای کل ۰/۸۱ و سه خرده آزمون آن به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۵ و ۰/۶۶ محاسبه نموده است و بشارت (۲۰۰۷) نیز ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه‌ی

1- Toronto Alexithymia Scale - 20

2- Palmer, Gignac, Manoca, & Syough

3- Cleland, Magura, Foote, Rosenblum, & Kosanke

ناگویی خلقی و سه مؤلفه دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری بیرونی را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه کرده است که نشانه‌ی همسانی درونی خوب مقیاس است (افشاری، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس برای کل از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و سه خرده‌آزمون آن به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۷۲ و ۰/۵۱ به دست آمد.

۲. شاخص حساسیت اضطرابی^۱

شاخص حساسیت اضطرابی یک مقیاس ۱۶ آیتمی است که ترس از تجربه کردن علایم اضطراب را ارزیابی می‌کند. آیتم‌های این مقیاس احتمال پیامدهای منفی علایم اضطراب را اندازه‌گیری می‌کند. آیتم‌ها روی یک مقیاس پنج نقطه‌ای (۱= بسیار کم، تا ۵= بسیار زیاد) از سوی آزمودنی رتبه‌بندی می‌شوند. حساسیت اضطرابی بالا با گذر هراسی، اختلال وحشتزدگی، یا دیگر اختلالات اضطرابی مرتبط است (پیترسون و ریس، ۱۹۹۲).

شاخص حساسیت اضطرابی دارای پایایی باز آزمون (دو هفته=۰/۷۵ و سه هفته=۰/۷۱) ضریب آلفا ۰/۸۸ قابل قبولی می‌باشد (پیترسون و ریس، ۱۹۹۲، مالر^۳ و ریس، ۱۹۹۲). شاخص حساسیت اضطرابی با مقیاس اضطراب آشکار^۴ تیلور و سیاهه فراوانی اضطراب^۵ رابطه‌ی مثبتی دارد (پیترسون و ریس، ۱۹۹۲؛ مالر و ریس، ۱۹۹۲). در پژوهش حاضر نیز پایایی این شاخص با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ که در حد رضایت بخش می‌باشد. به علاوه برای بررسی روایی از مقیاس سلامت عمومی (GHQ^۶) استفاده شد. میزان ضریب همبستگی این شاخص با مقیاس سلامت عمومی ۰/۵۱ به دست آمد که در سطح $p < 0.001$ معنی‌دار می‌باشد.

۳. مقیاس SCL-25

مقیاس SCL-25 یک مقیاس ۲۵ آیتمی است. این مقیاس توسط نجاریان و داوودی

- 1- Anxiety Sensitivity Index
- 2- Peterson & Reiss
- 3- Maller
- 4- Manifest Anxiety Scale
- 5- Anxiety Frequency Checklist
- 6- General health questionnaire

(۱۳۸۰) با استفاده از مقیاس SCL-90-R برای سنجش آسیب روانی، ساخته و در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اعتباریابی شده است و یک مقیاس روا و معتبر برای سنجش آسیب روانی است. پایایی این مقیاس را از طریق همسانی درونی و ضرایب باز آزمایی مورد بررسی قرار دادند، همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، ۰/۹۷ و ضرایب پایایی به شیوه‌ی باز آزمایی ۰/۷۸ گزارش شده است. همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب عمومی (نجاریان، ۱۳۷۴)، فرم کوتاه پرسشنامه بک (بک و بک، ۱۹۷۲)، مقیاس کمال‌گرایی اهواز (نجاریان، عطاری و زرگر، ۱۳۸۰) و مقیاس سرسختی (کیامرثی و همکاران، ۱۳۷۷) در نمونه‌های دانشجویی بررسی گردید. ضریب همبستگی SCL-25 با مقیاس اضطراب عمومی ۰/۶۹، با افسردگی ۰/۴۹، با سرسختی روان شناختی ۰/۵۶ و با کمال‌گرایی ۰/۶۶ گزارش شد که همه‌ی ضرایب در سطح $p < ۰/۰۱$ معنی‌دار هستند (به نقل از فتاحی نیا، ۱۳۸۸).

۴. مقیاس عاطفه مثبت و منفی

مقیاس‌های عاطفه مثبت و عاطفه منفی یک ابزار ۲۰ آیتمی است که برای اندازه‌گیری دو بعد خلقی یعنی عاطفه مثبت و عاطفه منفی طراحی شده‌اند (واتسن، کلارک و تلجین، ۱۹۸۸). هر خرده مقیاس ۱۰ آیتم دارد. آیتم‌ها روی یک مقیاس پنج نقطه‌ای (۱=بسیار کم، تا ۵=بسیار زیاد) از سوی آزمودنی رتبه‌بندی می‌شوند. مقیاس‌های عاطفه مثبت و منفی از ویژگی‌های مطلوب روانسنجی برخوردار است. واتسن و همکاران، (۱۹۸۸) در محاسبه‌ی پایایی از راه بازآزمایی با فاصله‌ی ۸ هفته‌ای برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ به دست آوردند. در پژوهش استراند، الکس، زایوتراب و سیگرید (۲۰۰۶) میزان پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای عاطفه منفی و ۰/۸۳ برای عاطفه مثبت به دست آوردند.

ضرایب درونی (آلفا) برای خرده مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی، ۰/۸۷ است. در محاسبه‌ی روایی نیز همبستگی‌های میان این خرده مقیاس‌ها با برخی ابزارهای سنجش که سازه‌های مرتبط با این عواطف را می‌سنجند مانند اضطراب و

1- Watson, Clark, & Tellegen

2- Strand

افسردگی بالا گزارش شده است. برای نمونه، همبستگی خرده مقیاس عاطفه‌ی منفی با سیاهه‌ی افسردگی بک (BDI)، ۰/۵۸ و همبستگی خرده مقیاس عاطفه‌ی مثبت با این پرسشنامه، ۰/۳۶- و نیز همبستگی خرده مقیاس عاطفه‌ی منفی با مقیاس اضطراب آشکار پرسشنامه‌ی اضطراب آشکار- نهان، ۰/۵۱ و همبستگی خرده مقیاس عاطفه‌ی مثبت با مقیاس اضطراب آشکار، ۰/۳۵- گزارش شده است (واتسن و همکاران، ۱۹۸۸). در ایران بخشی‌پور و دژکام (۱۳۸۴) این مقیاس را ترجمه نمودند و پایایی و روایی آن را در حد مناسب گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار، در متغیر حساسیت اضطرابی، عاطفه‌ی منفی، ناگویی خلقی و سلامت روان

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار
حساسیت اضطرابی	افراد بیمار	۲۱/۹۲	۹/۵۷
	افراد عادی	۱۳/۰۵	۷/۶۷۶
عاطفه منفی	افراد بیمار	۳۱/۲۹	۷/۴۸
	افراد عادی	۲۷/۱۱	۶/۴۵
ناگویی خلقی	افراد بیمار	۶۲/۰۲	۱۰/۷۰
	افراد عادی	۵۶/۴۱	۸/۷۹
سلامت روان	افراد بیمار	۳۹/۵۰	۱/۵۸
	افراد عادی	۳۴/۳۲	۱/۷۴

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین حساسیت اضطرابی در افراد عادی ۱۳/۰۵ و در افراد بیمار ۲۱/۹۲ می‌باشد و میانگین گروه بیمار در نمره عاطفه‌ی منفی ۳۱/۲۹ و افراد عادی ۲۷/۱۱ می‌باشد. به علاوه میانگین افراد بیمار در ناگویی خلقی ۶۲/۰۲ و افراد عادی ۵۶/۴۱ به دست آمد. با توجه به جدول ۱ مشاهده می‌شود که میانگین نمره‌ی سلامت روان در گروه بیمار ۳۹/۵۰ و گروه عادی ۳۴/۳۲ است.

یافته‌های مربوط به فرضیه‌های تحقیق

قبل از انجام تحلیل ابتدا به بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس پرداخته می‌شود.

بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس: به منظور بررسی مناسب بودن داده‌ها برای انجام تحلیل کواریانس مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها و فرض همگنی شیب‌ها در ادامه مورد بحث قرار گرفته است.

جدول ۲. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین در افراد بیمار و عادی، بر اساس متغیرهای پژوهش

متغیر	F	df1	df2	سطح معنی داری
ناگویی خلقی کل	۰/۹۱	۱	۱۵۰	۰/۳۴
حساسیت اضطرابی	۲/۹۴	۱	۱۵۰	۰/۰۸
عاطفه‌ی منفی	۰/۷۱	۱	۱۵۰	۰/۳۹
سلامت روان	۰/۵۶	۱	۱۵۰	۰/۴۵

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج آزمون همگنی واریانس‌های دو گروه (آزمون لوین) در رابطه متغیرهای مورد مقایسه معنی‌دار نمی‌باشند. بنابراین نتیجه می‌گیریم واریانس‌های دو گروه یکسان است.

بررسی فرض همگنی شیب‌ها: این آزمون لازم است قبل از اجرای تحلیل کواریانس انجام شود. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی (در این پژوهش پیش آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (پس آزمون‌ها) در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم باشد. لازم به توضیح است که در این پژوهش پس آزمون‌های کیفیت خواب و کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای وابسته و پیش آزمون‌های آنها به عنوان متغیرهای کمکی در نظر گرفته شدند. آنچه مورد نظر خواهد بود تعاملی غیر معنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی است که در این پژوهش این تعامل‌ها غیر معنی‌دار به دست آمدند. بنابراین، داده‌ها برای تحلیل کواریانس مناسب می‌باشند.

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، بین گروه عادی و بیمار از لحاظ متغیرهای روان‌شناختی مورد مقایسه در سطح $p < 0/001$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه ۱ پژوهش حاضر تأیید می‌شود. بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت در مرحله بعد از طریق تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا به بررسی ۴ فرضیه‌ی فرعی این پژوهش

جدول ۳. نتایج حاصل از تجزیه تحلیل مانوا بر روی میانگین نمره‌های حساسیت اضطرابی، ناگویی خلقی و عاطفه‌ی منفی آزمودنی‌های بیمار و عادی

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلاپی	۰/۲۴	۱۱/۵۹۵	۴	۱۴۷	<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۷۶	۱۱/۵۹۵	۴	۱۴۷	<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۳۱۶	۱۱/۵۹۵	۴	۱۴۷	<۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۳۱۶	۱۱/۵۹۵	۴	۱۴۷	<۰/۰۰۱

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا بر میانگین نمره‌های ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و عاطفه‌ی منفی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
حساسیت اضطرابی	۲۹۸۶/۳۲۱	۱	۲۹۸۶/۳۲۱	۳۹/۷۹۲	<۰/۰۰۱
ناگویی خلقی	۱۱۹۴/۷۹۳	۱	۱۱۹۴/۷۹۳	۱۳/۱۱۴	<۰/۰۰۱
عاطفه منفی	۶۶۳/۶۶۹	۱	۶۶۳/۶۶۹	۱۴/۳۴۰	<۰/۰۰۱
سلامت روان	۱۰۱۵/۵۲۵	۱	۱۰۱۵/۵۲۵	۳/۱۴۵	۰/۰۷۸

می‌پردازیم که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ درج شده است. همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، بین دو گروه آزمودنی از لحاظ حساسیت اضطرابی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$, $F=13/114$). بنابراین فرضیه ۱-۱ این پژوهش تأیید شد. همچنین بین این دو گروه از لحاظ ناگویی خلقی ($p < 0/001$) و تفاوت معنی‌داری به دست آمد. بنابراین فرضیه ۱-۲ پژوهش حاضر تأیید شد. مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که در متغیر عاطفی منفی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$ و $F=14/340$). بنابراین فرضیه ۱-۳ پژوهش حاضر نیز تأیید شد. همچنین با توجه به جدول ۴ یافته‌ها نشان داد که در متغیر سلامت روان تفاوت معنی‌داری بین بیماران مبتلا به آسم و افراد عادی وجود ندارد ($p < 0/078$ و $F=3/145$). بنابراین فرضیه ۱-۴ پژوهش تأیید نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده شد بین دو گروه بیمار و عادی از نظر حساسیت

اضطرابی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میانگین حساسیت اضطرابی گروه بیمار نسبت به گروه عادی بیشتر است. بنابراین فرضیه ۱-۱ پژوهش تأیید شد. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش بارون و همکاران (۲۰۰۸) که در پژوهش خود یافتند میزان حساسیت اضطرابی در بیماران آسمی‌ها بیشتر بود و نیز با پژوهش کار و همکاران (۱۹۹۵، ۱۹۹۴) همسو است.

بارون و همکاران (۲۰۰۸) در تبیین حساسیت اضطرابی چنین بیان داشتند، که در بیماران آسمی حضور حساسیت اضطرابی شاید به خاطر تکرار تجربه‌های آلرژیک این بیماران باشد. یعنی حضور آلرژی بر حضور اختلالات اضطرابی مقدم است. بر این اساس می‌توان بیان داشت که واکنش‌های آلرژیک باعث تحریک سیستم خودمختار، اتساع مجرای خون و حساسیت این بیماران شود که این عوامل می‌تواند خطرزا، تهدید کننده‌ی زندگی و باعث به وحشت انداختن این بیماران شود که در نهایت ممکن است این بیماران را مستعد اضطراب و حساسیت اضطرابی نماید. همچنین در احتمالی دیگر ممکن است حساسیت اضطرابی مقدم بر علائم آلرژیک بیماران آسم باشد. نظریات بیولوژیکی بیان می‌کند که افزایش حساسیت اضطرابی می‌تواند به حضور علائم آلرژیک در بیماران آسمی منجر شود. بیماران با حساسیت اضطرابی بیشتر به احتمال زیادی ممکن است یک حالت تحریک- پاسخدهی^۱ محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال را توسعه دهند که به وسیله‌ی آن ترشح کورتیزول تقلیل می‌یابد و به افزایش ترشح سیتوکینس^۲ منجر می‌شود که این به نوبه‌ی خود باعث علائم آلرژیک در بیماران آسمی می‌شود.

بر اساس مندرجات جدول ۴ مشاهده شد که بین دو گروه بیمار و عادی از لحاظ ناگویی خلقی تفاوت وجود دارد. بنابراین فرضیه ۱-۲ پژوهش تأیید شد. همخوان با این نتایج در چندین پژوهش (برادیس، ۲۰۰۷؛ به نقل از فتاحی نیا، ۱۳۸۳) همبستگی معنی‌داری بین علائم اختلال شبه جسمی و نمره‌های آزمون TAS-20 گزارش کردند. همخوان با این نتایج، جانانان و همکاران (۲۰۰۲) در پژوهشی یافتند که ناگویی خلقی و متغیر مشکل در توصیف احساسات و مشکل در تشخیص احساسات با علائم جسمی و هیجانی مرتبط بود. همچنین پلازا و همکاران (۲۰۰۶) یافتند که ناگویی خلقی در گروهی که آسم شدیدتری داشتند، بیشتر بود و با ادراک تنگی نفس ارتباط داشت که در جهت تأیید فرضیه‌ی پژوهش حاضر است.

1- hypo-responsiveness

2- cytokines

وایس (به نقل از معین، ۱۳۸۲) بر اساس پژوهشی روانکاوانه گزارش داد حمله‌ی آسم بیانگر گریه‌های سرکوب شده به خاطر مادر است. هالیدی^۱ (به نقل از معین، ۱۳۸۲) به رابطه‌ی آسم و گریستن اشاره کرده است. نظریه‌ی اخیر با این واقعیت تأیید شده است که طبق گزارش بیماران مبتلا به آسم، گریستن برای آنها دشوار است. افزون بر این بارها مشاهده شده است که وقتی بیماران با گریستن احساسات خود را ابراز دارند، حملات آسم آنها فوراً متوقف می‌شود. این ناتوانی در بیان احساسات یکی از ویژگی‌های بارز افراد ناگویی خلقی است که در افراد آسمی زیاد دیده می‌شود. با توجه به این نظریات، این نکته مشخص می‌شود بروز آسم به خاطر ناتوانی در بیان احساسات باشد و حمله آسم جانشینی برای بیان احساسات و هیجانات بیماران آسمی باشد. به خاطر تأثیر ناگویی خلقی در بیماران آسم است که بعضی محققان ذکر کرده‌اند که حضور ناگویی خلقی می‌تواند در کنترل پزشکی آسم دخالت کند. دریکس، رابینسون و دریکس^۲ (۱۹۸۱) بیان داشتند که حضور ناگویی خلقی باعث افزایش بستری شدن بیماران آسم می‌شود و این افراد چون مشکل در بیان احساسات دارند پزشکان معمولاً سطح کنترل آسم آنها را کمتر از حد واقعی ارزیابی می‌کنند و باعث می‌شود که این پزشکان داروهای ضد آسم ضعیف‌تری به آنها دهند. به علاوه پلازا و همکاران (۲۰۰۶) یافتند که درمان ناگویی خلقی باعث کاهش در تعداد بستری شدن بیماران آسمی می‌شود. بنابراین استفاده از متخصصان سلامت روان می‌تواند کمک زیادی به بیماران آسمی انجام دهد، مخصوصاً اینکه باعث کاهش بازگشت دوباره به بیمارستان و مراکز درمانی آسم می‌شود.

همان طور که در جدول ۴ مشاهده شد بین دو نمونه‌ی بیمار و افراد عادی از نظر ویژگی عاطفه‌ی منفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و فرضیه ۳-۱ این پژوهش تأیید شد. نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر با نتایج حاصل از پژوهش وندنبرگ^۳، وینترز، دوریس و وندیست (۲۰۰۴) و دپیتر، پوت، لمیگر، دمتس، ولدن^۴ و وندنبرگ (۲۰۰۷) همخوان است. این نتایج و نتایج پژوهش حاضر بیان می‌کند که عاطفه‌ی منفی در بیماران آسم از گروه عادی بیشتر است. بیماران آسمی با افزایش عاطفه‌ی منفی، زندگی‌شان کمتر شاداب می‌شود. انتظار وقوع حمله‌ی آسم ممکن است عواطف را در این بیماران تحت تأثیر قرار دهد و آنها نتوانند به وقایع مثبت‌تر

1- Holiday

2- Dirks, Robinson, & Dirks

3- Van den Bergh

4- De Peuter, Put, Lemaiger, Demedts, & Vweleden

بندیشند، که خود یک چرخه‌ای معیوب بین عاطفه منفی و بیماری آسم ایجاد می‌کند. نتیجه‌ی پژوهش حاضر با پژوهش ریتوولد، بست و پرینز^۱ (۲۰۰۵) همسو نبود. نتایج به دست آمده را می‌توان با توجه به پژوهش میکلسن و اینارسن^۲ (۲۰۰۲) تبیین کرد. آنها در پژوهشی یافتند که عاطفه منفی هم با شکایت‌های روان‌تنی و هم روان‌شناختی رابطه دارد. عاطفه منفی به عنوان عاملی میانجی در میان رفتارهای تهدیدآمیز، شکایت‌های روان‌شناختی و شکایت‌های روان‌تنی می‌باشد. می‌توان این تبیین را با توجه به پژوهش دپیتر و همکاران (۲۰۰۷) داشت که تجربه‌ی علائم آسم در زمینه‌ی خاص ممکن است تجربه‌ی علائم مشابه را وقتی که بیمار با آن زمینه مواجه می‌شود فراخواند. بنابراین به احتمال زیاد چنین یادگیری‌های منفی در بیماران آسمی که عاطفه منفی بالاتری دارند بیشتر رخ می‌دهد.

همان طور که در جدول ۴ مشاهده شد بین دو گروه بیمار و عادی در متغیر سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بنابراین فرضیه ۴-۱ تأیید نشد. نتیجه‌ی این پژوهش با پژوهش گودوین و همکاران (۲۰۱۰) و اسکوت و همکاران (۲۰۰۷) همسو نمی‌باشد. شاید بتوان گفت بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به پزشک در کلینیک، چون شدت بیماری‌شان در حد متوسط بوده از لحاظ روانی با افراد عادی تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشته باشند. همچنین عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین بیماران و افراد عادی از لحاظ سلامت روان، ممکن است نشانگر این باشد که این ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و عاطفه منفی به طور مستقیم و بدون واسطه و ارتباط با آسیب‌های روان‌شناختی نیز در ابتلا با بیماری آسم مؤثر است و این مسئله می‌تواند اهمیت و جایگاه این ویژگی‌ها را در ارتباط با بیماری آسم و شاید دیگر علائم روان‌تنی، مورد توجه قرار دهد.

با توجه به اینکه بیماران آسم مراجعه کننده به مطب‌های تخصصی اغلب از نظر شدت علائم سطح متوسطی را نشان می‌دهند، بنابراین در تعمیم نتایج این تحقیق به بیماران آسم با علائم شدید بستری در بیمارستان و یا علائم خفیف در جمعیت عمومی (عدم مراجعه به پزشک) باید جانب احتیاط را رعایت کرد. آموزش هوش هیجانی و بکارگیری روش‌های پیشگیری از اضطراب و افسردگی در گروه‌های هدف از جمله دانش‌آموزان و دانشجویان می‌تواند در پیشگیری از بیماری‌هایی همچون آسم مؤثر باشد که گسترش این امر از

1- Rietveld, Beest, & Prins

2- Mikkelsen & Einarsen

پیشنهاد‌های این تحقیق می‌باشد.

منابع

فارسی

افشاری، افروز (۱۳۸۷). بررسی صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، رویدادهای استرس‌زا و جنسیت به عنوان پیشبین‌های ناگویی خلقی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

بخشی‌پور، عباس و دژکام، محمود (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. فصلنامه روان‌شناسی، سال نهم، شماره ۴، پیاپی ۳۶.

برونر س. (۲۰۰۸). تنفس و تبادلات گازی. ترجمه‌ی مرضیه شبان. تهران، سالمی، ۱۳۸۸.
فتاحی‌نیا، مرضیه (۱۳۸۸). مقایسه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (IBS) با افراد غیر بیمار از نظر متغیرهای روانشناختی (پنج عامل بزرگ شخصیت، کمال‌گرایی، الکسی تایمی) با کنترل سلامت روان مراجعه‌کننده به مطب‌های گوارش در شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

معین، مصطفی (۱۳۸۲). بیماری آسم. تهران: نشر دانشگاهی.
نجاریان، بهمن و داودی، ایران (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی SCL-25 (فرم کوتاه مدت SCL-90-R). مجله روانشناسی، ۵ (۲)، ۱۶-۱۴۹.

لاتین

Allen-Ramey, F., Schoenwetter, W. F., Weiss, T. W., Westerman, D., Majid, N., & Markson, L. E. (2005). Sensitization to common allergens in adults with asthma. *Journal of the American Board of Family Practice*, 18 (5), 434-439.

Barone, S., Bacon, S. L., Campbell, T. S., Labrecque, M., Ditto, B., & Lavoie, K. L. (2008). The association between anxiety sensitivity and atopic in adult asthmatics. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 331-339.

Carr, R. E., Lehrer, P. M., & Hochron, S. M. (1995). Predictors of panic-fear in asthma. *J Health Psychology*, 14, 421-426.

Carr, R. E., Lehrer, P. M., Rausch, L. L., & Hochron, S. M. (1994).

- Anxiety sensitivity and panic attacks in an asthmatic population. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 411-418.
- Cropanzano, R., Weiss, H. M., Hale, J. M. S., & Reb, J. (2003). The structure of affect: Reconsidering the relationship between negative and positive affectivity. *Journal of Management*, 29, 831-857.
- De Peuter, S., Put, C., Lemaiger, V., Demedts, M., Vweleden, G., & Van den Bergh, O. (2007). Context-evoked overperception in asthma. *J Psychology and Health*, 22 (6), 737-748.
- Dirks, J. F., Robinson, S. K., & Dirks, D. L. (1981). Alexithymia and the psychomaintenance of bronchial asthma. *Psychother Psychosom*, 36, 63-71.
- Donnell, C. D. & McNally, R.J. (1989). Anxiety sensitivity and history of panic as predictors of response to hyperventilation. *J Behaviuor Research and Therapy*, 325-332
- Goodwin, R. D., Pagura, J., Cox, B., & Sareen, J. (2010). Asthma and mental disorders in Canada: impact on functional impairment and mental health service use. *J Psychosom Res*, 68 (2), 165-73.
- Gore, K. L., Carter, M. M., & Parker, s. (2002). Predicting anxious response to social challenge: The predictive utility of the social interaction anxiety scale and the social phobia scale in college population, *Behavior Research and Therapy*, 40, 689-700.
- Jonathan, M., Feldman, P. M., & Lehrer., S., M. (2002). The predictive value of the Toronto Alexithymia Scale among patients with asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1049-1052.
- Le, N. H., Romas, M, A., & Munoz, R. F. (2007). The relationship between alexithymia and perinatal depressive symptomatology. *J Psychosom Res*, 62, 215-222.
- Maller, R. G., & Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 241-247.
- Mikkelsen, E. G., & Einarsen, S. (2002). Relationship between exposure to bulling at work psychological and psychosomatic health complains: The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy, *Scandinavian Journal of psychology*, 43, 397-405.
- Mora, P., Halm, E., Leventhal. H., & Ceric, F. (2007). Elucidating the Relationship Between Negative Affectivity and Symptoms: The Role of Illness-Specific Affective Responses, *Ann Behav Med*, 34 (1), 77-86.
- Mueller, J., & Alpers, J. W. (2006). Two facets of being bothered by bodily sensations: anxiety sensitivity and alexithymia in psychosomatic patients. *J Comprehensive Psychiatry*, 47, 489-495.

- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Revised Manual*. Worthington: *International Diagnostic Systems Publishing Corporation*.
- Plaza, V., Giner, J., Picado, C., Sureda, B., Serrano, J., Casan, P., De Pablo, J., & Sanchis, J. (2006). Control of Ventilation, Breathlessness Perception and Alexithymia in Near-Fatal Asthma, *Journal of Asthma*, 43 (8), 639-644.
- Rietveld, S., Beest, L. V., & Prins, P. J. M. (2005). The Relationship between specific anxiety syndromes and somatic symptoms in adolescents with asthma and other chronic diseases, *Journal of Asthma*, 42, 725-730.
- Rose, L. (1996). *Anxiety Sensitivity and Panic-Fear in Pediatric Asthma*. doctoral dissertation. University of Alberta.
- Scott, K. M., Von Korff, M., Ormel, J., Zhang, M. Y., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kessler, R. C., Tachimori, H., Karam, E., Levinson, D., Bromet, E. J., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Angermeyer, M. C., Borges, G., Girolamo, G., Herman, A., & Haro, J. M. (2007). Mental disorders among adults with asthma: results from the World Mental Health Survey. *Gen Hosp Psychiatry*, 29 (2), 123-33.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithmic characteristics' in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 22, 255-262
- Strand, e. b., & Alex, J., Zautrab, M. T., Sigrid, A., Till, U., & Finseta, A. (2006) Positive affect as a factor of resilience in the pain—negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 477-484
- Taylor, S. (1995). Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *J Behavior Research and Therapy*, 245-258.
- Van den Bergh, O., Winters, W., Devriese, S., Van Diest, I., Vos, G., & De Peuter, S. (2004). Accuracy of respiratory symptom perception in persons with high and low negative affectivity. *Psychol Health*, 19, 213-22.
- Watson, C. L. A., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54, 1063-1070.
- Zvolensky, M. J., Arrindell, W. A., Tylor, S., Bouvard, M., Stewart, S. H., Cox, B. J., Sandin, B., Cardenas, S. J., & Eifert, G. H. (2003). Anxiety sensitivity in six countries. *Behavior Research and Therapy*, 41, 841-85.