

تأثیر آموزش شیوه های مقابله با استرس بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران خاص

فضل اله فاطمیان راد^{۱*}، نجمه مستنبط^۲، محمد نوالعدل^۱

^۱مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۲دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۳/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: عدم آگاهی و ترس از درمان، زمینه مناسبی را جهت بروز و تشدید واکنش های روانی به وجود می آورد، که لازم است افراد شیوه های مقابله ای مناسب را یاد بگیرند. هدف این مطالعه تعیین تأثیر آموزش شیوه های مقابله با استرس بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران خاص بود.

روش بررسی: این پژوهش کارآزمایی بالینی بر روی ۳۰ نفر از بیماران خاص مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی یاسوج به صورت پیش آزمون و پس آزمون انجام شد. بیماران به طور تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده پرسش نامه اختصاصی افسردگی، اضطراب و استرس داس ۴۲ لابیوند و پرسش نامه دموگرافیک بود. برای گروه آزمون ۷ جلسه ۱/۵ ساعته کلاس آموزش شیوه های مقابله با استرس برگزار شد. داده ها با آزمون های آماری مجذور کای، تی وابسته و مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی داری در میزان افسردگی، اضطراب و استرس وجود نداشت، اما بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی داری در میزان استرس (۲۳/۱ قبل از مداخله به ۱۷/۵ بعد از مداخله) و اضطراب (۱۵ قبل از مداخله به ۱۰/۹ بعد از مداخله) مشاهده شد ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: آموزش شیوه های مقابله در کاهش استرس و اضطراب بیماران خاص مؤثر بوده و می تواند سبب کاهش نسبی افسردگی این بیماران شود.

واژه های کلیدی: بیماران خاص، شیوه های مقابله، افسردگی، اضطراب، استرس

*نویسنده مسئول: فضل اله فاطمیان راد، یاسوج دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پیراپزشکی

Email: Fatemyan321@yahoo.com

مقدمه

میان فرد و بیماری رابطه‌ای برقرار شود که در آن احساس آرامش و امنیت فرد افزایش یابد(۲). برقراری این ارتباط باید به گونه‌ای آموزش داده شود تا دوباره تعادل جسمی، روانی، رفتاری و شخصیتی فرد در حد امکان بازگردد. در چنین شرایطی، آموزش‌ها به طور کلی بر دو جنبه فعال کردن توانایی‌های درونی فرد بیمار و استفاده از نیروهای خارج از فرد، مانند اطرافیان، ابزار، داروها و امکانات درمانی تکیه دارد(۳).

با توجه به موارد فوق و شیوع بالای استرس، اضطراب و افسردگی، به کارگیری درمان‌هایی به غیر از درمان‌های دارویی جهت کاهش این بیماری‌ها و یا علائم آنها ضروری است. آموزش شیوه‌های مقابله با استرس یکی از این روش‌هاست و امروزه به طور فزاینده‌ای جهت مقابله با فشارهای روانی به کار برده می‌شود (۴).

مقابله با مسائل و مشکلات یک صفت پایدار شخصیتی است که برای رسیدن فرد به معنای زندگی و یا نگهداری آن و اهداف مربوط به دوره خاصی از رشد لازم است (۵). همچنین معتقدند مقابله یک تلاش شناختی - رفتاری است که برای کاهش یا تحمل فشار درونی و یا بیرونی که به وسیله عوامل فشار آور ایجاد شده است، به کار می‌رود. در پی شناسایی عوامل فشار روانی و انباشت نتایج تحقیقات در خصوص موقعیت‌های مختلفی که افراد را به استرس دچار می‌سازد، محققین درصدد کشف و آرایه

در ایران بیماری‌های هموفیلی، تالاسمی، بیماری‌های کلیوی مزمن و مولتیپل اسکلروزیس با توجه به شرایط مزمن بودن، صعب‌العلاج یا درمان‌ناپذیر بودن و هزینه درمان بالا به بیماری‌های خاص شهرت دارند که نزدیک به نیم درصد از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند. از جمله فشارهای روانی که به این بیماران وارد می‌شود، شامل؛ طولانی مدت بودن درمان و مراجعه همیشگی به مراکز بهداشتی درمانی، وقت گیر بودن، عوارض ناشی از درمان، از دست دادن شغل، ناتوانی نسبت به انجام فعالیت‌های روزانه به صورت متعارف، سوءتغذیه و مهمتر از همه این که مراکز بهداشتی درمانی فقط به درمان بالینی این بیماران توجه دارد، بنابراین اختلال عمده در سبک زندگی و شیوع بالای استرس و عوارض آن(اضطراب و افسردگی) در این بیماران دور از انتظار نیست. با توجه به مزمن بودن این بیماری‌ها داشتن آگاهی‌های لازم و ضروری علمی می‌تواند شرایط روحی پراضطراب و دلهره‌آور افرادی را که دچار این بیماری‌ها هستند، کاهش دهد. به اعتقاد کارشناسان مهم‌ترین نکته‌ای که در برخورد با این بیماران باید به آن توجه داشت، نوع نگرش آنها به زندگی است(۱). مهم‌ترین کمک به این گونه بیماران در چنین شرایط روحی و روانی، یافتن راه حلی است که افراد بیمار بتوانند بر اساس آن خودشان را با شرایط جدید وفق دهند یا به عبارتی سازگار کنند. برای ایجاد یک چنین سازگاری، باید شرایط جدیدی ایجاد کرد که

پژوهش‌ها حاکی از این است که به علت عدم به کارگیری شیوه‌های مقابله‌ای مناسب برای کنترل درد در بیماران هموفیلی، پرخاشگری، استرس و افسردگی در این بیماران رو به فزونی می‌باشد و کیفیت زندگی پایینی دارند (۱۰). همچنین نتایج حاصل از پژوهش انجام شده در سال ۲۰۰۲ در کانادا بر روی کیفیت زندگی بیماران هموفیلی نشان داد که به دلایل مشکلات روانی کیفیت زندگی مطلوبی ندارند (۱۱).

از آنجا که استرس و عوارض آن (اضطراب و افسردگی) جزء لاینفک زندگی انسان هاست و این فشار روانی در بیماران خاص با توجه به مزمن بودن بیماری آنها و عوامل زمینه ساز فراوان، باعث تشدید بیماری آنها می‌شود، هدف این مطالعه پی بردن به نقش آموزش شیوه‌های مقابله با استرس بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران خاص بود.

روش بررسی

این مطالعه کارآزمایی بالینی پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و اخذ رضایت آگاهانه کتبی از بیماران شرکت کننده در مطالعه انجام شد. روش نمونه گیری غیر تصادفی (نمونه گیری در دسترس) بود. مطالعه بر روی بیماران خاص مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی یاسوج انجام شد. از بین کلیه بیماران با توجه به معیارهای ورود به مطالعه، سن بالای ۱۷ سال و حداقل تحصیلات دیپلم، حجم نمونه ۴۱ نفر مشخص

روش‌های مختلفی برای مقابله با استرس و کاهش آثار سوء آن بر آمدند (۶).

تنوع روش‌های مقابله به نوعی منعکس کننده تنوع موقعیت‌های استرس زا و ویژگی عوامل و افرادی است که با آن دست به گریبان هستند. ضروری به نظر می‌رسد که کلیه مسئولان و دست اندر کاران مسائل بهداشتی توجه زیادی را به حصول اطمینان در راه رسیدن به این هدف معطوف نمایند، به طوری که افراد مذکور بتوانند به موازات طولانی شدن عمر، از سطح بالایی از رفاه در خانواده و جامعه بر خوردار باشند. تحقیقات نشان داد که بسیاری از بیماری‌های جسمی، تغییر شکل اندام‌ها، از بین رفتن برخی توانایی‌ها و معلولیت‌ها می‌تواند به عنوان منبع استرس‌زا عمل نماید. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بخش معناداری از جمعیت مبتلا به درد مزمن از افسردگی، ناسازگاری و استرس‌های اجتماعی و محیط خانوادگی رنج می‌برند (۷). بررسی‌ها نشان داد که ۶۴ درصد بیماران همودیالیزی افسردگی خفیف تا شدید و ۵۴ درصد اضطراب خفیف تا شدید و فقط ۶ درصد آنها از کیفیت زندگی خوبی برخوردارند. در خصوص عملکرد اجتماعی و شیوه‌های مقابله با استرس مشخص شد بیمارانی که عملکرد اجتماعی بهتری دارند روش‌های مقابله با استرس موفقیت آمیزتری به کار می‌برند (۸). یافته‌های چراغی و همکاران نشان داد که ۳۷ درصد بیماران تالاسمی مشکل گوشه گیری و ۴۹ درصد مشکل افسردگی داشتند (۹).

گردید. ضمن هماهنگی با سرپرست بیمارستان شهید بهشتی یاسوج، در دو جلسه با آزمودنی ها (یک جلسه ۲۹ نفر و جلسه دوم ۱۲ نفر) پیرامون پرسشنامه گفتگوی لازم به عمل آمد. همچنین در خصوص نحوه تکمیل پرسشنامه و عدم نیاز به درج نام و محرمانه بودن اطلاعات دریافتی توضیحات لازم ارائه گردید.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^(۱) در سال ۱۹۹۵ تهیه شد (۱۲). این مقیاس دارای دو فرم می باشد. فرم اصلی آن (مورد استفاده در این تحقیق) دارای ۴۲ سؤال است که هر یک از سازه های روانی را با ۱۴ سؤال متفاوت مورد ارزیابی قرار می دهد. «استرس» سئوالات شماره ۱، ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۷، ۲۹، ۳۲، ۳۳، ۳۵ و ۳۹ با آلفای کرونباخ ۰/۸۷۸، «اضطراب» سئوالات شماره ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹، ۲۰، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۰، ۳۶، ۴۰ و ۴۱ با آلفای کرونباخ ۰/۸۵، و «افسردگی» سئوالات شماره ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱، ۲۴، ۲۶، ۳۱، ۳۴، ۳۷ و ۴۲ با آلفای کرونباخ ۰/۹۴۰ را سنجش می کند. مطالعه انجام شده بر روی دانش آموزان دبیرستانش کرمانشاه روایی و پایایی آن را برای جمعیت ایرانی تأیید می نماید (۱۳). کاربرد این مقیاس جهت افراد بزرگسال است. هر چند این آزمون توانایی غربالگری و تشخیص در دوره نوجوانی را نیز دارد، ولی بهتر است که برای افراد بالاتر از ۱۵ سال مورد استفاده قرار گیرد. نحوه پاسخ دهی به پرسش ها به صورت ۴ گزینه ای می باشد که به صورت خود سنجی تکمیل می شوند. دامنه پاسخ ها از "هیچ وقت" تا "همیشه" متغیر است.

به طوری که افراد می توانند پاسخ های خود را به صورت یکی از گزینه های مقابل پرسش مربوطه به صورت "هیچ وقت"، "کمی"، "گاهی" و "همیشه" با علامت ضربدر مشخص نمایند. نمره دهی از صفر تا سه می باشد و نمره صفر برای گزینه هیچ وقت، نمره یک برای گزینه کمی، نمره دو برای گزینه گاهی و نمره سه برای گزینه همیشه در نظر گرفته می شود. برای آزمایش فوق اعتبار آن با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و با اسپیرمن برون ۰/۸۷ به دست آمد. پرسشنامه پیش آزمون به هر یک از آزمودنی ها ارائه شد تا به سئوالات آن جواب دهند. بعد از آن پرسشنامه به وسیله همکاران جمع آوری و به کمک اعداد تصادفی ۴۱ آزمودنی شرکت کننده در پیش آزمون به دو گروه شاهد ۲۱ نفر و آزمون ۲۰ نفر تقسیم شدند. برای گروه آزمون هفت جلسه هفتگی ۱/۵ ساعته به وسیله اساتید روانشناسی در خصوص شیوه های آموزش مقابله با استرس با توجه به مبانی نظری دونالد میکنبام و لازاروس صورت گرفت (۱۴ و ۱۵). هفت جلسه آموزشی شامل؛ گام های مختلف حل مسئله، مفهوم و نشانه های استرس، موقعیت های استرس آور و رابطه آن با بیماری، آگاهی درباره استرس های زندگی، تکنیک های کاهش استرس، نظم و برنامه ریزی، ورزش و سرگرمی و آرامسازی بودند. با توجه به عدم حضور پنج نفر از آزمودنی ها در تمامی جلسات آموزشی تعداد شرکت

1-Depression Anxiety Stress Scale-42(DASS-42)

بوده و از نظر اشتغال، بیشترین آنها (۲۶/۷ درصد) بیکار بودند. شایان ذکر است که در این مطالعه، ۲۰ نفر (۶۶/۶ درصد) ساکن شهر یاسوج و ۱۰ نفر (۳۳/۴ درصد) ساکن روستاها و توابع تحت پوشش شهرستان بویراحمد بودند. تفاوت معنی داری بین جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، محل سکونت، و نوع بیماری افراد گروه شاهد و آزمون وجود نداشت ($P > 0.05$).

بر اساس نتایج حاصله میانگین نمرات استرس در گروه آزمون به ترتیب قبل و بعد از مطالعه ۲۳/۱ و ۱۷/۵ بود که کاهش معنی داری را نشان می‌دهد ($P = 0.001$)، در حالی که در گروه شاهد به ترتیب قبل و بعد از مداخله ۲۳/۵ و ۲۳/۲ بود که تفاوت آنها معنی دار نبود ($P = 0.76$). همچنین میانگین نمرات اضطراب در افراد گروه آزمون به ترتیب قبل و بعد از مداخله ۱۵ و ۱۰/۹ و در گروه شاهد ۱۸/۳ و ۱۷/۴ بود که اختلاف در افراد گروه آزمون معنی دار بود ($P = 0.007$). در خصوص میانگین نمرات افسردگی در افراد گروه آزمون به ترتیب قبل و بعد از مداخله ۱۸/۳ و ۱۷/۶ و در گروه شاهد ۱۹/۱ و ۱۹/۶ بودند که هیچ کدام تفاوت معنی داری را نشان ندادند ($P > 0.05$) (جدول ۱).

کنندگان به پانزده نفر تقلیل یافت. برای متناظر شدن گروه‌های آزمون و شاهد ۶ نفر از گروه شاهد نیز حذف شد و تعداد نمونه‌های دو گروه ۳۰ نفر شد. بعد از ۴ هفته پس از آزمون برای هر دو گروه انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی) و استنباطی شامل: تست تی مستقل و تی وابسته و کای دو تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

بیماران شرکت کننده در مطالعه شامل: ۱۱ نفر (۳۶/۷ درصد) مبتلا به مولتیپل اسکروزیس، ۸ نفر (۲۶/۶ درصد) مبتلا به تالاسمی ماژور، ۵ نفر (۱۶/۷ درصد) دچار هموفیلی و ۶ نفر (۲۰ درصد) بیمار دیالیزی بودند. از این میان ۱۶ نفر (۵۳/۳ درصد) مرد و ۱۴ نفر (۴۶/۷ درصد) زن بوده، ۱۰ نفر (۳۳/۴ درصد) آنان متأهل و ۲۰ نفر (۶۶/۶ درصد) آنان مجرد بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان مطالعه ۳۰/۱۷ سال با انحراف معیار ۸/۷۳ و میانگین مدت ابتلای آنان به سال ۱۵/۱۳ با انحراف معیار ۹/۲ بود. اکثریت واحدهای پژوهشی در این مطالعه (۶۹/۹ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای بررسی شده در بیماران خاص مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله

متغیر گروه	استرس		اضطراب		افسردگی	
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
آزمون	۲۳/۱ ± ۸/۱	۱۷/۵ ± ۶/۸	۱۵ ± ۵/۷۸	۱۰/۹ ± ۴/۳۷	۱۸/۳ ± ۶/۹۶	۱۷/۶ ± ۷/۵۷
شاهد	۲۳/۵ ± ۸/۸	۲۳/۲ ± ۸/۲	۱۸/۳ ± ۶/۹۶	۱۷/۴ ± ۷/۴۲	۱۹/۱ ± ۷/۵	۱۹/۶ ± ۸

بحث

میزان استرس، اضطراب و افسردگی قبل از مطالعه بین دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. عدم وجود تفاوت معنی‌دار قبل از مطالعه بین خود نشان دهنده یکسانی دو گروه می‌باشد. بر اساس نتایج به دست آمده بین آموزش شیوه‌های مقابله با استرس و میزان استرس رابطه معنی‌داری وجود دارد. اکابری و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای تاثیر برنامه‌های ورزشی طراحی شده بر میزان استرس، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان که تحت شیمی‌درمانی قرار داشتند، را بررسی کردند. نتیجه تجزیه تحلیل بین دو گروه حاکی از آن بود که قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت، اما بعد از مداخله بین میزان استرس، افسردگی و اضطراب دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (۱۶). همچنین یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌های میتسونیز و همکاران (۲۰۰۸) که در یونان بر روی بیماران مولتیپل اسکلروزیس انجام شد و مطالعه آلدریچ و همکاران (۲۰۰۵) هم خوانی دارد (۱۷ و ۱۸).

این مطالعه نشان داد، بین آموزش شیوه‌های مقابله و میزان اضطراب رابطه معنی‌داری وجود دارد. رحیمی و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای به تعیین تأثیر مدل مراقبت پی‌گیر بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مزمن کلیه پرداختند. نتیجه تجزیه و تحلیل داده‌ها به این صورت بود که بین میانگین امتیازات استرس، اضطراب و افسردگی

نمونه‌های پژوهش قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (۱۹). در مطالعه‌ای دیگر امری و همکاران که به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کوتاه مدت در افزایش آستانه درد بیماران مبتلا به درد مزمن پرداختند که نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به عنوان یک مداخله کلینیکی در افزایش سلامت روان بیماران مؤثر است و اضطراب را به طور معنی‌داری در آزمودنی‌ها کاهش داده است (۲۰). در پژوهشی دیگر داجینک و همکاران (۲۰۰۹) اثر بخشی دو روش درمان مقابله با استرس و درمان حمایتی گروهی را در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی را بررسی کردند. نتایج اثر بخشی هر دو روش در کاهش اضطراب و افسردگی این بیماران بود، ولی روش شیوه‌های مقابله با استرس در کاهش اضطراب و افسردگی این بیماران مؤثر تر بود (۲۱). همچنین نتایج این مطالعه با مطالعه ساخوداسکی و همکاران و رضایی و همکاران هم‌خوانی دارد (۲۲ و ۲۳). از دلایل آن می‌توان به قرار گرفتن فرد در گروه اشاره کرد. گروه باعث افزایش آگاهی بیماران درباره خودشان در اثر تعامل با سایر اعضا و دریافت بازخورد از آنها می‌شود، همچنین به ارتقای مهارت‌های بین فردی اجتماعی و انطباق افراد با محیط کمک می‌کند (۲۴).

موضوع دیگر، اهمیت اجرای تکنیک‌ها و آموزش‌های مقابله با استرس می‌باشد. که روش‌هایی برای از بین بردن، بر طرف کردن، به

و احتمالاً درماندگی آموخته شده در این گروه از بیماران (افسرده ها) در خصوص افزایش شدت و طولانی مدت بودن این بیماری نقش دارد. از آنجا که مقابله هیجان مدار و نا کارآمد با سازگاری ضعیف روانشناختی و افسردگی همبستگی دارد و این بیماران از این روش مقابله ای استفاده می کنند در نتیجه افسردگی این بیماران کاهش نیافته است، به عبارتی، آموزش شیوه های مقابله به طور معنی دار مؤثر نبوده است. با توجه به این که روش های مقابله ای قابل دستکاری و تغییر هستند، با تغییر و اصلاح این روش ها و افزایش دوره های آموزشی شیوه های مقابله و آشنایی این بیماران از شیوه های مقابله مسئله مدار می توان از شدت افسردگی در این بیماران کاست (۲۵). از امتیازات این پژوهش این است که تا به حال سیستم بهداشتی- درمانی فقط به مراقبت های بالینی می پرداخته است، اما با این رویکرد روانشناختی می توان مراقبت های بهتری را برای این بیماران فراهم نمود. هم چنین گروهی برگزار شدن آموزش که بیشتر از درمان های فردی هم به لحاظ مادی و هم زمانی این شیوه درمانی می تواند مشکل گشا باشد و مهم تر از همه کاربردی بودن آن جهت آموزش دوره های بهبود است.

نتیجه گیری

در مجموع این مطالعه نشان داد، آموزش شیوه های مقابله با استرس به طور معنی داری در کاهش استرس و اضطراب بیماران خاص مؤثر بوده و

حداقل رساندن یا تحمل استرس است و تلاش فرد بر این است تا با غلبه بر منبع استرس که مشکلی را ایجاد کرده و باعث عدم تعادل در زندگی وی شده است بتواند تعادل و سازگاری خویش را به دست آورد.

سوم می توان کاهش استرس و اضطراب را به خاطر ویژگی گروه نمونه قلمداد کرد، چرا که بحران ها، بیماری ها و ضربه های روحی شدید انسان را از روال عادی زندگی دور می کند در این حالت انسان نیاز به ابزاری دارد که از راه آنها اهداف و ارزش های ماندگارتر پیدا کند و برگزاری دوره های آموزشی شیوه های مقابله توانسته است که این فرصت را در اختیار این بیماران قرار دهد.

این مطالعه نشان داد، بین آموزش شیوه های مقابله و میزان افسردگی رابطه معنی داری وجود ندارد. که نتایج این تحقیق با نتایج آلدریچ و همکاران (۲۰۰۵) و رحیمی و همکاران (۲۰۰۶) هم خوانی ندارد (۱۷ و ۱۹). اگر چه کاهش در میزان افسردگی در گروه آزمون وجود داشته است، اما باعث ایجاد اختلاف معنی داری بین دو گروه بعد از مداخله نشده است، که این می تواند به علت ماهیت پیچیده افسردگی در بیماران خاص و تأثیر عوامل مختلف مانند؛ عوامل ناتوان کننده بیماری (درد، اختلالات خلقی و اختلالات جسمی)، عوارض داروها و همچنین ارتباط شدید میان خستگی به عنوان شایع ترین علامت بیماران خاص با افسردگی باشد. هم چنین در بیماران افسرده با توجه به اینکه خود بیماری مزمن و در مدت زمانی طولانی به وجود آمده است (در مقایسه با اضطراب و استرس)

سنجش افسردگی، نظیر آزمون بک مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان می‌باشد که با همکاری دانشگاه علوم پزشکی یاسوج انجام شد.

نیز می‌تواند سبب کاهش نسبی افسردگی این بیماران شود. علت آن یادگیری چگونگی مواجه شدن با مشکلات و دشواری‌های غیر قابل اجتناب زندگی و کنار آمدن بهتر با استرس و رویدادهای ناخوشایند از بعد عملکردی است. بنا براین پیشنهاد می‌شود، این مداخله در دوره‌های طولانی‌تری برای بهترین عملکرد و تأثیر آن بر افسردگی صورت گیرد. هم‌چنین برای سنجش دقیق‌تر تأثیر آموزش شیوه‌های مقابله با استرس بر میزان افسردگی ابزار اختصاصی

REFERENCES:

1. Arnett PA, Barwick FH, Beeney JE. Depression in multiple sclerosis: Review and theoretical proposal. *JINS* 2008; 14: 691-724.
2. Davydyan E. Prevalence of depression in Iranian Journal of Medical Systems, Volume XI, Number One; 1991; 14-23.
3. Bambardier CH, Damico C. The relationship of appraisal and coping to chronic illness and adjustment. *Behavior Therapy and Research* 1999; 28: 267-304.
4. Ersek m, Turner JA, KempUse CK. The chronic pain coping inventory to assess older adults. *Pain Coping Strategies J Pain* 2006; 7: 833-842
5. Stora JB. Tension or stress disorders civilizations new translation Attorney Parirokh. Tehran: Growthsecond edition; 2006; 45.
6. Lazarus RS, Folk M. Stress, appraisal and coping. New York; Springer; 1984; 167-184.
7. Gasma A. Is emotional disturbance a precipitator or a consequence of choronic pain?. *Pain* 1990; 42; 183-95.
8. Liversly WJ. Symptoms of anxiety and depression in patient undergoing chronic hemodialysis j. *psychosomatic Res* 1992; 26: 281-4.
9. Cheraghe F. A comparative study of the psychological, social, school-age children with thalassemia treatment centers in Tehran with healthy children. Tehran University of Medical Sciences. Faculty of Nursing and Midwifery 1994.
10. Barry T, Elander J. Pain coping strategies among patient with hemophilia. *Psychol Heat Med* 2002; 7: 271-81.
11. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the DepressionAnxiety Stress Scales. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation; 1995; 335-43.
12. Meichenbaum D, Fitzpatrick DA. Constructivist narrative perspective on stress and coping: stress inoculation applications. In: Golberger L, Breznitz S (editors). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. 2nd ed. New York: Free Press; 1993; 706-23.
13. Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric properties of dass-42 as asesd in a sample of Kermanshah high school students 2004.
14. Meichenbaum D. Stress inoculation training : a preventative and treatment approach. Trans. Mobini S. Tehran: Roshd Publ; 2007: 10-230.
15. Meichenbaum D. Stress inoculation training : a preventative and treatment approach. Trans. Mobini S. Tehran: Roshd Publ; 2007: 10-230.
16. AQabrary M, Ahmadi F, Agha Ali N, Hamid d, Jesus M, Hajizadeh E. Effects of exercise training programs on stress, anxiety and depression in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 1386; 9(4): 26-35.
17. Aldridge D, Kaeder M. Schmidtc. Functionalityor aesthetics. A pilot study of music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients. *Complement the Med* 2005; 13: 25-33.
18. Mitsonis IM, Zervas N. Dimopoulos VV. Psara *European Psychiatry* 1989; 23: 518-29.
19. Rahimi A, Ahmadi F. A Ghlyaf M. The effect of applying continuous care model on stress. In *Medical Research* 2006; 30(4): 361-9.
20. Emery CF, Keefe FJ, France CR, Affleck G, Waters S, Fondow MD, et al. Effects of a BriefCoping Skills Training Intervention on Nociceptive Flexion Reflex Threshold in Patients HavingOsteoarthritic Knee Pain: A Preliminary Laboratory Study of Sex Differences. *Journal of Pain AndSymptom Management* 2006; 31: 262-9.
21. Duchnick JJ, Letsch EA, Curtiss G. Coping effectiveness training during acute rehabilitation of spinal cord injury dysfunction: a randomized clinical trial. *Rehabil Psychol* 2009; 54(2): 123-32.
22. Sukhodolsky DG, Golub A, Stone EC, Orban L. Dismantling anger control training for children. *Arandomized Pilot Study Of Social Problem-Solving Versus Social Skills Training Components* 1998; 20(6): 461-8.
23. Rezaei E, Malekpour M, Oreizy HR. The effect of life skills education on adolescent stress and coping Like family centers. *Behavior* 2009; 1(34): 21-8.
24. Spira L. James M, Reed M. Geoffrey group Psychotherapy forWomen with Breast cancer. Washington DC. APA(2000).
25. Arnett PA, Barwick FH, Beeney JE. Depression in multiple sclerosis: Review and theoretical proposal. *JINS* 2008; 14: 691-724.

The Effect of Training on Coping with Stress, Anxiety and Depression among Patients with Special Diseases

Fatemeyan Rad F^{1*}, Mostanbt N², Zoladl M¹

¹Social Determinant of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran,² Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: 04 March 2013

Accepted: 25 May 2013

Abstract

Background & aim: Lack of knowledge and fear of treatment, predisposes individuals to the occurrence and intensity of psychological reactions; therefore it is necessary for people to learn appropriate coping strategies. The aim of this study was to determine the effect of education on coping with stress, depression, anxiety and stress among patients with special diseases.

Methods: This clinical trial study was performed on 30 patients referred to Shahid Beheshti Hospital of Yasuj, Iran, as specific pre-test and post-test. The patients were divided into two groups randomly. Instruments used included specific questionnaires for depression, anxiety and stress Das 42 Lavybound, and a demographic questionnaire. A seven session period of instruction, each session an hour and a half, was held in coping with stress. The collected data was analyzed by Chi-square tests, t-dependent and-independent tests.

Results: Before the intervention of two groups, no significant differences were seen in the levels of depression, anxiety and stress. But after intervention, significant differences were observed in the levels of stress (23.1 before the intervention to 17.5 post-intervention) and anxiety (15 pre-intervention to the 10.9 post-intervention) ($P < 0/05$).

Conclusion: The training procedure was effective in decreasing the stress and anxiety in particular diseases and could lead to a relative relief in depression patients.

Key words: Special Patients Coping, Depression, Anxiety, Stress

***Corresponding Author:** Fatemeyan Rad F, Social Determinant of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Email: Fatemyan321@yahoo.com