

مقایسه استرسورها و شیوه های مقابله در بیماران مبتلا به بیماری های پوستی و

افراد بهنجار

صادق نصری*، محبوبه یلان**

* دانشیار روان شناسی گروه علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قزوین، ایران^۲

چکیده:

تاریخچه:

هدف: تحقیق حاضر با هدف بررسی استرسورها و شیوه های مقابله در افراد مبتلا به بیماری های پوستی و افراد بهنجار صورت گرفته است.

روش: نوع تحقیق علی-مقایسه ای بوده است. حجم نمونه ۱۰۰ نفر بیمار و ۱۰۰ از افراد بهنجار بود که به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها، از مقیاس راهبردهای مقابله لازاروس (۱۹۸۵) و پرسش نامه رویدادهای زندگی پیکل (۱۹۷۱) استفاده شد. برای آزمون فرضیه ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده گردید.

یافته ها: نتایج تحقیق نشان داد که از نظر فراوانی استرسورها بین دو گروه تفاوتی وجود ندارد، ولی گروه بیمار ارزیابی بالاتری از شدت استرس داشتند. همچنین در شیوه های مقابله تنها در مقابله ارزیابی مجدد مثبت بین دو گروه تفاوت معنادار مشاهده گردید و افراد بهنجار در ارزیابی مثبت مجدد نمرات بالاتری از گروه بیمار کسب کردند. در سایر شیوه های مقابله تفاوت معناداری مشاهده نشد. **نتیجه گیری:** یافته های تحقیق می تواند برای برنامه ریزی در حوزه بهداشت روانی و درمان بیماران مبتلا به اختلالات پوست مورد استفاده قرار گیرد.

دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۱۳

تجدید نظر: ۱۳۹۴/۱۲/۰۵

پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۰۴

کلیدواژه: استرسور، شیوه

مقابله، بیماری های پوستی

sadegh_nasri@yahoo.com

۱. نویسنده مسئول

۲. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روان شناسی بالینی می باشد.

Compare stressors and coping strategies in patients with skin diseases and normal individuals

*S.Nasri, **M.Yalan

*Associate Professor, Department of Education and Psychology, Shahid Rajaei Teacher Training University, Tehran, Iran¹.

**M.Sc of Clinical Psychology, Department of Psychology, Ghazvin Branch, Islamic Azad University

Abstract:

Aim: The present study was conducted in order to investigate stressors and coping Strategies in patients suffering from skin diseases and in normal persons.

Method: The research method was causal-comparative. The sample consisted of 100 patients and 100 normal people. For the data collection, two instruments of Coping Strategies Scale of Lazarus (1985), and Paykel Life Event Inventory (1971) were used. Multivariate Analysis of Variance was used for testing of Hypothesis

Results: The findings of the study indicated that there was no significant difference on stressors of the members of the two groups and the two groups were only different in appraisal intensity of stress. It means that the mean of stress appraisal in the patient group was higher than the normal group. In addition, among the coping strategies, there was a significant difference between the two groups only with regard to positive reassessment coping, i.e., normal people obtained higher scores than the patient group in the positive reassessment. But in the other coping strategies, no significant difference was observed.

Conclusion: The findings of the study can be used to intervene in the mental health and treatment of skin diseases.

Article

Information:

History:

Receipt:2013/08/06

Revise:2013/09/26

Acceptance:2013/10/20

Keywords: stressor, coping strategies, skin diseases

¹-Corresponding Author Email: sadegh_nasri@yahoo.com

مقدمه

خانواده‌ای است که سابقه ابتلا به اضطراب، افسردگی و دیگر بیماری‌های روانی را دارد، باید نسبت به بررسی نشانه‌های بیماری در خودش حساس‌تر باشد. گاهی هم فرد به دنبال یک اتفاق استرس‌زا، علائم عصبی را از خود بروز می‌دهد و حتی با فروکش کردن دلایل اضطراب هم، نشانه‌های جسمی در بدنش بروز پیدا می‌کند؛ نشانه‌هایی از قبیل تنگی نفس، اضطراب مزمن، سردرد و ناراحتی‌های گوارشی که با تجربه اضطراب شروع می‌شود و مدتی بعد از محو شدن تنش‌ها از بین می‌رود، می‌تواند نسبت به این موضوع به فرد هشدار دهد؛ از نظر متخصصان اساس تمامی بیماری‌های روان‌تنی تاثیر مسایل روانی و مشکلات شخصیتی و حتی سبک زندگی بر جسم می‌باشد (تلوزاد، ۱۳۸۵).

این بیماری‌ها انواع مختلفی دارند که عبارتند از: اختلالات خاص دستگاه گوارش نظیر: بیماری زخم معده^۴، سندرم روده تحریک پذیر^۵، اختلالات قلبی عروقی نظیر: بیماری هیپرتانسیون^۶ (پرفشاری خون)، دستگاه تنفسی نظیر: آسم، بیماری انسدادی مزمن ریه، دستگاه غدد درون ریز نظیر: پرکاری و کم کاری تیروئید، دیابت شیرین، اختلالات غدد فوق کلیوی نظیر: سندرم کوشینگ^۷، دستگاه عضلانی - اسکلتی نظیر کمردردها، سردردها مانند: میگرن، سردرد های تنشی و سردرد های خوشه ای، و اختلالات پوستی نظیر: درماتیت اتوپیک^۸، پسوریازیس^۹، خارش روانزاد پوست، خارش موضعی، تعریق مفرط و کهیر (تلوزاد، ۱۳۸۵).

اختلالات روانی فیزیولوژیایی یا روان تنی^۱ اختلالاتی هستند که به صورت بدنی ظاهر می شوند، ولی علت آنها مسائل هیجانی است که بر کارکرد دستگاه عصبی خودکار، غدد درون ریز، و جریانهای فیزیولوژیایی بدن تأثیر می گذارند. این اختلالات در ارتباط نزدیک با دستگاه سمپاتیک^۲ پاراسمپاتیک^۳ بوده و با ضایعات بدنی آشکار همراهند (آزاد، ۱۳۸۲).

اختلالات روان تنی نتیجه برانگیختگی فیزیولوژیایی شدید و بادوام هستند و پاسخ افراد نیز به آنها متفاوت است و هرپاسخ منجر به بروز گونه ای بیماری می شود. علت متفاوت بودن پاسخ های افراد به نگرشها، الگوهای فیزیولوژیایی، شیوه های برخورد با مشکلات، حمایت های اجتماعی و تجارب آنها مربوط است که در افراد مختلف متفاوت می باشد. لذا از آنجایی افراد با سبک های متفاوتی به رویدادهای زندگی شان واکنش نشان می دهند، امکان بروز بیماریهای روان تنی نیز در افراد مختلف، متفاوت است و بسیار محتمل است که واقعه ای خاص در زندگی فردی با آسیب پذیری بالا، عوارض متعدد جسمی و روحی به بار بیاورد، اما همان رویداد در فرد دیگر با قدرت انطباق بالا و سبک زندگی سالم تر، تنها مدتی کوتاه باعث درگیری فرد شود (تلوزاد، ۱۳۸۵). بنابراین بهتر است که در درمان و یا سبب شناسی اختلالات مختلف و از جمله بیماریهای روان تنی، فرد از جنبه های مختلف مورد بررسی های دقیق قرار بگیرد. سابقه خانوادگی اولین انگیزه‌ای است که می‌تواند افراد را وادار به بررسی بیشتر کند. اگر فرد در

4-Peptic Ulcer
5-Irritable bowel syndrome
6-Hypertention
7-Cushing's syndrome
8-Dermatit
9-Psoriasis

1-psychosomatic
2-sympathetic
3-Parasympathetic

روان‌شناسی در اختلالات پوستی مختلف را مطرح می‌کند (والکر^۱، ۲۰۰۵).

در بیماران مبتلا به آکنه نشان داده شده است که آنها از در معرض قرار گرفتن اجتماعی اجتناب می‌ورزند و ضایعات پوستی خود را پنهان می‌نمایند. بیماران مبتلا به پسوریازیس نیز از رفتارهای مقابله‌ای اجتناب می‌نمایند، که نامربوط به شدت وضعیت آنها است و این حدس و گمان مربوط به برچسب زدن و طرد اجتماعی می‌باشد. بیماران پوستی از این راهبردهای ناکارآمد رفتاری برای مدیریت تصویری که در مورد رفتار دیگران دارند استفاده می‌کنند و استفاده مکرر از آنها نشان‌دهنده نگرانی در مورد محرومیت اجتماعی می‌باشد. اغلب توسط بیماران پوستی احساس اضطراب، عدم اطمینان و درماندگی گزارش می‌شود. بیمار ممکن است درباره رفتارها یا اقدامات ممکن که کمک به پیشرفت آن می‌نماید بدون آگاهی از اینکه چه زمانی و چگونه ایجاد می‌شود، احساس نگرانی نماید. درکل بیماریهایی که در اثر تداخل ذهن و پوست ایجاد می‌شوند سه دسته هستند (نجاتی صفا، ۱۳۹۳).

گروه اول: بیماریهایی که در واقع پوستی هستند و تظاهرات جلدی دارند اما به وضعیت های روحی فرد پاسخ می‌دهند. بیماریهای پوستی که در اثر استرس بدتر می‌شوند مثل اگزما و بیماری پسوریازیس. از این گروه اند. استرس در ۵۰٪ موارد باعث عود بیماری پسوریازیس و اگزماست. جوش صورت، طاسی سکه ای، پسوریازیس، حساسیت پوستی سرشتی، کهیر، و درماتیت سبور (شوره سر) همگی با استرس بدتر می‌شوند. (نجاتی صفا، ۱۳۹۳).

اختلالات پوستی به عنوان یک شاخه از بیماریهای روان تنی مورد توجه قرار گرفته است. اختلالات روانی -جلدی شامل دو دسته از بیماریها هستند: ۱-بیماریهای پوستی که وجود علائم روانپزشکی یا استرس بر آنها تأثیر می‌گذارد و ۲-بیماریهای روان پزشکی که در آنها پوست هدف تفکر، رفتار یا ادراک غیر طبیعی است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

در حیطه ادبیات تحقیقاتی، تا حد زیادی اتفاق نظر وجود دارد که اختلالات پوست، تأثیر منفی بر سلامت روانی و عاطفی برخی از بیماران دارد. در واقع، پژوهش‌ها شواهدی فراهم نموده است که از جمله تغییر ظاهر بیمار می‌تواند تأثیر رفتاری عاطفی و شناختی عمیق روی افراد مبتلا به این بیماری‌ها داشته باشد و از آنجایی که پوست نقش مستقیمی در زیبایی ظاهری افراد دارد، تظاهرات پوستی مشکلات متعددی برای مبتلایان ایجاد می‌کند و در بسیاری موارد حتی اعتماد بنفس افراد را تضعیف می‌کند. عامل استرس نقش دوگانه ای در این میان ایفا می‌کند: یا قبل از بروز بیماری رخ می‌دهد و فرد پس از درگیری با عوامل متعدد استرس زا، دچار ناراحتی های پوستی می‌شود و یا بروز مشکلات و تظاهرات پوستی باعث ایجاد استرس در فرد می‌شود که این به نوبه خود مشکل را تشدید می‌کند. پوست رابطه‌ای مشخص با روان دارد و نیز دارای پیامدهای روانی قوی است. پوست دارای سیستم پیچیده غدد، عروق خونی، اعصاب و عناصر عضله می‌باشد، بسیاری از آنها توسط سیستم عصبی خودکار کنترل می‌شوند و می‌توانند تحت تأثیر محرک‌های روانی قرار گیرند. نظریه‌های مختلف؛ مکانیسم

¹ -Walker

پذیری باید از قبل در فرد وجود داشته باشد و تحت تأثیر فشار روانی باعث بیماری شود و نظریه التقاطی^۴ که هر سه عامل فوق را در ایجاد بیماری روان تنی دخیل می داند (تلوزاد، ۱۳۸۵).

در حیطه روان شناختی، استرسورها و شیوه های مقابله ای افراد در بروز بیماری های روان تنی نقش چشمگیری دارند. (خدایاری فرد، ۱۳۸۵).

هنگامی که فرد در محیط کار یا زندگی با شرایطی روبه رو می شود که این شرایط با ظرفیتها و امکانات کنونی وی هماهنگی ندارد، دچار عدم تعادل، تعارض و کشمکش های درونی می شود که به آن استرس می گویند. سلیه (۱۹۸۲-۱۹۰۷) استرس را پاسخهای غیراختصاصی که تحت تأثیر محرکهای گوناگون در ارگانیسم ایجاد می شوند، تعریف کرده است. استرس شامل هر چیزی می شود که بقای فرد را با خطر مواجه کند. طبق تعریف لازاروس و فولکمن، استرس رابطه اختصاصی بین شخص و محیطی است که در آن تنش ارزیابی شده، از حد امکانات فرد فراتر رفته و سلامتی او را در معرض خطر قرار می دهد. در این تعریف بر این نکته تأکید می شود که استرس به رابطه تنش زا بین شخص و محیط اشاره دارد و وقتی فرد از مقابله با این وضعیت ناتوان است، به مشکلات روانی و جسمانی مبتلا می شود (لازاروس و فولکمن،^۵ ۲۰۰۰؛ به نقل از خدایاری فرد، ۱۳۸۵).

در حیطه استرس امروزه نظریه غیراختصاصی بیشتر مورد قبول می باشد که این مطلب را عنوان می کند که استرس مزمن دارای آثار فیزیولوژیکی است که همراه با آسیب پذیری ژنتیکی عضو، برخی افراد خاص را مستعد اختلالات روان تنی

گروه دوم: بیماریهای روانی که فرد را وادار به ایجاد آسیب خواسته یا ناخواسته در پوست خود می کند. در واقع این افراد مشکل پوستی اولیه ندارند، مثل کسانی که مرتب عادت به خارش دادن و خراشیدن قسمت هایی از پوست خود دارند یا افرادی که به طور عادت می موهای ابرو، سر یا مژه خود را می کنند. افسردگی، اضطراب با وسواس می تواند علت ایجاد این نوع آسیبهای فرد به پوست خود باشد (نجاتی صفا، ۱۳۹۳).

گروه سوم: بیماریهای اولیه پوستی که با ایجاد بد شکلی و عدم تناسب در ظاهر افراد باعث وقوع اختلال روحی مثل کاهش اعتماد به نفس، افسردگی و ترس از حضور در مکانهای اجتماعی در فرد می شود. مثل افراد با جوشهای غرور جوانی کیستی و شدید، افراد دارای خالهای رنگی مادر زادی بزرگ، افراد دچار لک و پیس و طاسی های پیشرونده (نجاتی صفا، ۱۳۹۳).

فرضیه های موجود در رابطه با بیماریهای روان تنی از جمله اختلالات پوستی هرکدام عامل خاصی را در ابتلا به این اختلالات دخیل می دانند. برای مثال فرضیه استرس^۱ که عامل بروز بیماری را استرس می داند، یک استرس ناگهانی و قوی و یا چند استرس پشت سر هم به صورت تکرار شونده که می تواند بیماری را بارز کند (تلوزاد، ۱۳۸۵). نظریه اختصاصی بودن^۲ که طرفداران آن استرس را تنها عامل بوجود آورنده نمی دانند بلکه معتقدند که باید روان پویایی خاصی در شخص وجود داشته باشد که با آزار و اذیت دائم که برای فرد ایجاد می کند بالاخره سبب بروز بیماری می شود. (تلوزاد، ۱۳۸۵). فرضیه آسیب پذیری عضوی^۳ که می گوید آسیب

⁴ - Integrated theory of prospective

⁵ - Lazarus & Folkman

¹ - Stress Hypothesis

² - Specific theory

³ - Vulnerability theory

موقعیت موجود، نقش خویش در ایجاد مشکل را می پذیرد. برآورد مثبت⁶: توصیف کننده تلاش هایی است که با تمرکز بر رشد شخصی، معنای مثبت می آفرینند. این مقیاس معنی مذهبی دارد. حل مدبرانه مسأله⁷: این مقیاس توصیف کننده تلاش های اندیشمندانه و سنجیده مشکل مدار جهت تغییر موقعیت است که با رویکردی تحلیلی به حل مساله همراه می باشد (موسوی نسب، ۱۳۸۶).

ب) راهبردهای هیجان مدار که عبارتند از: - مقابله و رویارویی⁸: ایستادن و مقابله برای رسیدن به آنچه که می خواهد. این مقیاس توصیف کننده تلاش های تهاجمی و مستقیم جهت تغییر موقعیت بوده و درجاتی از خصومت و خطرپذیری ارائه می دهد. دوری جویی⁹: این مقیاس توصیف کننده تلاش های شناختی برای جدا کردن خویش از موقعیت استرس زا یا دوری از آن و به حداقل رساندن اهمیت موقعیت است. -خویشنداری¹⁰: این مقیاس تلاش هایی را توصیف می کند که احساسات و اعمال فرد را در مقابل منبع مشکل تنظیم می کند. -گریز - اجتناب¹¹: آرزوی اینکه موقعیت هرچه زودتر تمام شود و یا بهرحال ناپدید گردد. این مقیاس ناظر به افکار آرزومندانه یا کوشش های رفتاری است که در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل زا میباشند و شامل گریز از واقعیت نیز هست (موسوی نسب، ۱۳۸۶).

برسفورد¹² (۲۰۱۳) کیفیت زندگی و شیوه های رفتاری مبتلایان به اختلالات پوستی را مورد

می سازد. این عضو خاص می تواند در هر قسمتی از بدن باشد مثل پوست، معده و غیره (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

سبک مدارا یا شیوه های مقابله¹، تدابیر مقابله ای افکار و رفتارهایی هستند که پس از روبه رو شدن فرد با رویداد استرس زا به کار گرفته می شوند (وفایی بوروبور، ۱۳۸۵).

از دیدگاه لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) مقابله عبارت است از تلاش های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام رو به رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می شود. مقابله، نیازمند بسیج و آماده سازی نیروها و انرژی فرد است که با آموزش و تلاش به دست می آید، لذا با کارهایی که به طور خودکار انجام می شود تفاوت اساسی دارد. در تعریف دیگر که لازاروس از مقابله ارائه می دهد آن را تلاش هایی معرفی می کند که برای مهار تعارض ها و خواسته های درونی و محیطی که فراتر از منابع شخص اند صورت می پذیرد (خدایاری فرد، ۱۳۸۵).

لازاروس و فولکمن راهبردهای مقابله ای را به دو شکل راهبردهای مسأله مدار² و هیجان مدار³ طبقه بندی نمودند. الف) راهبردهای مسأله مدار عبارتند از: جستجوی حمایت اجتماعی⁴: پذیرش همدردی دیگران در خصوص آنچه که اتفاق افتاده است. این مقیاس به تلاش هایی برای کسب حمایت های اطلاعاتی، حمایت های ملموس و حمایت های عاطفی اشاره دارد. مسئولیت پذیری⁵: این مقیاس توصیف کننده واکنش هایی است که در آن فرد از طریق تلاش های مداوم برای اصلاح

⁶ - Positive Reappraise

⁷ - Plan-Full Problem Solving

⁸ - Confronting Coping

⁹ - Distancing

¹⁰ - Self-controlling

¹¹ - Escape-Avoidance

¹² - Beresford

¹ - Coping strategy

² - Problem-Focused

³ - Emotion-Focused

⁴ - Seeking Social Support

⁵ - Accepting Responsibility

همکاران (۲۰۱۲) راهبردهای مقابله و بدنام شدن^۵ از نظر اجتماعی را در بیماران درماتیت آتوپیک^۶ و درماتیت تماسی^۷ مورد مقایسه قرار دادند و در کل از نظر آماری تفاوت‌های قابل توجهی مشاهده نشد. بیماران درماتیت آتوپیک راهبردهای مقابله استرس ابزاری و هیجانی را بیشتر از بیماران درماتیت تماسی استفاده می‌کردند. گروه بیماران درماتیت آتوپیک دارای پذیرش بیماری بالاتر، سطح پایین تر بدنام شدن را نشان دادند. بکارگیری راهبردهای نومیدی و درماندگی در بیماران درماتیت تماسی با بدنام شدن بیشتر همراه بود. مانولاچ و پتریسکو-سیسلینو^۸ (۲۰۱۳) معتقدند که شرایط پوستی به طور عمیقی به استرس مرتبط هستند. استرس می‌تواند به عنوان یک عامل محرک برای بسیاری از بیماری‌های پوستی مانند تب‌خال، کهیر، درماتیت آتوپیک، پسوریازیس و خارش روانزاد پوست نقش داشته باشد. از سوی دیگر، بیماری‌های پوستی خود می‌تواند یک استرس ثانویه برای بیمار القا نماید و کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد. "استرس ادراک شده"^۹ توسط بیمار از موقعیت استرس‌زا مهمتر است. این ادراک می‌تواند توسط وضعیت روان شناختی بیمار تحت تاثیر قرار گیرد. اضطراب و افسردگی می‌تواند ادراک از رویداد را تغییر دهد. در مطالعه دیگری اوگراچیک و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که رابطه معناداری بین راهبردهای مقابله بیماری، خارش و کیفیت زندگی وجود دارد. زنان کیفیت زندگی بدتری را از لحاظ کلی و عملکرد جسمی نشان دادند. بیماران مسن تر

بررسی قرار داد. نتایج حاکی از آن بود که مشکلات پوستی علاوه بر اثرات منفی بر زندگی فرد بیمار، بر زندگی اطرافیان نیز تاثیر می‌گذارد. مشکلات شایع روانی در ارتباط با بیماری پوستی شامل استرس، اضطراب، خشم، افسردگی، شرم و انزوای اجتماعی بوده است. همچنین بر زندگی حرفه‌ای و شغلی بیمار نیز تاثیر گذار است.

مطالعه صورت گرفته بر روی دو بیماری پوستی درماتیت و پسوریازیس، به نقش عوامل استرس‌زا در ایجاد این اختلالات تاکید دارد. وقایع و بلاهای طبیعی ممکن است استرس روانی را در جمعیت زیادی افزایش دهد و به عنوان نمونه علائم درماتیت آتوپیک را پدیدار سازد (هال و هارلان^۱)، (۲۰۱۲).

شنفلت^۲ (۲۰۱۰) تعدادی از مراجعان به درمانگاه های پوست را مورد بررسی قرار داد. از این تعداد ۱۰٪ درگیر اختلالات روان تنی و ۱۵٪ به مشکلات سازگاری مبتلا بودند. پس از بررسی تعدادی مشکلات پوستی نظیر آکنه، درماتیت، پسوریازیس و لیکن پلان، این نتیجه حاصل شد که در بسیاری از بیماران افزایش استرس سبب عود بیماری می‌شود و تشدید تظاهرات پوستی که منجر به تغییر در شکل ناخن، پوست و مو می‌شود نیز باعث ایجاد استرس، اضطراب و افسردگی می‌شود. کاهش استرس می‌تواند به کاهش عود بیماری کمک کند.

بر اساس پژوهشی میزان استرس شدید به علاوه سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد عامل موثری در بروز و تشدید اختلالات پوستی بوده است (اوربون و ولف^۳)، (۲۰۱۳). مطالعه اوگراچیک^۴ و

⁵ - Stigmatization

⁶ - Atopic dermatitis

⁷ - Contact dermatitis

⁸ - Manolache & Petrescu-Seceleanu

⁹ - Perceived stress

¹ - Hall & Harlan

² - Shenfelt

³ - Orion & Wolf

⁴ - Ograczyk

انصار و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه مشاهده ای - مقایسه ای روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس، آکنه، اختلالات پیگمانتاسیون (ویتیلیگو، ملاسما)، آلپوسی، آگزما و ۱۰۰ نفر از همراهان بیماران (به عنوان گروه شاهد) کیفیت زندگی بیماران که شامل فعالیتها و مسایل روانی - اجتماعی بود را با گروه شاهد بررسی کردند. کیفیت زندگی بیماران بدتر از گروه شاهد بود. از نظر روانی - اجتماعی، بیماران نسبت به گروه کنترل وضعیت بدتری داشتند. در تمام افراد بیمار و شاهد، بین کیفیت زندگی با سن و سطح درآمد ارتباط آماری معنی دار و مستقیمی به دست آمد. بدتر بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آکنه، ممکن است ناشی از در معرض دید بودن این ضایعات و نیز جوانتر بودن این بیماران نسبت به سایر بیماران باشد.

پژوهش حسن زاده، علی اکبری دهکردی و خمسه (۱۳۹۱) در بیماران دیابت نوع دو نشان داد که حمایت اجتماعی با جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، حل مدبرانه مسئله و بازبرآورد مثبت رابطه مثبت دارد و با مقابله رویاروی گر و دوری جویی رابطه معنی دار ندارد، با خویشتنداری رابطه مثبت و با گریز-اجتناب رابطه منفی دارد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که حمایت سایرین و خانواده بهترین پیش بین های مقابله مسئله مدار هستند. داودی و همکاران (۱۳۹۱) اشاره می کنند که راهبردهای مقابله ای در پیش بینی ناتوانی عملکردی در بیماران رماتیسمی نقش دارند. مطالعه ترخان (۱۳۹۲) نشان داد که ابراز وجود پایین، مقابله هیجان مدار بالا و مقابله مسئله مدار پایین به ترتیب در میزان استرس

دارای دوره بیماری طولانی تر آسیب کیفیت زندگی را آشکار کردند.

اغلب پژوهش های داخل کشور به نقش داروها و عوامل زیستی پرداخته اند (بعنوان مثال، محرم نژاد و تهرانی، ۱۳۸۲؛ قربانی بیرگانی و همکاران، ۱۳۹۱؛ رضایی و همکاران، ۱۳۸۳؛ یغمایی راد، ۱۳۹۱). تحقیقات انجام شده در خصوص نقش عوامل روان شناختی و شرایط روانی این بیماران اندک می باشد.

در تحقیقی بر روی افراد مبتلا به پسوریازیس و لیکن پلان میزان اضطراب و افسردگی آنان مورد بررسی قرار گرفته است. افسردگی در ۷۰ درصد مبتلایان به پسوریازیس و در ۶۴ درصد مبتلایان به لیکن پلان مشاهده گردید که از نظر آماری بین دو دسته مبتلایان اختلاف معنی داری وجود نداشت. همچنین میزان افسردگی و شدت آن در مردان و زنان مبتلا به لیکن پلان و پسوریازیس بررسی شد و اختلاف آماری معنی داری در دو بیماری مشاهده گردید. از طرف دیگر نسبت اضطراب در مبتلایان پسوریازیس ۲۲ درصد و در لیکن پلان ۸۸ درصد بوده است. نتایج کلی تحقیق حاکی از این است که در بیماران پسوریازیس نسبت شاخص افسردگی بیشتر از افراد طبیعی و در بیماران مبتلا به لیکن پلان نسبت شاخص اضطراب بیشتر از افراد طبیعی بوده است. همچنین نسبت گروههای دارای افسردگی بخصوص درجات شدید آن در مردان و زنان افراد متاهل مبتلا به پسوریازیس بیشتر از مبتلایان به لیکن پلان بوده است. از طرف دیگر، نسبت اضطراب در مردان و زنان متاهل یا مجرد مبتلا به لیکن پلان بیشتر از مبتلایان به پسوریازیس بوده است (درمبانی طباطبایی، ۱۳۸۲).

اختلالات پوستی دامنه گسترده ای از جامعه می باشند و برای کمتر کردن خطا، به تعداد بالاتر نمونه نیاز بیشتری حس می شد. نمونه ها بصورت تصادفی از بین مراجعه کنندگان انتخاب شدند. انتخاب گروه بهنجار هم بصورت تصادفی از افرادی بوده است که سابقه بستری و استفاده از داروهای روان پزشکی نداشتند و اختلالات روان تنی خاصی گزارش نکردند و سابقه پزشکی جدی نداشتند. گروهها از نظرمیانگین سنی، جنسیت، تحصیلات و وضعیت تاهل تفاوت معناداری نداشتند. هر گروه متشکل از ۶۶ نفر زن و ۳۴ نفر مرد بود. دامنه سنی آزمودنی ها در گروه بهنجار ۱۷ تا ۶۰ و در گروه بیمار ۱۵ تا ۶۵ سال بوده است. میانگین سنی گروه بیمار ۸۰/۳۳ سال، با انحراف معیار ۱۰/۲۶ و میانگین سنی گروه بهنجار ۳۲/۸۴ سال و انحراف معیار ۷/۵۳ بود.

ملاحظات اخلاقی :

قبل از ارزیابی، با بیان اهداف تحقیق موافقت آزمودنی برای انجام پژوهش گرفته شد و به آنها قول داده شد که اطلاعات و مشخصات شان محرمانه باقی خواهد بود. همچنین افرادی که علاقمند به آگاهی از نتایج بودند، شرایط آنها طی یک جلسه مشاوره در اختیار آنان قرار گرفت

ابزار سنجش

پرسشنامه رویدادهای مهم زندگی پیکل^۱ : این پرسشنامه که توسط پیکل در سال ۱۹۷۱ تدوین شده است، شامل ۶۵ رویداد زندگی است که فرد در طی دو سال گذشته یا قبل از آن تجربه کرده است. آزمودنی باید رویدادهایی را که شخصا تجربه کرده است علامت بزند و سپس شدت ناراحتی یا میزان فشار روانی خود در زمان آن

ادراک شده زنان در معرض خطر ابتلا به سرطان سینه نقش اساسی و تعیین کننده دارند.

بررسی پیشینه تحقیقاتی بخصوص در ایران نشان داد که تاکنون مطالعه ای در ارتباط با فراوانی استرسورها، میزان ارزیابی از استرس و شیوه های مقابله مبتلایان به اختلالات پوستی در مقایسه با افراد بهنجار انجام نشده است.

هدف تحقیق حاضر بررسی سه فرضیه زیر می باشد :

۱- بین میزان استرسورهای بیماران مبتلا به اختلالات پوست و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد.

۲- بین میزان ارزیابی از استرس بیماران مبتلا به اختلالات پوست و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد.

۳- بین شیوه های مقابله ای افراد مبتلا به اختلالات پوست و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد.

روش

طرح پژوهش: مطالعه حاضریک پژوهش علی-مقایسه ای یا پس رویدادی بوده است.

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش : جامعه آماری این تحقیق کلیه مراجعان به کلینیک ها، بیمارستانها و مطب های پوست شهر تهران در بهار ۱۳۹۳ می باشد. ۱۰۰ نفر بیمار از بین مراجعان بخش پوست بیمارستانهای شهید چمران، امام خمینی و رازی و همچنین کلینیک به سیما و مطب خصوصی چند متخصص پوست به طور تصادفی انتخاب شدند. ۱۰۰ نفر نمونه گروه بهنجار نیز تصادفی گزینش شدند. علت انتخاب این حجم نمونه، متفاوت بودن ویژگی های مختلف افراد و بالا بردن دقت در تحقیق بوده است چرا که جامعه آماری مورد نظر یعنی بیماران مبتلا به

هنجاریابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس ها بدین شرح گزارش شده است: زیر مقیاس مقابله مستقیم: ۰/۷۰، زیر مقیاس فاصله گرفتن: ۰/۶۱، زیر مقیاس خودکنترلی: ۰/۷۰، زیر مقیاس طلب حمایت اجتماعی: ۰/۷۶، زیر مقیاس پذیرش مسئولیت: ۰/۶۶، زیر مقیاس گریز-اجتناب: ۰/۷۲، زیر مقیاس حل مسأله برنامه ریزی شده: ۰/۶۷ و زیر مقیاس ارزیابی مجدد مثبت: ۰/۷۹ که این مقادیر نشان دهنده پایایی مطلوب این آزمون است. واحدی به منظور بررسی روایی همگرای پرسشنامه روش های مقابله نیز از محاسبه همبستگی نمره های خام حاصل از این پرسشنامه با نمره های خام حاصل از پرسشنامه استرس لیونل استفاده نمود که نتایج نشان داد این آزمون از روایی همگرای بالایی برخوردار است.

یافته ها

جدول ۱ توزیع فراوانی انواع اختلالات پوست مورد مطالعه را نشان می دهد. بیشترین نوع بیماری پوستی مورد مطالعه پسوریازیس بوده است. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه آمده است. نتایج حاکی از تفاوتی در ارزیابی استرس و شیوه های مقابله می باشد. در جدول ۳ نتایج مربوط به تحلیل واریانس چند متغیری نمرات استرسورها و ارزیابی میزان استرس دو گروه بیمار و بهنجار آمده است.

رویداد را تعیین کند. این پرسشنامه دارای روایی محتوایی مناسب و تأیید شده است. ضریب پایایی از طریق بازآزمایی بر روی یک نمونه ۳۰ نفری برای تعداد رویدادهای استرس زا ۰/۷۹ بدست آمد. در مطالعه دیگر ضریب پایایی از طریق بازآزمایی برای تعداد رویدادها ۰/۷۸ و برای میزان استرس ۰/۸۲ محاسبه گردید (پورشهباز، ۱۳۷۲). در پژوهش حاضر ضریب پایایی بر اساس تعداد رویدادها و ارزیابی فرد از شدت حوادث به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۰ بدست آمد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله ای^۱ لازاروس: پرسشنامه راهبردهای مقابله ای لازاروس یک آزمون ۶۶ ماده ای است که بر اساس سیاهه راهبردهای مقابله ای، توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۵) ساخته شده است و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی که افراد هنگام مواجهه با شرایط فشارزای درونی یا بیرونی به کار می برند را مورد ارزیابی قرار می دهد. در آغاز از آزمودنی خواسته می شود که بطور شفاهی یا نوشتاری موقعیت فشارزایی را که اخیراً تجربه کرده شرح دهد و سپس با خواندن عبارت پرسشنامه مشخص کند که در موقعیت مورد نظر تا چه میزان از هریک از راهبردهای زیر استفاده کرده است. این آزمون دارای ۸ زیر مقیاس مقابله مستقیم، فاصله گرفتن، خودکنترلی، طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، گریز-اجتناب، حل مسأله برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت است. ۱۶ عبارت این آزمون انحرافی هستند و ۵۰ عبارت دیگر شیوه مقابله فرد را مورد ارزیابی قرار میدهند. این پرسشنامه در دو خوشه مقابله مسأله مدار و هیجان مدار طبقه بندی می شوند. این آزمون بر روی نمونه ای متشکل از ۷۵۰ زوج میانسال

^۱ - Coping Strategy Questionnaire

جدول ۱- توزیع فراوانی انواع اختلالات پوستی گروه بیماران

نام بیماری	اگزما	ویتیلیگو	پسوریازیس	خارش و آکنه	لوپوس	لیکن پلان	کپیر سایر
فراوانی	۲۶	۲۳	۲۰	۷	۶	۳	۵
درصد	۲۶	۲۳	۲۰	۷	۶	۳	۵

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه

متغیرها	گروه بیمار		گروه بهنجار	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرسور	۱۵/۳۱	۹/۵۴	۱۳/۲۸	۸/۶۹
ارزیابی میزان استرس	۳۳/۷۶	۲۲/۵۲	۲۵/۳۲	۱۷/۲۷
مقابله مستقیم	۷/۹۴	۲/۵۵	۷/۶۴	۲/۱۹
فاصله گرفتن	۸/۲۶	۳/۱۶	۸/۵۱	۲/۷۷
خودکنترلی	۱۰/۴۴	۳/۱۵	۱۰/۸۸	۲/۶۰
طلب حمایت اجتماعی	۱۰/۴۲	۳/۵۴	۱۱/۳۴	۳/۰۴
پذیرش مسئولیت	۷/۴۸	۱/۹۲	۷/۰۷	۱/۹۱
گریز-اجتناب	۱۰/۳۰	۲/۸۴	۹/۶۲	۳/۱۴
حل مسأله	۹/۴۰	۳/۰۵	۸/۹۲	۲/۶۷
ارزیابی مثبت مجدد	۱۲/۷۶	۳/۴۸	۱۳/۵۴	۳/۲۲

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری استرسورها و ارزیابی از استرس در دو گروه بیمار و بهنجار

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری
فراوانی استرسورها	۲۰۱/۲۱۹	۱	۲۰۱/۲۱۹	۲/۴۱۱	۰/۱۲۲
ارزیابی استرس	۳۶۵۲/۵۳۸	۱	۳۶۵۲/۵۳۸	۹/۰۲۷	*۰/۰۰۳

نمرات بالاتری کسب کرده اند. از این رو فرضیه دوم تحقیق مورد تایید قرار گرفت. و فرض صفر رد می شود.

در جدول ۴ نتایج مربوط به تحلیل واریانس چند متغیری نمرات شیوه های مقابله در دو گروه بیمار و بهنجار آمده است.

با توجه به نتایج جدول ۳ گروه های بیمار و بهنجار در متغیر استرسورها تفاوت معناداری نشان ندادند ($F=۲/۴۱۱$, $P=۰/۱۲۲$). از این رو فرضیه اول تحقیق مورد تایید قرار نگرفت. اما دو گروه در میزان ارزیابی استرس تفاوت آماری داشتند ($F=۹/۰۲۷$, $P=۰/۰۰۳$). بدین مفهوم که افراد گروه بیمار در متغیر ارزیابی میزان استرس

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری شیوه های مقابله در دو گروه بیمار و بهنجار

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری
مقابله مستقیم	۰/۵۳۷	۱	۰/۵۳۷	۰/۰۸۸	۰/۷۶۷
فاصله گرفتن	۲۰/۰۱۱	۱	۲۰/۰۱۱	۲/۰۶۰	۰/۱۵۳
خودکنترلی	۵/۴۵۷	۱	۵/۴۵۷	۰/۶۱۰	۰/۴۳۶
طلب حمایت اجتماعی	۳۴/۵۵۱	۱	۳۴/۵۵۱	۲/۷۷۵	۰/۰۹۸
پذیرش مسئولیت	۷/۲۲۱	۱	۷/۲۲۱	۱/۸۲۹	۰/۱۷۸
گریز-اجتناب	۱/۴۱۸	۱	۱/۴۱۸	۰/۱۶۳	۰/۶۸۷
حل مسأله برنامه ریزی شده	۲۱/۶۸۴	۱	۲۱/۶۸۴	۲/۳۸۴	۰/۱۲۵
ارزیابی مجدد مثبت	۶۹/۴۹۱	۱	۶۹/۴۹۱	۵/۷۹۴	*۰/۰۱۷

اما در تعداد استرسورها در دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. بدین معنی که افراد بیمار به طور معناداری در متغیر ارزیابی میزان استرس نمرات بالاتری کسب کرده اند.

در خصوص شیوه های مقابله ای بیماران مبتلا به اختلالات پوستی و افراد بهنجار نتایج نشان داد که از ۸ شیوه مقابله ای مقابله مستقیم، فاصله گرفتن، خود کنترلی، طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، گریز-اجتناب، حل مسأله برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت؛ گروههای بیمار و بهنجار تنها در عامل ارزیابی مجدد مثبت تفاوت دارند. بدین معنا که افراد بهنجار نسبت به افراد بیمار نمرات بالاتری در ارزیابی مجدد مثبت کسب کرده اند.

در این راستا می توان به مطالعه کاتی^۱ و همکاران (۲۰۱۴) اشاره کرد که در آن اثرات استرس و اضطراب در پاسخ تست پوستی در بزرگسالان جوان مبتلا به رینیت آلرژیک مثبت مورد بررسی قرار گرفته است. نتیجه این بود که پس از انجام

با توجه به نتایج جدول ۴ گروههای بیمار و بهنجار در شیوه مقابله ارزیابی مجدد مثبت تفاوت معنادار داشتند ($F=5/794, P=0/017$). بدین معنا که افراد بهنجار نسبت به افراد بیمار، ارزیابی مجدد مثبت بیشتری داشته اند.

در سایر شیوه های مقابله ای تفاوت معناداری مشاهده نشد. فرضیه سوم پژوهش مبنی بر تفاوت شیوه های مقابله در گروه بیمار و بهنجار فقط در مورد شیوه مقابله ارزیابی مجدد مثبت مورد تایید قرار تأیید گرفت.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی تحقیق حاضر، مقایسه میزان و شدت استرسورها و شیوه های مقابله ای در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی و افراد بهنجار بود. پیش بینی این بوده است که شرایط متغیرهای مذکور در افراد بیمار و بهنجار متفاوت است. عامل فشار روانی یا استرسور و ارزیابی از میزان فشار ادراک شده مورد بررسی قرار گرفت. پس از تحلیل داده ها، نتایج نشان داد که گروه های بیمار و بهنجار در متغیر ارزیابی از میزان استرس تفاوت دارند،

¹ -Kathi

خواهد بود (علیزاده فرد، ۱۳۹۱). بر این اساس نوع و شیوه مقابله با استرس میزان زیان باری آن را مشخص می نماید.

با توجه به اطلاعات تحقیق حاضر می توان نتیجه گیری نمود که ارزیابی افراد مبتلا به بیماریهای پوستی از میزان استرس های وارده گاهی بالاتر از میزان واقعی فشاری است که بر آنها وارد شده است. این عوامل می تواند فرد را از درون دچار ناراحتی و فشار کند و بصورت تظاهرات پوستی خود را نشان دهد. کوباسا^۱ و همکاران (۱۹۸۲) برای تبیین این موضوع که بعضی اشخاص در مواجهه با مقدار مشخصی استرس، بیماری شونند و حال آنکه بعضی دیگر در برخورد با همان مقدار استرس سلامت خود را حفظ می کنند، از نظریه های شخصیت سود جسته و سرسختی روان شناختی^۲ را پیشنهاد داده اند. شخصیت های سرسخت، اشخاصی هستند که توانایی تحمل استرس را دارند. سه مشخصه بارز این اشخاص، تعهد، چالشگری و احساس کنترل رویدادهای زندگی است. این ویژگیها با عوامل تعیین کننده شدت استرس از چندین نظر رابطه متقابل دارند. برای مثال، متعهد بودن موجب می شود تا فرد هنگام بروز استرس از حمایت های اجتماعی برخوردار باشد. مفهوم چالشگری نیز در ارزیابی شناختی نهفته است؛ یعنی باور به اینکه دگرگونی در زندگی امری عادی است و بیشتر باید آن را فرصتی برای رشد به شمار آورد. به همین ترتیب، احساس کنترل رویدادهای زندگی، موجب می شود که فرد احساس کارایی داشته باشد و در موقعیت های تنش زا برای تغییر موقعیت اقدام کند. افرادی که فاقد این ویژگیها

تست استرس اجتماعی، بیماران مضطرب با اتویی واکنش های بیشتری نشان می دادند همچنین با نتایج تحقیق اوریون و ولف (۲۰۱۳) همسو می باشد که نقش استرس های روانی در بروز مشکلات پوستی را تردید ناپذیر می دانند. آنها وجود عوامل استرس را در شروع یا پیشرفت مشکلات پوستی دخیل دانسته و معتقدند بین تظاهرات پوستی و مشکلات روانی تعامل مستقیمی وجود دارد. مانولاچ و پتریسکو-سیسلینو (۲۰۱۳) معتقدند که شرایط پوستی به طور عمیقی به استرس مرتبط هستند. استرس می تواند به عنوان یک عامل محرک برای بسیاری از بیماری های پوستی مانند تب خال، درماتیت اتوپیک، پسوریازیس و خارش روانزاد پوست نقش داشته باشد. از سوی دیگر، بیماری های پوستی خود می تواند یک استرس ثانویه برای بیمار القا نماید و کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد. "استرس ادراک شده" توسط بیمار از موقعیت استرس زا مهمتر است. این ادراک می تواند توسط وضعیت روان شناختی بیمار تحت تاثیر قرار گیرد. اضطراب و افسردگی می تواند ادراک از رویداد را تغییر دهد. همچنین با نتیجه مطالعه انصار و همکاران (۱۳۸۱) در خصوص کیفیت زندگی بیماران پوستی وجوه مشترک دارد.

طیف وسیعی از تحقیقات به رابطه بین استرس و مشکلات پوستی اشاره نموده اند. در واقع تصور بر این بوده است که استرس روان شناختی نقش اساسی را در بروز یا تشدید بیماری های پوست بازی می کنند. اما امروزه اعتقاد بر این است که استرس به تنهایی و به صورت مستقیم نمی تواند فرد و سلامت روانی و جسمی او را تحت تأثیر قرار دهد بلکه نوع برداشت و ارزیابی فرد از استرس و شیوه مقابله ای اتخاذ شده تعیین کننده

¹ -Kobasa

² -hardiness

در بررسی شیوه های مقابله افراد بدست آمد، ارزیابی فرد و بازبینی مجدد و مثبت مشکل نقش چشمگیری در ابتلا یا عدم ابتلا به مشکلات روانی دارد.

در یک جمع بندی کلی و با توجه نتایج بدست آمده می توان چنین استنباط کرد که هرچند ممکن است افراد بیمار و بهنجار از نظر قرار داشتن در معرض عوامل استرس زای زندگی تقریباً مانند هم باشند، لیکن این دو گروه از نظر برداشت و ادراکی که از عامل استرس زا و میزان فشار وارده دارند با یکدیگر متفاوت اند. این برداشت متفاوت از میزان فشار وارده، می تواند عامل بروز برخی از بیماریهای پوستی گردد. در خصوص شیوه های مقابله در برابر مشکلات تفاوت های کمتری بین بیماران پوستی و افراد بهنجار وجود دارد، اما این دو گروه در ارزیابی مجدد مثبت از مشکل تفاوت هایی با یکدیگر دارند. بدین معنی که افراد بیمار کمتر تمایل دارند تا مشکل پیش آمده را از زوایای مختلف بسنجند و یا برداشت مثبتی از امور داشته باشند.

دسترسی محدود به اطلاعات جمعیت شناسی بیماریها به دلیل همکاری ضعیف عوامل پزشکی و مشکلات همکاری آزمودنی ها، سبب می گردد که تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. توصیه می شود که در بحث درمان، به بیماران در زمینه شیوه های مقابله ای، بخصوص روش های ارزیابی مثبت مسأله و نسبت به بالا بردن سطح مسئولیت پذیری افراد مبتلا آموزش داده شود. بعلاوه پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده به بررسی جداگانه اختلالات روان شناختی محور I و II در انواع بیماران پوستی پرداخته شود، و آسیب شناسی روانی افراد مبتلا به اختلالات پوستی بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

هستند، با احتمال بیشتری در رویارویی با استرس در دام بیماریها می افتند (خدایاری فرد ۱۳۸۵). در زمینه شیوه های مقابله در بیماری های پوستی، اوگراچیک و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که رابطه معناداری بین راهبردهای مقابله بیماری، خارش و کیفیت زندگی وجود دارد. همچنین مطالعه اوگراچیک و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که بیماران درماتیت آتوپیک راهبردهای مقابله استرس ابزاری و هیجانی را بیشتر از بیماران درماتیت تماسی استفاده می کردند. گروه بیماران درماتیت آتوپیک دارای پذیرش بیماری بالاتر، سطح پایین تر بدنام شدن را نشان دادند. بکارگیری راهبردهای نومیدی و درماندگی در بیماران درماتیت تماسی با بدنام شدن بیشتر همراه بود.

در بحث استرس و شیوه های مقابله، این نظریه نیز مطرح شده است که مهم ترین عامل در چگونگی و نوع نشانگان استرس، تصورات شخصی و میزان ارزش و اهمیت موضوعی ویژه در نزد فرد است. زیرا عامل تنش زایی که برای فردی منبع استرس و عامل بروز نشانگان استرس است، چه بسا برای شخص دیگری به هیچ وجه استرس ایجاد نکند. به همین دلیل لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) مفهوم ارزیابی شناختی را بکار بردند. این اصطلاح در مورد ارزش گذاری مجدد و قضاوت های مداوم شخص از خواسته ها و محدودیت های خود در روند تعامل با محیط و توانایی های خود بکار برده شد. در واقع لازاروس بنیانگذار این فرضیه است که دیدگاه ها، پدیده ها را بوجود می آورند. پدیده ها بخودی خود خنثی هستند و این دیدگاه ها هستند که به پدیده ها مفهوم می بخشند (به نقل از خدایاری فرد، ۱۳۸۵). بر همین اساس و با توجه به نتایجی که

منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۸۱). *آسیب شناسی روانی* ۱، تهران: نشر بعث.
- انصار، اکرم، جهانگرد، لیلا، پهلوانی، پویان. (۱۳۹۲)، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس ولگاریس: مطالعه مورد-شاهدی، *نشریه پوست و زیبایی*، ۴(۳): ۱۱۹-۱۱۳.
- ترخان، مرتضی. (۱۳۹۲). رابطه بین شیوه‌های مقابله با استرس و ابراز وجود با استرس ادراک شده زنان در معرض خطر ابتلا به سرطان سینه. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۲(۶): ۳۳-۴۷.
- تلوزاد، محبوبه. (۱۳۸۵). اختلالات روان تنی (سایکوسوماتیک)، *نشریه بهداشت و تندرستی*، (۱۷۶).
- حسن زاده، پرستو، علی اکبری دهکردی، مهناز، خمسه، محمد ابراهیم. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۱(۲): ۱۲-۲۱.
- خدایاری فرد، محمد، پرند، اکرم. (۱۳۸۵). *استرس و روش های مقابله با آن*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- داودی، ایران، زرگر، یدالله، مظفری پور سی سخت، الهام، نرگسی، فریده، مولا، کریم. (۱۳۹۱). رابطه فاجعه سازی درد، اضطراب درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی. *فصلنامه روان شناسی سلامت*، ۱(۱): ۶۷-۵۴.
- درمیانی طباطبایی، فریال. (۱۳۸۲). مقایسه شاخص های اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به لیکن پلان و پسوریازیس. *پایان نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه تهران.
- رضایی، کبری، جبرئیلی، رقیه، مشکوه السادات، محمدهادی، دلفان، بهرام، طراحی، محمدجواد. (۱۳۸۳). مقایسه تأثیر گل گاوزبان و کورتون بر بهبودی و عود درماتیت اتوپیک. *یافته*، ۶: ۱۹-۲۴.
- سادوک، ویرجینا، کاپلان، هارولد. (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری/روان پزشکی بالینی* ۲. ترجمه فرزین رضایی، تهران: انتشارات ارجمند.
- علیزاده فرد، سوسن، (۱۳۹۱). بررسی رابطه الکسی تایمیا و بیماری زخم معده: آیا پرخاشگری یک تغییر واسطه ای است؟ *فصلنامه علمی پژوهشی روان شناسی سلامت*، ۴: ۸۱-۷۱.
- محرم نژاد، ناصر. (۱۳۸۲). مهناز. *بررسی اثر تجویز ویتامین E" خوراکی بر کاهش عوارض حاد پوستی مخاطی و سیستمیک در پسوریازیس*. *مجله پزشکی کوثر*. دوره ۸، صفحه ۲۱۵-۲۱۹.
- موسوی نسب، محمدحسین تقوی، محمدرضا. (۱۳۸۶). تأثیر ارزیابی استرس و راهبردهای رویارویی در سلامت روان. *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱۱: ۹۰-۸۳.
- نجاتی صفا، علی اکبر، (۱۳۹۳)، salamatiran.com
- وفایی بوربور، صدیقه. (۱۳۸۷). نقش جهت گیری دینی و مقابله‌های مذهبی در استرس شغلی دبیران زن شهرستان همدان. *کارشناسی ارشد*. دانشگاه تربیت مدرس همدان.
- Beresford S.P. (2013). The Psychological and Social Impact of Skin Disorders on People's Lives. Officers and Special Advisers of the APPGS. All Party Parliamentary Group on Skin. London.
- Costa P.T, McCareR.R. (1986). Cross-studies of personality in a national sample. *Psychology and aging*, 1, 140-143.
- Ghorbani Birgani, A., Abedi, P., Zare K., Asadpoor, S, (2013). The effect of berberine on patients with psoriasis. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*, 15(67): 61-67.
- Hall, J.M.F Harlan, J. (2012). Psychological Stress and the Cutaneous Immune Response: Roles of the HPA Axis and the Sympathetic Nervous System in Atopic Dermatitis and Psoriasis. *Dermatology Research and Practice*, Volume August, 1-11.
- Heffner, K.L. Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R., Malarkey, W.B., Marshall, G.D. (2014). Stress and anxiety effect on positive skin test response in young adults with allergic rhinitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 113(1), 13-18.
- Manolache, L., Petrescu-Seceleanu, D. (2013). Stress involvement as trigger factor in different skin conditions. *World J Dermatol*. 2(3): 16-26.
- Ograczyk, A., Malec, J., Miniszewska, J., Zaleska-Janowska, A. (2012). Psychological aspects of atopic dermatitis and contact dermatitis: stress coping strategies and stigmatization. *Post Dermatol Alergol*, 1, 14-18.
- Ograczyk, A., Miniszewska, J., Kępska, A., Zaleska-Janowska, A. (2014). Itch, disease coping strategies and quality of life in psoriasis patients. *Postepy Dermatol Alergol*. 31(5): 299-304.
- Orion E., Wolf, R. (2013). Psychological factor in skin diseases: Stress and skin Facts and controversies. *Clinics in Dermatology*, November-December, 31(6), 707-711.
- Schmitt, J. E. Ford. D. (2007). Understanding the relationship between objective disease severity, psoriatic symptoms, illness-related stress, health-related quality of life and depressive symptoms in patients with psoriasis. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 134-140.
- Shenefelt, D.P (2010). Psychological interventions in the management of common skin conditions, *Psychology Research and Behavior Management*, 3, 51-63.
- Walker, C. (2005). *Papadopoulos, L. Psych dermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders*. Cambridge University Press: New York.