

ارتباط روشهای مقابله ای (Coping Strategies) با اختلالات روانی در بیماران

همودیالیزی شهر یزد

حسین توانگر^۱، حسینعلی صادقیان^۲

چکیده

مقدمه: نارسایی مزمن کلیه (Chronic Renal Failure) یکی از بیماریهای رایج بشری است که امروزه ۲ تا ۳ درصد مردم جهان مبتلا به این بیماری هستند. بر اساس آمار موجود در ایران بیش از ۷۰۰۰ نفر مبتلا به این بیماری می باشند. CRF بحرانی است که هر فرد در مسیر زندگی ممکن است با آن روبرو شود و این موضوع می تواند سلامت و بهداشت روانی افراد را دچار مشکل سازد. سلامت روانی تا حدود زیادی بستگی به میزان استرسهای وارده به فرد دارد. از جمله استرسهایی که بیماران دچار CRF با آن روبرو هستند می توان به طولانی و مستمر بودن درمان با دیالیز، تهاجمی بودن روش درمانی، وقت گیر بودن درمان در طول هر جلسه، از دست دادن شغل و غیره اشاره نمود. از سوی دیگر در هر زمانی که فرد تحت تأثیر استرس قرار گیرد، استفاده از روشهای مقابله ای لازم و ضروری می باشد. شیوه های مقابله با استرس به راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تقسیم می شوند. پاسخهای ناسازگارانه اعمالی هستند که سیستم را در حالت تعادل ناپایدار نگه می دارند و اگر به صورت طولانی مورد استفاده قرار گیرند باعث از دست رفتن کلی اعتماد شخصی نسبت به تواناییها برای مقابله، رشد ثانویه مسایلی مانند ترس مرضی، اضطراب، وابستگی به آرام بخشها، بیماریهای جسمی، افسردگی و غیره می شوند لذا با توجه به ارتباط سبکهای مقابله ای با اختلالات روانی و این نکته که شیوه های مقابله ای قابل تعدیل، تغییر، اصلاح و تعدیل می باشند، پژوهشگران تصمیم گرفتند به بررسی و شناخت روشهای مقابله ای بکار گرفته شده در بیماران همودیالیزی و تأثیر آن بر سلامت روانی آنها بپردازند. **روش بررسی:** این پژوهش مطالعه ای توصیفی - تحلیلی است که به روش مقطعی انجام گرفت. در این پژوهش تعداد ۵۵ بیمار همودیالیزی شهر یزد که از طریق نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند شرکت داشته اند. ابزارهای مورد استفاده برای جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه ویژگیهای فردی، مقیاس استاندارد روشهای مقابله ای و چک لیست استاندارد SCL90 بوده است. **نتایج:** بیانگر آن است که بین روش مقابله ای اجتناب - فرار و افسردگی و بین روش مقابله ای فاصله گیری و اختلال خصومت و پرخاشگری و نیز بین روش مقابله ای مسئولیت پذیری با اختلالات وسواسی - جبری، افسردگی و حساسیت بین فردی و همچنین بین روش مقابله ای ارزیابی مجدد مثبت و تصورات پارانوئیدی رابطه معنی دار آماری وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین بر اساس یافته های پژوهش در مجموع مشخص شد که بین اختلالات روانی و روشهای منفی مقابله ای ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. در هیچ یک از موارد ارتباطی بین روشهای مقابله ای مثبت و اختلالات روانی مشاهده نگردید. **نتیجه گیری:** چون روشهای مقابله ای قابل متغیر اصلاح و تعدیل هستند، پیشنهاد می شود برنامه های آموزشی جهت آموزش روشهای مقابله ای مشکل محور برای بیماران همودیالیزی تدوین گردد.

واژه های کلیدی: روشهای مقابله ای، اختلالات روانی، نارسایی مزمن کلیه.

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه (Chronic Renal Failure) از

بیماریهای رایج است و امروزه ۲ تا ۳ درصد مردم جهان به

۲۰۱ - مریی گروه پرستاری

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد

جسمی مانند زخمهای گوارشی، افزایش فشار خون و بیماریهای قلبی بروز نماید. همچنین استرس می تواند پاسخهای ایمنی موجود زنده را مختل و توانایی بدن در مبارزه علیه ویروس ها و باکتری ها را کاهش دهد چون احتمال می رود که فشار هیجانی در بیش از ۵۰٪ اختلالات جسمی نقش داشته باشد.

از سوی دیگر در هر زمانی که انسان تحت تأثیر شرایط استرس زا قرار گیرد چون دفاعهای جسمی و روانی برای حفظ او علیه استرس و نیز توجه به حضور تهدید به حرکت در می آیند، استفاده از روشهای مقابله ای لازم و ضروری می باشد^(۸).

مکانیسم های مقابله ای، کوششهای فعال یا غیرفعال می باشند که در پاسخ به شرایط تهدید کننده با هدف رفع تهدیدها و کاهش ناراحتیهای هیجانی به کار برده می شوند^(۹).

روشهای مقابله ای ممکن است سبب آرامش پریشانی هیجانی افراد شوند (مقابله هیجان محور) یا اینکه در ایجاد تعامل مؤثر با مسأله ای که ایجاد استرس می نماید کمک کنند (مقابله مشکل محور)^(۱۰).

در روش مشکل مداری، هدف کنترل مشکلی است که ایجاد فشار کرده است. افرادی که از این روش استفاده می کنند به دنبال کاهش استرس و مشکلات هیجانی می باشند یا با خویشاوندان، دوستان درباره مشکل صحبت می کنند تا به کمک خاصی دست یابند. در استراتژی مشکل گشایی به مقابله مستقیم با مشکل یادگیری مهارتهای جدید و نیز مذاکره و مصالحه جهت رفع مشکل اقدام می شود.

در مقابله به روش هیجان محور فرد در پی آن است که فشار عاطفی خود را کاهش دهد.

در این روش، تنظیم حالات عاطفی طرح پذیرش و تخلیه روحی قرار می گیرد. تنظیم حالات عاطفی، اقداماتی را دربردارد که حالات عاطفی انگیزه شده در اثر مشکل را تنظیم و کنترل می کند نظیر به تعویق انداختن آگاهانه، توجه نمودن به عامل محرک و تلاش در جهت عدم درگیری یا تضاد احساسات.

طرح پذیرش نیز در برگیرنده پاسخهایی است نظیر انتظار آمادگی در برابر مشکلات، انتظار بدتر شدن موقعیت، پذیرش موقعیت، تسلیم تقدیر شدن و تصمیم بر اینکه وقوع هیچ امری

این بیماری می باشند. براساس آمارهای موجود در ایران بیش از ۷۰۰۰ نفر به این بیماری مبتلا هستند.

CRF بحرانی است که هر فرد در مسیر زندگی ممکن است با آن روبرو شود و همانند هر بحرانی می تواند مقدار زیادی استرس بر فرد وارد کند. بر طبق تعریف، استرس عبارتست از هر گونه پیامد ناشی از تأثیر عوامل درونی یا محیط بیرونی بر انسان که در ارضای نیازهای اساسی وی اختلال ایجاد می کند و به صورت تهدید برای حالت ثبات بدن جلوه گر می شود^(۱). از جمله استرسهایی که بیماران دچار CRF با آن روبرو هستند می توان به طولانی مدت بودن و تقریباً دائمی بودن درمان با دیالیز، تهاجمی بودن روش درمانی و وقت گذاشتن در طول هر جلسه، عوارض ناشی از درمان بصورت مسمومیتها، تورمیک، از دست دادن شغل، ناتوانی نسبت به انجام فعالیتهای روزانه به صورت متعارف، زوال عقل، بیماریهای قلبی و عروقی، سوء تغذیه و غیره اشاره نمود^(۲).

Ledingham می گوید: بسیاری از بیماریهای جسمی، تغییر شکل و یا قطع عضو اندامها، از بین رفتن برخی از تواناییها و معلولیتها می تواند به عنوان منبع استرس زا عمل نماید^(۳).

اساساً هر فردی که با یک حادثه ای ناگهانی دچار تغییرات فیزیکی شود بخصوص چنانچه امکان باقی ماندن این تغییر تا پایان عمر در او باشد، دچار استرس می شود^(۴). به عقیده بسیاری از پژوهشگران، مردم پس از رویارویی با استرس، استعداد بیشتری برای ابتلا به بیماری پیدا می کنند و به اعتقاد گروهی دیگر استرس نه تنها بیماری زا بلکه مرگ زا است^(۵).

همچنین تحقیقات گوناگون بیانگر این واقعیت است که قرار گرفتن طولانی مدت در معرض استرس به تغییرات مهم فیزیولوژیکی، روانی و بی ثباتی محیط داخلی می انجامد. این حالت عدم تعادل در محیط داخلی منجر به گسترش علایم، سندرمها و بیماریهای اختصاصی می گردد^(۶).

«براهنی» و همکارانش به نقل از آتکنسون در این رابطه اظهار می دارند: هر گاه دستگاه عصبی خود مختار که کار سیستم بدن را در موقعیتهای اضطراری بر عهده دارد برای مدت طولانی بی وقفه فعالیت کند، ممکن است برخی از اختلالات

ابراز خصومت و به کاربردن ریسک در عملکردها است و جزء روشهای مشکل محور محسوب می شود.

۲- **فاصله گیری (Distancing)**: بازگو کننده مجموعه رفتارهای شناختی را که فرد یا گروه برای فاصله گیری از منبع ایجاد کننده مشکل یا اجتناب از آن به منظور کاهش اهمیت موضوع به کار می برد و در ردیف روشهای عاطفه محور محسوب می گردد.

۳- **خویشتنداری (Self Control)**: مجموعه عکس العمل هایی است که واکنش های احساساتی افراد را به هنگام برخورد با منبع ایجاد کننده مشکل و ممانعت از ابراز این عکس العمل ها توسط افراد در بر می گیرد.

۴- **جستجوی حمایت های اجتماعی (Seeking Social Support)**: تلاش های فردی برای کسب حمایت های اطلاعاتی ملموس و عاطفی را بازگو می کند و یک روش عاطفه محور و نیز مشکل محور محسوب می شود.

۵- **مسئولیت پذیری (Accepting Responsibility)**: مجموعه واکنش هایی است که پذیرش نقش فرد در ایجاد مشکل را از طریق تلاش های مداوم او برای اصلاح موقعیت موجود نشان می دهد و جزو روشهای عاطفه محور است.

۶- **فراز - اجتناب (Escape - Avoidance)**: افکار آرزومندانه یا کوشش های رفتارگرانه به منظور فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل زا را توصیف می کند و حالتی از گریز از واقعیت ها را مطرح می سازد و یک روش عاطفه محور محسوب می آید.

۷- **مشکل گشایی برنامه ریزی شده (Planful Problem Solving)**: مجموعه افکار و کوشش های سرچیده و متمرکز برای مواجهه با مشکل است که توأم با بکارگیری رویکردهای تحلیل گرایانه برای مشکل گشایی است و جزو روشهای مشکل محور محسوب می شود.

۸- **ارزیابی مجدد مثبت (Positive Reappraisal)**: مجموعه تلاشهایی است که در ایجاد مفاهیم مثبت با توجه به درجه تکامل فردی صورت می گیرد. این روش ممکن است ابعاد مذهبی افراد را دربرگیرد و جزو روشهای عاطفه محور دسته بندی می شود.

نمی تواند مسایل را تغییر دهد. تخلیه روحی شامل گریه کردن، دادزدن، سیگار کشیدن، پر خوری و بکارگیری اعمال ناگهانی می باشد^(۱۱). با توجه به این نکته که بیماران همودیالیزی تحت تأثیر استرسهای متعددی هستند و پاسخ نامناسب به استرسها می تواند منجر به مسایل و مشکلات متعدد جسمی و روانی برای بیماران گردد، پژوهشگران تصمیم گرفتند با انجام این تحقیق ضمن بررسی سبکهای مقابله ای بکار گرفته شده در بیماران همودیالیزی، ارتباط روشهای بکار گرفته شده با سلامت روانی آنها را مورد ارزیابی قرار دهند تا در آینده با برنامه ریزی جهت آموزش شیوه های مقابله ای مناسب به بیماران از بروز اختلالات روانی در این دسته از بیماران پیشگیری به عمل آید.

روش بررسی

این پژوهش مطالعه ای از نوع توصیفی - تحلیلی است که به روش مقطعی انجام شده است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران همودیالیزی شهر یزد است که از طریق نمونه گیری مبتنی بر هدف در این پژوهش شرکت داده شده اند. لازم به تذکر است که از بین بیماران همودیالیزی شهر یزد ۵۵ بیمار حاضر به همکاری و تکمیل پرسشنامه شده اند و اطلاعات به دست آمده در این تحقیق مربوط به این دسته از بیماران می باشد. در این تحقیق برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شده که خود شامل ۳ بخش بود:

الف) پرسشنامه ویژگیهای فردی که توسط پژوهشگر به منظور بدست آوردن اطلاعات شخصی از بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه تهیه گردید و شامل سؤالاتی درباره سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل و غیره بود.

ب) پرسشنامه استاندارد روشهای مقابله ای: این ابزار پژوهشی ۸ روش متداول مقابله ای را بر اساس مشکل محور بودن یا هیجان محور بودن مورد بررسی قرار می دهد که عبارتند از: ۱- **رویارویی (Confrontive)**: مجموعه رفتارهای تهاجمی است که افراد برای حل مشکل به کار می برند و متضمن درجاتی از

منفرد یا موقعیت های عمومی را منعکس می سازد.

۹- **بعد افسردگی (Depression):** این بعد طیف وسیعی از نشانه های بالینی افسردگی نظیر خلق ناخوش، از دست دادن علاقه، کمبود انگیزش، کاهش انرژی و غیره را شامل می شود. پس از تکمیل پرسشنامه ها و استخراج داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS از آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. در قسمت آمار استنباطی، آزمون کروسکال والیس مورد استفاده قرار گرفت. در خصوص آزمون کروسکال والیس چنین می توان گفت که اگر جمعیت های مورد نمونه برداری از توزیع طبیعی با پراشهای مساوی برخوردار نباشند یا چنانچه داده های مورد تجزیه و تحلیل تنها از رتبه ها به وجود آمده باشند به منظور آزمون فرضیه برابری پارامترهای موقعیت از راه حل غیرپارامتری می توان استفاده نمود که از معروفترین آنها آزمون کروسکال والیس می باشد.

نتایج

در پژوهش حاضر تعداد ۵۵ بیمار دچار نارسایی مزمن کلیه شرکت داشتند که ۳۴/۵ درصد آنها مؤنث و ۶۵/۵ درصد مذکر بودند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش متأهل بودند (۸۹/۱ درصد). دامنه ی سنی گروه مورد مطالعه ۱۵ تا ۷۸ سال بود که اکثر آنها در گروه سنی ۵۰ سال و بیشتر قرار داشتند (۵۲/۷ درصد). ۷۴/۷ درصد از واحدهای مورد پژوهش تحصیلات ابتدایی داشتند و ۷/۳ درصد از بیماران قبل از دیالیز بیکار بودند در حالی که پس از ابتلا به بیماری تعداد بیکارها به ۶۱/۸ درصد افزایش یافته است. آزمون آماری مجذور کای اختلاف معنی دار را بین شغل قبل و بعد از بیکاری نشان می دهد ($p < 0/001$). همچنین نتایج حاصل از این تحقیق نشان می دهند که بین ۴ روش مقابله ای هیجان محور (اجتناب و فرار، ارزیابی مجدد مثبت، مسئولیت پذیری و فاصله گیری) و ۵ بعد از ابعاد ۹ گانه اختلالات روانی (ابعاد افسردگی، پارانوئید، وسواسی به جبری، حساسیت بین فردی و خصومت) ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. نتایج به صورت نمودارهای زیر نشان داده می شود.

ج) چک لیست علائم ناراحت کننده تجدید نظر شده (SCL 90-R): این چک لیست به جهت تعیین شدت شکایات روانی افراد مورد استفاده قرار می گیرد. ابعاد ۹ گانه ای که توسط چک لیست ارزیابی می شوند عبارتند از:

۱- **بعد خصومت (Hostility):** این بعد افکار، احساسها و یا اعمالی را منعکس می کند که نشان دهنده وضعیت خلقی منفی ناشی از خشم است نظیر حالت تهاجمی، تحریک پذیری و خصومت

۲- **بعد اضطراب (Anxiety):** مجموعه ای از علائم و نشانه ها را نشان می دهد که از نظر بالینی اضطراب، شکارا و شدید را منعکس می کند نظیر نگرانی، تنش و اضطراب، حملات ترس و احساس وحشت.

۳- **بعد وسواس فکری عملی (Obsessive - Compulsive):** این بعد افکار، تحریکات و اعمالی را منعکس می سازد که ماهیتی از خود بیگانه و از خود ناخواسته دارند و فرد به ناچار و به گونه ای غیرقابل مقاومت آنها را تجربه می کند.

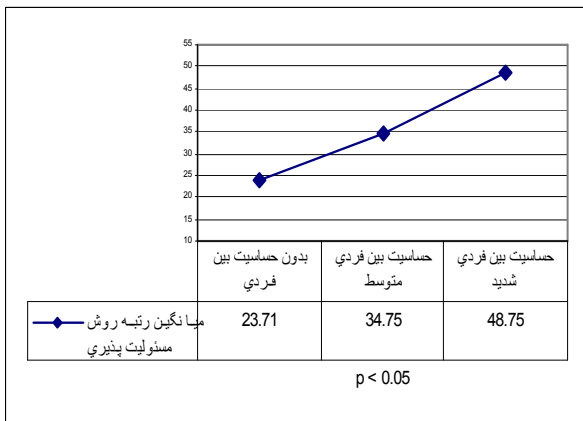
۴- **بعد حساسیت بین فردی (Interpersonal Sensitivity):** به احساس عدم کفایت و خودکم بینی بالاخص در مقایسه با دیگران تکیه می کند. احساس عدم آرامش و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران از تظاهرات خاص این بعد می باشد.

۵- **بعد جسمانی شدن (Somatization):** ناراحتی های ناشی از ادراک عملکرد ناسالم بدن است این ادراک که بدن در کارکرد خود دچار اشکالاتی می باشد در سیستم خود مختار و اجزای متشکله آن ظاهر می شود و در نتیجه شکایاتی از کارکرد سیستم قلبی، عروقی، معدی، روده ای، تنفسی و نظایر آنها ابراز می شود.

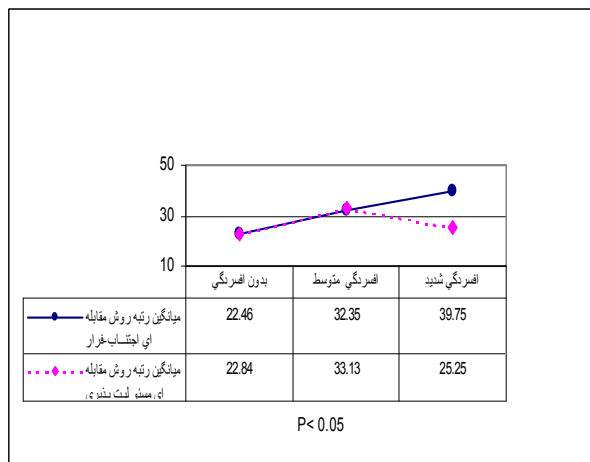
۶- **بعد روان پریشی (Psychosis):** نشانه های خفیف روان پریشی تا نشانه های شدید روان پریشی را شامل می شود.

۷- **بعد تصورات پارانوئیدی (Paranoid Ideation):** رفتارها و تفکرات پارانوئیدی نظیر تفکر فرافکن، خصومت، سوء ظن، خود بزرگ بینی و غیره را نشان می دهد.

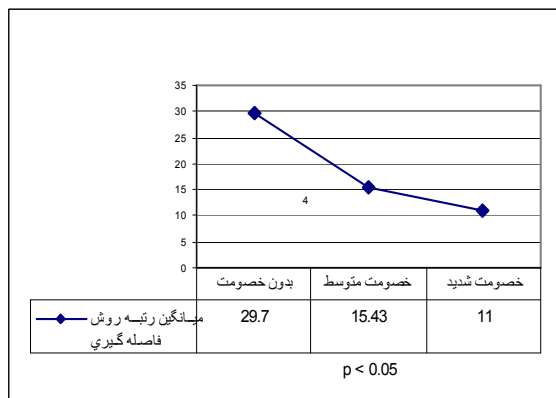
۸- **بعد ترس مرضی (Phobia):** حالت ترس مرضی که عبارتست از ترس غیر منطقی و غیر قابل اجتناب از یک موضوع یا وضعیت



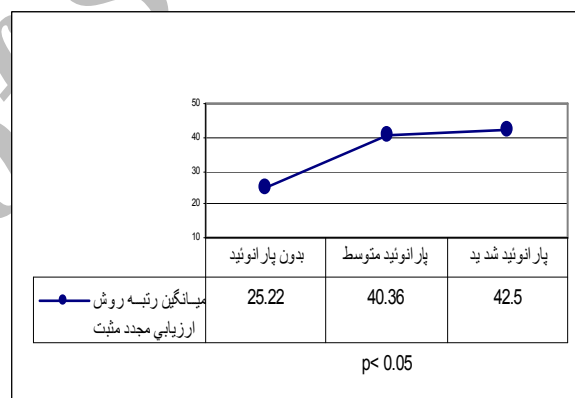
نمودار ۴: میانگین رتبه روش مقابله ای مسئولیت پذیری بر حسب درجات مختلف حساسیت بین فردی



نمودار ۱: میانگین رتبه روش های مقابله ای اجتناب-فرار و مسئولیت پذیری بر حسب درجات مختلف افسردگی



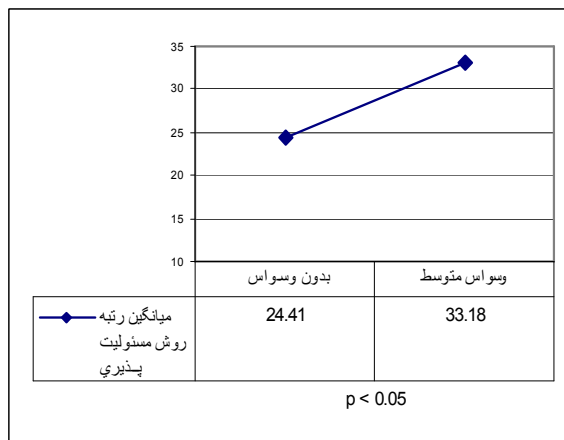
نمودار ۵: میانگین رتبه روش مقابله ای فاصله گیری بر حسب درجات مختلف خصومت



نمودار ۲: میانگین رتبه روش مقابله ای ارزیابی مجدد مثبت بر حسب درجات مختلف پارانوئید

بحث

با توجه به یافته های تحقیق مشخص می شود که بین علایم روان شناختی و روشهای مقابله ای هیجان محور ارتباط معنی دار آماری وجود دارد و در هیچ یک از موارد ارتباطی بین روشهای مقابله ای مشکل محور و اختلالات روانی مشاهده نشده است. نتایج حاصل از تحقیق نشان می دهد که بیماران دچار افسردگی شدید به طور معنی داری بیشتر از روش مقابله ای اجتناب - فرار استفاده نموده اند. همچنین بر اساس یافته ها مشخص می شود که ارتباط معنی داری در بکارگیری روش مقابله ای مسئولیت پذیری با افسردگی متوسط، حساسیت بین



نمودار ۳: میانگین رتبه روش مقابله ای مسئولیت پذیری بر حسب درجات مختلف وسواس

گیری (عدم درگیری رفتاری و ذهنی) توسط افراد نوروپیک بکار گرفته می شود^(۱۶). حال با توجه به این واقعیت که کوششهای مقابله ای برای کاهش استرس ممکن است حالت فعال به صورت مشکل گشایی بخود بگیرد^(۱۷) و اینکه روشهای مقابله ای فعال توسط افراد بهنجار بکار گرفته می شود^(۱۵) و نیز از آنجا که روشهای مقابله ای قابل دستکاری، تغییر، اصلاح و تعدیل هستند پیشنهاد می شود که برنامه هایی جهت آموزش روشهای مقابله ای مشکل محور جهت بیماران همودیالیزی تدوین گردد تا از این طریق از بروز اختلالات روانی پیشگیری شود.

فردی شدید و اختلال وسواس فکری عملی متوسط وجود دارد (p≤۰/۰۵). در این زمینه Powell & Enright در خصوص شیوه های مقابله ای به راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه اشاره دارند و می گویند روشهای ناسازگارانه آنهایی هستند که مسایل آتی را افزایش می دهند و تشخیص و فهم اینکه چه چیزی در حال اتفاق افتادن است را کاهش می دهند. پاسخهای رفتاری ناسازگارانه شامل اجتناب از موقعیتی که تولید نگرانی می کند، کناره گیری از حمایت اجتماعی (مسئولیت پذیری) می باشند^(۱۲). در زمینه مقابله و سازگاری روانی Vitalino و دیگران در مطالعاتشان بر روی افراد در زحمت واقعی شلوغ دریافتند که افسردگی به صورت مثبت با افکار پویا و به صورت منفی با مقابله مشکل محور همراه است^(۱۳).

در همین زمینه Aldwin & Revenson ضمن بررسی ارتباط بین ۸ نوع استراتژی مقابله ای و علایم روان شناختی دریافتند که فرار از واقعیت (اجتناب و فرار) و خود مقصری (مسئولیت پذیری) اثر مستقیم روی علایم روان شناختی (افزایش ناراحتی و فشار هیجانی) می گذارند در حالی که استراتژیهای مقابله ای مشکل محور اثر متقابل دارند^(۱۴). از سوی دیگر Bambardier و همکاران ضمن مطالعه بر روی بیماران دارای مشکلات متعدد و مزمن پزشکی دریافتند که مقابله ای هیجان محور با سازگاری ضعیف روان شناختی و افسردگی همبستگی مثبت دارد. همچنین ارزیابی فرد از بیماری خودش به عنوان پدیده ای که موجب شکست و عقب نگه داشتن وی شده است با پاسخهای هیجان محور و سازگاری ضعیف همبستگی دارد. این یافته ها اشاره می کند که مجموعه سه تایی مقابله هیجان محور شامل افکار پوچ، سرزنش خود و اجتناب به نظر می رسد زمانی که مقابله با شرایط پزشکی مزمن مطرح باشد شیوه های ناسازگارانه ای هستند^(۱۵). همچنین یافته های حاکی از این تحقیق نشان داد که بین بکارگیری روش فاصله گیری و بعد خصومت ارتباط معنی دار آماری وجود دارد بدین صورت که بیمارانی که فاقد رفتارهای خصومت آمیز بوده اند بطور معنی داری بیشتر از روش فاصله گیری استفاده نموده بودند. در این زمینه Rao و همکاران مشخص نمودند که روش مقابله ای فاصله

References

- 1- Luchman , Jean . , Sorenson , Karen C . *Medical surgical nursing. A psychophysiological approach* .3th ed , W B. Saunders Company. Philadelphia . 1987 .
- ۲- هاریسون . *بیماریهای کلیه و مجاری ادراری* . ترجمه روزبه باریک بین و دیگران ، تهران موسسه فرهنگی انتشاراتی پیک ایران . ۱۳۷۶ .
- 3- Ledingham . R . *Physical disability and problems in marriage* . 1983 .
- ۴- اسلامی نسب . علی . «*روان شناسی جانبازی و معلولیت*» . چاپ اول ، تهران ، انتشارات صفی علیشاه ، ۱۳۷۲ .
- 5- Selye,Hans . *Stress – Without distress* . J . B. Lippincott Company , 1974 .
- 6- Perko. J. E. , Kreigh . H. Z. *Psychiatric and mental health nursing : A commitment to care and concern*. 3th ed, Appletion and Lange Company, 1988 .
- ۷- آنکینسون ، ریتال و دیگران «*زمینه روان شناسی*» . ترجمه براهنی . محمد تقی و همکاران ، جلد اول . تهران: پاییز، ۱۳۶۹ .
- ۸- مانفردا ، مارگریت و سیدرس . «*روان پرستاری*» . ترجمه طلعت شهریاری و همکاران ، تهران ، مرکز انتشارات دانشگاهی تهران ، ۱۳۶۹ .
- 9- Bamber, A . *An investingation of occupational stress among nurses in future*. Nursing Practice. 1990 , Vol . 12 (2) : 19-22 .
- 10- Ceslowitz , Sandra B. *Burn out and coping strategies among hospital staff nurses* . Journal of Advanced Nursing . 1989 , 14 : 557-558.
- 11- Bruner . L . Sh , Suddarth , D. S . *Text book of Medical–Nursing*. 6th ed. Philadelphia J. B. Lippincott Co , 1988.
- 12- Powell , Terory . , Enright , Smory . *Anxiety and stress management*. First published by Rouffedge , London, 1990 .
- 13- Vitalino.P.P, Russo.J,Cor.J, Maiuro.R. D. & et al . *J.The ways of coping checklist: Revision & Psychometric properties* . Muncariate Behavioral Research ,1985.Vol 20 : 3-26 .
- 14- Aldwin . C. M , Revenson . T. A. *Does coping help ? Areexamination of the telation between coping and mental health*. *Journal of Personality and Social Psychollogy*.1987,Vol. 53 : 337-348.
- 15- Bambardier, G.H. Benico . C. *The relationship of apprasial and coping to chronic illness and adjusment* . Behavior and Therapy Research. 1990 , Vol . 28 : 297 –304.
- 16- Rao . K, Sankkrishna . D, Prubnu . G. G . *Development of coping checklists : Apriminary report*.Lindian Journal Psychiatry.1998 ,Vol 31: 128 –133.
- 17- Farber , Barry . A. *Srtess and burnout in the human service professions* . Pergamon press New York , 1985 .