

## بررسی نقش رویدادهای استرس‌زای زندگی و روش‌های مقابله با عود PTSD در نمونه‌ای از جانبازان جنگ تحمیلی (کرمانشاه، ۱۳۸۰)

جلال شاکری M.D. و خیراله صادقی M.Sc.

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه - مرکز آموزشی - درمانی فارابی - گروه روان‌پزشکی - کرمانشاه - ایران

### خلاصه

هدف این پژوهش تعیین رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و روش‌های مقابله‌ای با عود اختلال‌های استرسی پس از ضربه در گروهی از جانبازان می‌باشد. در این پژوهش ۱۰۰ جانباز، ۵۰ جانباز با عود اختلال استرسی پس از ضربه و ۵۰ جانباز بدون عود، به روش غیراحتمالی برحسب مشخصه‌های تقریباً همانند برگزیده شدند، و با استفاده از پرسشنامه رویدادهای اساسی زندگی و پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از آزمون t استفاده شد. نتایج نشان داد که جانبازان با عود PTSD، نسبت به جانبازان بدون عود، رویدادهای استرس‌زای بیشتری را تجربه کردند [t(98)= 39.6, P < 0.001] و از نظر استفاده از روش‌های مقابله‌ای با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌داری دارند [t(98)= 7.2, P < 0.001]. از نظر مقابله، گروه جانبازان با عود PTSD بیشتر از روش مقابله‌ای گریز - اجتناب استفاده می‌کنند. یافته‌ها همگی با ساخت نظری لازاروس و فولکمن هم‌خوان است. به‌نظر می‌رسد که مقابله با رویدادهای استرس‌زای شخصی، به علت عدم حمایت دیگران، دشوار باشد و همین امر سبب تسریع دوره‌های عود شود.

**واژه‌های کلیدی:** عود PTSD، حوادث زندگی، روش‌های مقابله‌ای

### مقدمه

رویکرد، استرس به منزله یک محرک (Stimulus-based) تلقی می‌شود. در این تعریف استرس چیزی است که از خارج بر فرد تحمیل می‌شود و افراد آن را به‌عنوان منبع یا علت تنش (tension) خود در نظر می‌گیرند. پژوهشگرانی که این رویکرد را پذیرفته‌اند به مطالعه گسترده وسیعی از رویدادهای استرس‌زای زندگی (مثبت یا منفی) پرداخته‌اند. در رویکرد دوم، استرس به‌عنوان یک پاسخ (response-based) توصیف می‌شود که نمایان‌گر واکنش‌های فرد در برابر رویدادهای استرس‌زاست. این پاسخ دو مؤلفه مرتبط با یکدیگر دارد: مؤلفه روان‌شناختی که در برگزیده رفتار، الگوهای فکر و هیجان‌هاست و مؤلفه فیزیولوژیک

استرس‌ها یکی از عوامل تهدید کننده سلامت روانی هستند که در هر برهه از زندگی می‌توانند سلامت فرد را مختل سازد. بررسی اثرهای استرس (Stress) آشکار ساخته‌اند که تحمل شرایط استرس‌زا (Stressor) که افراد خواه ناخواه با آن مواجه می‌شوند، پیامدهای روانی و جسمانی زیانباری را به‌همراه می‌آورد [۱].

الگوهای متفاوتی برای تبیین نقش بالقوه استرس در سبب‌شناسی، تشدید، عود و مزمن شدن بیماری‌های روانی و جسمانی مطرح شده‌اند. اگرچه این الگوها خاستگاه‌های متفاوتی دارند، در برگزیده عوامل مشترکی نیز هستند. در نخستین

که مشتمل بر افزایش برانگیختگی جسمانی، ضربان قلب، فشار خون، سرعت تنفس و مانند آن است.

در سومین رویکرد، استرس به منزله فرآیندی محسوب می‌شود که بر چگونگی ادراک فرد از موقعیت تأکید می‌ورزد. این دیدگاه استرس را به شبکه وسیع عواملی چون محرک پاسخ، ویژگی‌های فرد، ارزشیابی‌ها و سبک‌های انطباقی نسبت می‌دهد که بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند. در این رویکرد، موقعیت‌ها به‌خودی خودی استرس‌آور نیستند بلکه ناشی از عدم توازن است که بین ادراک فرد از الزام‌های محیط اطراف و ارزشیابی او از توانایی خویش در پاسخ‌دهی به آنها به‌وجود می‌آید [۲].

براساس الگوی ارزیابی لازاروس و فولکمن (Lazarus & Flokman, ۱۹۸۴) تجربه استرس تنها زمانی روی می‌دهد که آن موقعیت به‌عنوان آسیب، از دست‌دادن، تهدید یا کشمکش ارزیابی شده باشد. به عقیده لازاروس فرآیند ارزیابی که فرآیندی شناختی است، در خلال دو مرحله صورت می‌گیرد: ارزیابی اولیه که ارزیابی خود رویداد است و ارزیابی ثانویه که ارزیابی منابع در دسترس فرد برای مقابله (Coping) با استرس است. اگر فرد مطمئن نباشد که توانایی مقابله با موقعیتی که تهدیدآمیز ارزیابی شده را دارد، استرس تجربه می‌شود [۳].

افراد برای مقابله با این استرس‌ها از راه‌های مقابله‌ای مختلف استفاده می‌کنند. انتخاب راه‌های مقابله مناسب در برابر استرس‌های ایجاد شده، می‌تواند از تأثیر استرس‌ها بر سلامت روانی فرد بکاهد و در نتیجه به سازگاری و انطباق هر چه بیشتر بیانجامد. در زمینه روش‌های مقابله با استرس‌ها الگوهای مختلفی ارائه شده است. دو روش اصلی مقابله عبارتند از:

۱- مسئله مدار (Problem – Focused)

۲- هیجان مدار (Emotion – focused)

روش مقابله مسئله مدار یا عقلانی در موقعیت‌هایی بروز می‌کند که شخص احساس کند می‌تواند موقعیت را کنترل کرده یا تغییر دهد. برخی از روش‌های عملی در شیوه مقابله مسئله مدار عبارتند از: استفاده از تجربیات گذشته، واقع‌بینی، جمع‌آوری اطلاعات بیشتر برای حل مشکل، مشورت و توجه به نقاط مثبت مسئله. روش مقابله هیجان مدار در موقعیت‌هایی دیده می‌شود که فرد

احساس کند، موقعیت غیرقابل تغییر و کنترل است. بنابراین در برابر آن واکنش هیجانی نشان داده یا سعی در تحمل آن دارد. برخی از نموده‌های عینی روش مقابله‌ای هیجان مدار عبارتند از: خشمگین شدن، گریه کردن، احساس تنهایی، افسرده شدن، فکر کردن به گذشته و دور شدن از موقعیت. به‌طور کلی، می‌توان درباره روش‌های مقابله با استرس‌ها بیان کرد که اشخاص رشد یافته، منطقی و متعادل معمولاً در برخورد با استرس‌ها بیشتر به روش‌های مسئله مدار متوسل می‌شوند و در مقابل افراد حساس، رشد نایافته و غیرمتعادل (به لحاظ روانی) معمولاً در برخورد با عوامل استرس‌زا از روش‌های مقابله هیجان مدار استفاده می‌کنند [۴].

با توجه به فقدان پژوهش در خصوص رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و روش‌های مقابله با عود اختلال‌های استرسی پس از ضربه، هدف پژوهش حاضر: تعیین رابطه بین تجربه رویدادهای استرس‌زای زندگی و روش‌های مقابله‌ای با عود (دوباره یا چندباره) اختلال‌های استرسی پس از ضربه در گروهی از جانبازان است.

## روش کار

پژوهش حاضر، پژوهشی پس رویدادی (Ex Post Facto) بوده و عود (دوباره یا چندباره) اختلال‌های استرسی پس از ضربه را از نظر اثر احتمالی که تجربه رویدادهای استرس‌زای زندگی و راه‌های مقابله‌ای بر آن دارد، مورد بررسی قرار می‌دهد.

## آزمودنی‌ها

این پژوهش مشتمل بر ۱۰۰ آزمودنی، ۵۰ جانباز با عود (دوباره یا چندباره) اختلال استرسی پس از ضربه با ۵۰ جانباز بدون عود اختلال بود که به‌روش غیراحتمالی (Non probability)، یعنی به‌صورت قضاوتی (Judgemental) بر حسب مشخصات تقریباً همانند از نظر جنس، سن، میزان تحصیلات و طبقه اقتصادی

بنابراین دامنه تغییر نمره بین ۰ تا ۲۴۴ می‌باشد [۶]. پایایی آزمون از طریق بازآزمایی در بررسی انجام گرفته توسط پورشهباز (۱۳۷۲) در پرسشنامه ۶۵ سؤالی رویدادهای اساسی زندگی، در مورد تعداد رویدادهای استرس‌زای زندگی، ۰/۷۸ و در ارزیابی استرس ناشی از رویدادهای زندگی، ۰/۸۲ ذکر گردیده است [۷].

۴- پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای (Coping styles questionnaire) (۱۹۹۸). فولکمن و لازاروس. پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای برگرفته از نظریه‌های لازاروس و فولکمن درباره هیجان، استرس و مقابله است و به سنجش افکار و اعمال افراد برای مقابله با استرس‌های زندگی روزمره می‌پردازد. این پرسشنامه دارای ۶۶ عبارت است. آزمودنی باید در مورد استرس‌زاترین موقعیتی که در یک سال گذشته تجربه کرده فکر کند و آن را در ذهنش مجسم نماید. مثلاً جایی که اتفاق افتاد، کسی که درگیر شد، چطور عمل کرد و چرا برایش مهم بوده است. آنگاه باید هر عبارت را به دقت خوانده و بر روی یک مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت (۰- به کار نبردم ۱- تا حدی به کار بردم ۲- بیشتر مواقع به کار بردم ۳- زیاد به کار بردم) پاسخ دهد. تحلیل عاملی انجام شده برای هشت عامل، جهت رسیدن به یک تخمین از اشباع عاملی هر ماده، به توصیف ۸ مقیاس به شرح زیر انجامید:

#### ۱- مقابله رویارو (confronting coping)

توصیف‌کننده پرخاشگری، جهت تغییر موقعیت بوده و درجاتی از خصومت و خطرطلبی را ارائه می‌دهد (سؤال‌های ۶، ۷، ۱۷، ۲۸، ۳۴، ۴۶).

#### ۲- فاصله گرفتن (distancing) یا دوری جویی

توصیف‌کننده تلاش‌های شناختی برای جداکردن خویش و به حداقل رسانیدن اهمیت موقعیت است (سؤال‌های ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱، ۴۱، ۴۴).

#### ۳- خویشنداری (self - controlling) یا خود کنترلی

تلاش‌هایی را توصیف می‌کند که احساسات و اعمال فرد را تنظیم می‌کند (سؤال‌های ۱۰، ۱۴، ۳۵، ۴۳، ۵۴، ۶۲، ۶۳).

#### ۴- جستجوی حمایت اجتماعی (seeking social support)

تلاش‌هایی را توصیف می‌کند که در جستجوی حمایت اطلاعاتی و هیجانی هستند (سؤال‌های ۸، ۱۸، ۲۲، ۳۱، ۴۲، ۴۵).

#### ۵- مسئولیت‌پذیری (accepting responsibility)

- اجتماعی (S-E-C) برگزیده شدند. در پژوهش حاضر با دو نمونه متمایز سروکار داشتیم: جانبازان با عود PTSD و جانبازان بدون عود PTSD.

## ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از چهار ابزار مختلف برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است:

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (demographic - questionnaire). با استفاده از این پرسشنامه از آزمودنی‌ها درباره متغیرهایی مانند جنسیت، سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، طبقه اجتماعی - اقتصادی، سابقه بالینی و درمانی اطلاعاتی به دست آمد.

۲- لیست کنترل علائم PTSD. به دلیل فقدان ابزاری مناسب برای بررسی اختلال استرسی پس از ضربه، از روش مصاحبه نیمه ساخت یافت (semi - structured interview) که ضوابط تشخیصی پیشنهادی DSM - IV برای اختلال PTSD را در برمی‌گرفت استفاده شد [۵]. گفتنی است مضمون موضوعی سؤال‌های لیست کنترل علائم بر پایه چهارمین راهنمایی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و بر اساس نظر و داوری روان‌پزشک تدوین شد و این به معنای روایی (صحت و دقت) محتوایی ابزار مورد استفاده می‌باشد.

۳- پرسشنامه رویدادهای اساسی زندگی (CLEI) پیگل (Pakel، ۱۹۷۱); این پرسشنامه دارای ۶۱ رویداد بوده که آزمودنی می‌باید رویدادهایی را که در طول دو سال گذشته و یا قبل از آن تجربه نموده در دو ستون مجزا مشخص نماید و سپس میزان استرس وارده بر آنها را از هیچ تا به شدت تعیین کند. از طریق پرسشنامه رویدادهای اساسی زندگی دو نمره مربوط به هر آزمودنی به دست می‌آید:

۱- نمره مربوط به تعداد عوامل استرس‌زا در طول ۲ سال گذشته و قبل از آن که در صورت وجود هر عامل، نمره یک و به پاسخ خیر نمره صفر تعلق می‌گیرد.

۲- نمره مربوط به میزان استرس وارده که بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (هیچ، کم، متوسط، زیاد و به شدت) مشخص می‌شود. برای پاسخ‌ها نمره‌ای بین ۰ تا ۴ در نظر گرفته شده است،

## یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و آزمون t نمرات رویدادهای اساسی زندگی، در گروه‌های با عود و بدون عود اختلال استرسی پس از ضربه در هریک از عبارت‌ها نشان داده شده است.

آن چنان‌که از جدول فوق پیداست به جز اختلاف با یک دوست صمیمی که از نظر تحمل استرس بین دو گروه با عود و بدون عود تفاوتی وجود نداشت، در بقیه رویدادهای زندگی بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری به نفع گروه با عود وجود داشت. به این مضمون که اعضای گروه با عود، غیر از انجام کارهای منزل و درگیری با اعضای خانواده، استرس بیشتر را متحمل شده بودند.

در جدول ۲ میانگین، انحراف معیار و آزمون t نمرات راه‌های مقابله‌ای، در گروه‌های با عود و بدون عود اختلال استرسی پس از ضربه، در هریک از مقیاس‌ها نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، گروه با عود در مقایسه با گروه بدون عود از شیوه مقابله‌ای گریز-اجتناب بیش از سایر شیوه‌های مقابله‌ای استفاده می‌کند. تمامی این اختلافات به لحاظ آماری در سطح اطمینان 0.001 معنی‌دار است.

## بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول پژوهش مبنی بر این‌که جانبازان با عود اختلال استرسی پس از ضربه، نسبت به جانبازان بدون عود اختلال، رویدادهای استرس‌زای بیشتری را تجربه کرده‌اند با توجه به نتایج به‌دست آمده از جدول ۱ و محاسبات آماری انجام شده تأیید گردید و تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد. این یافته‌ها با ساخت نظری صورت‌بندی شده توسط لازاروس و فولکمن هم‌خوانی دارد. به‌نظر می‌رسد همان‌طور که بیماری آشکار می‌گردد، عود دوره‌ها توسط حوادث استرس‌زا تسریع می‌شود. چرا که مقابله با این رویدادهای استرس‌زا، که عمدتاً شخصی (Personal) می‌باشند، در مقایسه با استرس‌های توفنده (cataclysmic)، که گروهی از مردم یا همه افراد جامعه را به‌طور هم‌زمان در بر می‌گیرد، به مراتب دشوارتر است. یک علت احتمالی این است که در رویدادهای استرس‌زای شخصی پشتیبانی از سوی دیگران وجود ندارد [۴].

پذیرش نقش خویش در مشکل که همواره با تلاش در جهت قرار دادن هر چیز در جای درست همراه است (سؤال‌های ۹، ۲۵، ۲۹، ۵۱).

۶- گریز - اجتناب (escape - avoidance)

توصیف‌کننده تفکر آرزویی و تلاش‌های رفتاری جهت گریز یا اجتناب از مشکل است. سؤال‌های این مقیاس، متفاوت از سؤال‌های مقیاس دوری‌جویی (فاصله گرفتن) می‌باشد (سؤال‌های ۱۱، ۱۶، ۳۳، ۴، ۴۷، ۵۰، ۵۸، ۵۹).

۷- حل مدبرانه مسئله (planful problem solving)

توصیف‌کننده تلاش‌های اندیشمندانه مسئله مدار جهت تغییر موقعیت است که با رویکرد تحلیل به حل مسئله همراه است (سؤال‌های ۱، ۲۶، ۳۹، ۴۸، ۴۹، ۵۲).

۸ - باز برآورد مثبت (positive reappraisal)

توصیف‌کننده تلاش‌هایی است که با تمرکز بر رشد شخصی، معنای مثبت می‌آفریند. این مقیاس معنایی مذهبی نیز دارد (سؤال‌های ۲۰، ۲۳، ۳۰، ۳۶، ۳۸، ۵۶، ۶۰).

سؤال‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲، ۳۳، ۳۷، ۵۵، ۵۷، ۶۱، ۶۴، ۶۵، ۶۶ الحاقی بوده و در زمره هیچ‌یک از راه‌های مقابله‌ای هشت‌گانه قرار ندارد. برآوردهای همسانی درونی (internal consistency) اندازه‌های مقابله‌ای عموماً در حد پایینی از دامنه قابل قبول رایج قرار می‌گیرد و ضریب آلفای محاسبه شده برای هشت مقیاس بیشتر از ضرایب آلفای بودند که برای اکثر اندازه‌های دیگر فرآیندهای مقابله‌ای گزارش شده است. محاسبه میانگین خود - همبستگی (the mean autocorrelation) هر مقیاس مقابله‌ای در پنج مواجهه استرس‌زا، در مطالعه زوج‌های مزدوج، دامنه‌ای از ۰/۱۷ (در خصوص جستجوی حمایت اجتماعی) تا ۰/۴۷ (در خصوص بازاریابی مثبت) را به‌دست داد [۸].

## روش‌های آماری تحلیل داده‌ها

تمامی داده‌های این پژوهش به‌وسیله روش‌های آمار توصیفی و استنباطی، همانند میانگین (M)، انحراف معیار (SD) و آزمون t گروه‌های هم‌پسته تحلیل شد.

جدول ۱: مقایسه رویدادهای زندگی گروه با عود و گروه بدون عود اختلال استرسی پس از ضربه

P-value	TOB	گروه بدون عود (n = 50)		عبارت های پرسشنامه
		M ± SD	M ± SD	
< 0.001	۲۳	۱/۴ ± ۰/۶	۴/۴ ± ۰/۷	۱- مرگ یکی از اعضای خانواده
---		---	۱/۲ ± ۰/۳	۲- طلاق
---		--	۱/۲ ± ۰/۵	۳- شرکت در یک امتحان
< 0.001	۱۷/۵	۲/۹ ± ۰/۱	۳/۶ ± ۰/۳	۴- از دست دادن یک شیء با ارزش
< 0.001	۲۲/۲	۹ ± ۰/۳	۱۱ ± ۰/۶	۷- عدم موقعیت تحصیلی
< 0.001	۱۲/۵	۲/۱ ± ۱/۲	۱/۶ ± ۰/۲	۸- انجام کارهای منزل
< 0.05	۲/۲	۱۶/۴ ± ۱/۲	۱۹ ± ۱	۹- اختلاف با یک دوست صمیمی
< 0.001	۱۲	۰/۸ ± ۰/۱	۳/۲ ± ۰/۵	۱۰- حقوق و در آمد ناکافی
< 0.001	۴۳/۳	۱۴/۱ ± ۰/۱۳	۱۵/۴ ± ۰/۲	۱۱- برکنار شدن از کار
< 0.001	۱۷۳/۳	۳/۲ ± ۰/۱	۸/۴ ± ۰/۲	۱۲- بیماری شدید جسمی
< 0.001	۳۰	۲/۱ ± ۰/۰۱	۲/۱ ± ۰/۲	۱۵- دوری از فرد مورد علاقه
< 0.001	۶/۷	۰/۸ ± ۰/۱	۰/۶ ± ۰/۲	۲۰- تولد فرزند
> 0.05	۱/۲۵	۱۴/۸ ± ۲/۱	۱۵ ± ۲/۴	۲۳- بالا رفتن هزینه های زندگی
< 0.001	۳/۹۵	۶/۳ ± ۱/۷	۸/۵ ± ۳	۲۷- بروز یک سانحه
< 0.001	۳۵	۶/۱ ± ۰/۷	۱۴/۱ ± ۱/۱	۳۱- بروز بیماری خفیف جسمی
< 0.001	۷۱	۴/۳ ± ۰/۱	۸/۴ ± ۰/۵	۳۷- درگیری با همکار یا رئیس
< 0.05	۲/۶	۸/۱۳ ± ۱/۲	۸/۴ ± ۱/۱	۳۸- مشکلات مادی سنگین
< 0.001	۵۰	۳/۵ ± ۰/۵	۹/۵ ± ۰/۷	۴۰- بیکاری موقت (یکماه)
< 0.001	۳۴/۶	۳/۱ ± ۰/۷	۶/۳ ± ۰/۶	۴۱- به خدمت سربازی رفتن
< 0.001	۶/۳	۳ ± ۰/۵۳	۳/۵ ± ۰/۱	۴۲- تغییر در شرایط کاری
< 0.001	۶/۶	۰/۶ ± ۰/۲	۰/۸ ± ۰/۱	۴۶- مشکلات روابط جنسی
< 0.001	۷۰	۰/۶ ± ۰/۱	۲ ± ۰/۱	۴۹- ازدواج
< 0.001	۴۹/۸	۲/۸ ± ۰/۱	۱۱/۲ ± ۰/۵	۵۲- ازدواج فرزند با رضایت شما
< 0.001	۳۰	۷/۲ ± ۰/۲	۶/۳ ± ۰/۱	۵۷- درگیری با اعضای خانواده
< 0.001	۵۴/۴	۷/۲ ± ۰/۴	۱۳/۱ ± ۰/۵	۵۸- تغییر در شرایط محل زندگی
< 0.001	۱۲۲/۳۵	۱/۲ ± ۰/۱	۶/۱ ± ۰/۱	۵۹- ترک همسر بعد از نزاع
< 0.001	۱۶/۶	۳/۱ ± ۰/۴	۴/۱ ± ۰/۲	۶۰- نامزدی فرزند
< 0.001	۳۹/۶	۱۳۶/۲ ± ۱۶/۷	۲۰/۱ ± ۲۰/۳	جمع

اختلال پس از ضربه نسبت به جانبازان بدون عود اختلال، از نظر نوع پاسخ‌های مقابله‌ای با یکدیگر تفاوت دارند، با توجه به نتایج به‌دست آمده از جدول ۲ و محاسبات آماری انجام شده در خصوص روش‌های مقابله، مؤید آن است که گروه با عود بیشتر از روش گریز - اجتناب، که توصیف‌کننده تفکر آرزویی و اقداماتی جهت فرار و پرهیز از مشکل است، استفاده می‌کند. به‌نظر می‌رسد که در

با شناخت این واقعیت پیشنهاد می‌شود جهت برآورده ساختن نیازهای کسانی که دست‌خوش رویدادهای استرس‌زای شخصی می‌شوند، گروه‌های کمکی تشکیل شود. به‌عنوان مثال گروه والدین بدون همسر (Parents without partners). در مورد فرضیه دوم پژوهش مبنی بر این‌که جانبازان با عود

**جدول ۲:** مقایسه راه‌های مقابله ای گروه با عود و گروه بدون عود اختلال استرسی پس از ضربه

P-value	TOB	گروه بدون عود (n = 50)	گروه با عود (n=50)	خرده مقیاس‌های پرسشنامه مقابله
		M ± SD	M ± SD	
< 0.001	۲۳/۴	۱۳/۶ ± ۰/۶	۷/۳ ± ۱/۹	۱- مقابله رویارو ( مبتنی بر مواجهه )
< 0.001	۱۱/۸	۱۳/۰۶ ± ۲/۶	۷/۴ ± ۰/۰۹	۲- دوری جویی ( فاصله گرفتن )
< 0.001	۴/۷	۱۳/۴ ± ۸/۲	۷/۷ ± ۱/۹	۳- خویشنداری ( خودکنترلی )
< 0.001	۶/۹	۱۴/۰۸ ± ۶/۳	۷/۷ ± ۱/۹	۴- جستجوی حمایت اجتماعی
< 0.001	۱۳/۶	۱۰/۷ ± ۱/۳	۶/۴ ± ۱/۸	۵- مسئولیت پذیری
< 0.001	۵/۰۵	۱۰/۷ ± ۴/۵	۱۵/۵ ± ۴/۸	۶- گریز - اجتناب
< 0.001	۱۲/۱	۱۳/۶ ± ۲/۷	۷/۹ ± ۱/۹	۷- حل مدبرانه مسئله
< 0.001	۹/۴	۱۴/۹ ± ۵/۳	۷/۳ ± ۷/۳	۸- باز برآورد مثبت
< 0.001	۷/۲	۱۳/۰۱ ± ۳/۹	۸/۳ ± ۲/۳	نمره کل پرسشنامه

پایان پیشنهاد می‌شود با توجه به این که بررسی به صورت گذشته‌نگر (retrospective) انجام گرفت، در نتیجه نمی‌تواند قرائنی از یک ارتباط عملی به دست دهد. از این رو توصیه می‌شود در این خصوص بررسی آینده‌نگر (Prospective) یا مداخله‌ای (interventional) انجام شود. دوم آن که در بررسی‌های بعدی به تفاوت در منابع مقاومت در برابر استرس (Stress resistance) (resources، تفاوت در ارزیابی‌های شناختی coanitive) (Personality traits) صفات شخصیتی نیز توجه شود. چرا که این متغیرها نیز در چگونگی مقابله با رویدادهای استرس‌زا و متعاقباً عود یا عدم عود اختلال، میانجی می‌باشند.

این روش مقابله، همانند شیوه مقابله‌ای واپس رونده (regressive coping)، فرد از استرس یک مصیبت می‌سازد ( بدترین چیزی که ممکن است اتفاق افتد)، و به دلیل همین عدم غلبه ذهنی بر استرس وجود آن را انکار می‌کند. بر همین اساس، در مرحله عمل، فرد به جای برخورد قاطع با استرس، فرار از آن را ترجیح می‌دهد و با انجام اعمالی چون تفکر آرزویی، تفریح افراطی، استفاده نابه‌جا از مواد، شرب مشروبات الکلی و غیره، سعی می‌کند عامل استرس‌زا را فراموش کند [۹].

در حالی که گروه بدون عود برای غلبه بر استرس به رفتارهای انطباقی و سازگارانه، همانند فاصله گرفتن یا عدم تمرکز (decentring)، خویشنداری، مسئولیت‌پذیری، جستجوی حمایت اجتماعی، حل مدبرانه مسئله و باز برآورد مثبت، روی می‌آورد. در

## منابع

1- Taylor SE, Aspinwell LG(1996). Mediating and moderating processes in psychosocial stress. In H.B. Kaplan (Ed.). Psychosocial stress. Academic Press, P: 18 – 98.  
 ۲- دادستان پروین (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن. تهران: انتشارات رشد، چاپ اول، صفحات: ۲۰-۱۱ و ۵۴-۳۸.  
 3- Lazarus FS, Folkma S(1984) . Stress, appraisal, and Coping . New York : Springer, P: 121 - 124.  
 4- Sheriden Ch L, Radmacher SA(1992). Health Psychology: challen ging the biomedical model. New York. John wiley & Sons, Inc, P: 148 - 151.  
 5- American psychiatric Association(1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4 th ed). Washington. DC. APA, P: 427 – 428.

۶- شاکری محمد (۱۳۷۶). بررسی راهبردهای مقابله با استرس در مبتلایان به دیابت وابسته به انسولین و بیماران دیالیزی، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، صفحات: ۹۲ – ۸۲.  
 ۷- پورشهباز عباس ( ۱۳۷۲). رابطه بین ارزیابی میزان استرس رویدادهای زندگی و تیپ شخصیت در بیماران مبتلا به سرطان خون، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، صفحات: ۱۴۳ – ۱۳۶.  
 ۸- آقایوسفی علیرضا (۱۳۷۸). معرفی جدیدترین روی آوردهای روان درمانگری: بنیان‌های نظری و راهبردهای عملی، قم، انتشارات شهریار، چاپ اول، صفحات: ۱۲۳ – ۱۱۹.  
 9- Maddi SR(1990). Issues and intervention in stress mastery. In S H Friedman(Ed.). Personality and Disease, P: 98.