

## مقایسه استرسورها و شیوه‌های مقابله در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی و افراد

### بهنجار

\*صادق نصری<sup>۱</sup>، محبوبه یلان<sup>۲</sup>

۱. استادیار روانشناسی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۴/۰۳/۱۳ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۷/۰۴)

## Compare Stressors and Coping Strategies in Patients with Skin Diseases and Normal Individuals

\*Sadegh Nasri<sup>1</sup>, Mahboubeh yalan<sup>2</sup>

1. Assistant professor of Psychology, Shahid Rajaei Teacher Training University, Tehran, Iran.

2. M.A in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ghazvin, Iran.

(Received: Jun. 03, 2015 - Accepted: Sep. 26, 2015)

### Abstract

**Objective:** 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, and Paykel Life Event Inventory were used. Multivariate Analysis of Variance was used for testing of Hypothesis. **Findings:** 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.

**Keywords:** Stressor, Coping Strategies, Skin Disorders.

### چکیده

**مقدمه:** تحقیق حاضر با هدف بررسی استرسورها و شیوه‌های مقابله در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی و افراد بهنجار صورت گرفته است. **روش:** نوع تحقیق علی - مقایسه‌ای بوده است. حجم نمونه ۱۰۰ نفر بیمار و ۱۰۰ از افراد بهنجار بود که به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها، از مقیاس راهبردهای مقابله لازاروس و پرسش‌نامه رویدادهای زندگی پیکل استفاده شد. برای آزمون فرضیه‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده گردید. **یافته‌ها:** 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 شیوه‌های 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 شیوه‌های مقابله تفاوت معناداری مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های تحقیق می‌تواند برای برنامه‌ریزی در حوزه بهداشت روانی و درمان بیماران مبتلا به اختلالات پوست مورد استفاده قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** استرسور، شیوه مقابله، اختلالات پوستی.

\*نویسنده مسئول: صادق نصری

\*Corresponding Author: Sadegh Nasri

Email: sadegh\_nasri@yahoo.com

## مقدمه

سابقه خانوادگی اولین انگیزه‌ای است که می‌تواند افراد را وادار به بررسی بیشتر کند. اگر فرد در 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 تأثیر مسائل روانی و مشکلات شخصیتی و حتی سبک زندگی بر جسم است (تلوزاد، ۱۳۸۵).

این بیماری‌ها انواع مختلفی دارند که عبارت‌اند از: اختلالات خاص دستگاه گوارش نظیر بیماری زخم معده<sup>۴</sup>، سندرم روده تحریک‌پذیر<sup>۵</sup>، اختلالات قلبی عروقی نظیر بیماری هیپرتانسیون<sup>۶</sup> (پرفشاری خون)، دستگاه تنفسی نظیر آسم، بیماری انسدادی مزمن ریه، دستگاه غدد درون‌ریز نظیر پرکاری و کم‌کاری تیروئید، دیابت شیرین، اختلالات غدد فوق کلیوی نظیر سندرم کوشینگ<sup>۷</sup>، دستگاه عضلانی - اسکلتی نظیر کمردردها، سردردها مانند میگرن، سردردهای تنشی و سردردهای خوشه‌ای و

اختلالات روانی فیزیولوژیکی یا روان‌تنی<sup>۱</sup> اختلالاتی هستند که به صورت بدنی ظاهر می‌شوند، ولی علت آن‌ها مسائل هیجانی است که بر کارکرد دستگاه عصبی خودکار، غدد درون‌ریز و جریان‌های فیزیولوژیکی بدن تأثیر می‌گذارند. این اختلالات در ارتباط نزدیک با دستگاه سمپاتیک<sup>۲</sup> و پاراسمپاتیک<sup>۳</sup> بوده و با ضایعات بدنی آشکار همراه‌اند (آزاد، ۱۳۸۲).

اختلالات روان‌تنی نتیجه برانگیختگی فیزیولوژیکی شدید و بادوام هستند و پاسخ افراد نیز به آن‌ها متفاوت است و هر پاسخ منجر به بروز گونه‌ای بیماری می‌شود. علت متفاوت بودن پاسخ‌های افراد به نگرش‌ها، الگوهای فیزیولوژیکی، شیوه‌های برخورد با مشکلات، حمایت‌های اجتماعی و تجارب آن‌ها مربوط است که در افراد مختلف متفاوت است. لذا از آنجایی افراد با سبک‌های متفاوتی به رویدادهای زندگی‌شان واکنش نشان می‌دهند، امکان بروز بیماری‌های روان‌تنی نیز در افراد مختلف، متفاوت است و بسیار محتمل است که واقعه‌ای خاص در زندگی فردی با آسیب‌پذیری بالا، عوارض متعدد جسمی و روحی به بار بیاورد، اما همان رویداد در فرد دیگر با قدرت انطباق بالا و سبک زندگی سالم‌تر، تنها مدتی کوتاه باعث درگیری فرد شود (تلوزاد، ۱۳۸۵)؛ بنابراین بهتر است که در درمان و یا سبب‌شناسی اختلالات مختلف و از جمله بیماری‌های روان‌تنی، فرد از جنبه‌های مختلف مورد بررسی‌های دقیق قرار بگیرد.

4. Peptic Ulcer

5. Irritable bowel syndrome

6. Hypertention

7. Cushing's syndrome

1. Psychosomatic

2. Sympathetic

3. Parasympathetic

دارای سیستم پیچیده غدد، عروق خونی، اعصاب و عناصر عضله است، بسیاری از آن‌ها توسط سیستم عصبی خودکار کنترل می‌شوند و می‌توانند تحت تأثیر محرک‌های روانی قرار گیرند. نظریه‌های مختلف؛ مکانیسم روان‌شناسی در اختلالات پوستی مختلف را مطرح می‌کنند (والکر<sup>۳</sup>، 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 برجسب زدن و طرد اجتماعی است. 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 است. 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 وضعیت‌های روحی فرد پاسخ می‌دهند. بیماری‌های پوستی که در اثر استرس بدتر می‌شوند مثل اگزما و بیماری پسوریازیس. از این گروه‌اند. استرس در ۵۰٪ موارد

اختلالات پوستی نظیر درماتیت اتوپیک<sup>۱</sup>، پسوریازیس<sup>۲</sup>، خارش روان زاد پوست، خارش موضعی، تعریق مفرط و کهیر (تلوزاد، ۱۳۸۵).

اختلالات پوستی به‌عنوان یک شاخه از بیماری‌های روان‌تنی مورد توجه قرار گرفته است. اختلالات روانی - جلدی شامل دودسته از بیماری‌ها هستند: ۱- بیماری‌های پوستی که وجود علائم روان‌پزشکی یا استرس بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد و ۲- بیماری‌های روان‌پزشکی که در آن‌ها پوست هدف تفکر، رفتار یا ادراک غیرطبیعی 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. درواقع، پژوهش‌ها شواهدی فراهم نموده است که ازجمله 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 اعتمادبه‌نفس افراد را تضعیف می‌کند. عامل استرس نقش دوگانه‌ای در این میان ایفا می‌کند: یا قبل از بروز بیماری رخ می‌دهد و فرد پس از درگیری با عوامل متعدد استرس‌زا، دچار ناراحتی‌های پوستی می‌شود و یا بروز مشکلات و تظاهرات پوستی باعث ایجاد استرس در فرد می‌شود که این به‌نوبه خود مشکل را تشدید می‌کند. پوست رابطه‌ای مشخص با روان دارد و نیز دارای پیامدهای روانی قوی است. پوست

1. Dermatitis
2. Psoriasis

3. Walker

نظریه اختصاصی بودن<sup>۲</sup> که طرفداران آن استرس را تنها عامل به وجود آورنده نمی‌دانند بلکه معتقدند که باید روان‌پویایی خاصی در شخص وجود داشته باشد که با آزار و اذیت دائم که برای فرد ایجاد می‌کند بالاخره سبب بروز بیماری می‌شود. (تلوزاد، ۱۳۸۵). فرضیه آسیب‌پذیری عضوی<sup>۳</sup> که می‌گوید آسیب‌پذیری باید از قبل در فرد وجود داشته باشد و تحت تأثیر فشار روانی باعث بیماری شود و نظریه التقاطی<sup>۴</sup> که هر سه عامل فوق را در ایجاد بیماری روان‌تنی دخیل می‌داند (تلوزاد، ۱۳۸۵).

در حیطه روان‌شناختی، استرسورها و شیوه‌های مقابله‌ای افراد در بروز بیماری‌های روان‌تنی نقش چشمگیری دارند. (خدایاری فرد، ۱۳۸۵). هنگامی که فرد در محیط کار یا زندگی با شرایطی روبه‌رو می‌شود که این شرایط با ظرفیت‌ها و امکانات کنونی وی هماهنگی ندارد، دچار عدم تعادل، تعارض و کشمکش‌های درونی می‌شود که به آن استرس می‌گویند. سلیه (۱۹۸۲-۱۹۰۷) استرس را پاسخ‌های غیراختصاصی که تحت تأثیر محرک‌های گوناگون در ارگانسیم ایجاد می‌شوند، تعریف کرده است. استرس شامل هر چیزی می‌شود 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 می‌دهد. در این تعریف بر این نکته تأکید می‌شود که استرس به رابطه تنش‌زا بین شخص و محیط اشاره دارد و وقتی فرد از مقابله با

باعث عود بیماری پسوریازیس و اگزماست. جوش صورت، طاسی سکه‌ای، پسوریازیس، حساسیت پوستی سرشتی، کهیر و درماتیت سبوریه (شوره سر) همگی با استرس بدتر می‌شوند. (نجاتی صفا، ۱۳۹۳).

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

**گروه سوم:** بیماری‌های اولیه پوستی که با ایجاد بدشکلی و عدم تناسب در ظاهر افراد باعث وقوع اختلال روحی مثل کاهش اعتمادبه‌نفس، افسردگی و ترس از حضور در مکان‌های اجتماعی در فرد می‌شود. مثل افراد با جوش‌های غرور جوانی کیستی و شدید، افراد دارای خال‌های رنگی مادر زادی بزرگ، افراد دچار لک و پیس و طاسی‌های پیش‌رونده (نجاتی صفا، ۱۳۹۳).

فرضیه‌های موجود در رابطه با بیماری‌های روان‌تنی از جمله اختلالات پوستی هرکدام عامل خاصی را در ابتلا به این اختلالات دخیل می‌دانند. برای مثال فرضیه استرس<sup>۱</sup> که عامل بروز بیماری را استرس می‌داند، یک استرس ناگهانی و قوی و یا چند استرس پشت سر هم به صورت تکرار شونده که می‌تواند بیماری را بارز کند (تلوزاد، ۱۳۸۵).

2. Specific theory

3. Vulnerability theory

4. Integrated theory of prospective

1. Stress Hypothesis

دو شکل راهبردهای مسئله مدار<sup>۳</sup> و هیجان مدار<sup>۴</sup> طبقه‌بندی نمودند. الف) راهبردهای مسئله مدار عبارت‌اند از: جستجوی حمایت اجتماعی<sup>۵</sup>: پذیرش همدردی دیگران در خصوص آنچه که اتفاق افتاده است. این مقیاس به تلاش‌هایی برای کسب حمایت‌های اطلاعاتی، حمایت‌های ملموس و حمایت‌های عاطفی اشاره دارد. مسئولیت‌پذیری<sup>۶</sup>: این مقیاس توصیف‌کننده واکنش‌هایی است که در آن فرد از طریق تلاش‌های مداوم برای اصلاح موقعیت موجود، نقش خویش در ایجاد مشکل را می‌پذیرد. برآورد مثبت<sup>۷</sup>: توصیف‌کننده تلاش‌هایی است که با تمرکز بر رشد شخصی، معنای مثبت می‌آفرینند. این مقیاس معنی مذهبی دارد. حل مدبرانه مسئله<sup>۸</sup>: این مقیاس توصیف‌کننده تلاش‌های اندیشمندانه و سنجیده مشکل مدار جهت تغییر موقعیت است که با رویکردی تحلیلی به حل مسئله همراه است (موسوی نسب، ۱۳۸۶).

ب) راهبردهای هیجان مدار که عبارت‌اند از: مقابله و رویارویی<sup>۹</sup>: ایستادن و مقابله برای رسیدن به آنچه که می‌خواهد. این مقیاس توصیف‌کننده تلاش‌های تهاجمی و مستقیم جهت تغییر موقعیت بوده و درجاتی از خصومت و خطرپذیری ارائه می‌دهد. دوری جویی<sup>۱۰</sup>: این مقیاس توصیف‌کننده تلاش‌های شناختی برای جدا کردن خویش از موقعیت استرس‌زا یا دوری از آن و به حداقل

این وضعیت ناتوان است، به مشکلات روانی و جسمانی مبتلا می‌شود (لازاروس و فولکمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ به نقل از خدایاری فرد، ۱۳۸۵).

در حیطه استرس امروزه نظریه غیراختصاصی بیشتر موردقبول است که این مطلب را عنوان می‌کند که استرس مزمن دارای آثار فیزیولوژیکی است که همراه با آسیب‌پذیری ژنتیکی عضو، برخی افراد خاص را مستعد اختلالات روان‌تنی می‌سازد. این عضو خاص می‌تواند در هر قسمتی از بدن باشد مثل پوست، معده و غیره (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). سبک مدارا یا شیوه‌های مقابله<sup>۲</sup>، تدابیر مقابله‌ای افکار و رفتارهایی هستند که پس از روبه‌رو شدن فرد با رویداد استرس‌زا به کار گرفته می‌شوند (وفایی بوربور، ۱۳۸۵).

از دیدگاه لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، مقابله عبارت است از تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام روبه‌رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می‌شود. مقابله، نیازمند بسیج و آماده‌سازی نیروها و انرژی فرد است که با آموزش و تلاش به دست می‌آید، لذا با کارهایی که به طور خودکار انجام می‌شود تفاوت اساسی دارد. در تعریف دیگر که لازاروس از مقابله ارائه می‌دهد آن را تلاش‌هایی معرفی می‌کند که برای مهار تعارض‌ها و خواسته‌های درونی و محیطی که فراتر از منابع شخص‌اند صورت می‌پذیرد (خدایاری فرد، ۱۳۸۵).

لازاروس و فولکمن راهبردهای مقابله‌ای را به

3. Problem-Focused
4. Emotion-Focused
5. Seeking Social Support
6. Accepting Responsibility
7. Positive Reappraise
8. Plan-Full Problem Solving
9. Confronting Coping
10. Distancing

1. Lazarus & Folkman
2. Coping strategy

تعداد ۱۰٪ درگیر اختلالات روان‌تنی 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 به‌علاوه سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد عامل مؤثری در بروز و تشدید اختلالات پوستی بوده است (اوربون و ولف، ۲۰۱۳).

اغلب پژوهش‌های داخل کشور به نقش داروها و عوامل زیستی پرداخته‌اند (به‌عنوان 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 روان‌شناختی و شرایط روانی این بیماران اندک است.

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 دودسته مبتلایان اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. همچنین میزان افسردگی و شدت آن در مردان و زنان مبتلا به لیکن پلان و پسوریازیس بررسی شد و

رساندن اهمیت موقعیت است. -خویشتن‌داری! این مقیاس تلاش‌هایی را توصیف می‌کند که احساسات و اعمال فرد را در مقابل منبع مشکل تنظیم می‌کند. گریز - اجتناب! آرزوی اینکه موقعیت هرچه زودتر تمام شود و یا به‌هرحال ناپدید گردد. این مقیاس ناظر به افکار آرزومندانه یا کوشش‌های رفتاری است که در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل‌زا هستند و شامل گریز از واقعیت نیز هست (موسوی نسب، ۱۳۸۶).

برسford<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) کیفیت زندگی و شیوه‌های رفتاری مبتلایان به اختلالات پوستی را مورد بررسی قرار داد. نتایج حاکی از آن بود که مشکلات پوستی علاوه بر اثرات منفی بر زندگی فرد بیمار، بر زندگی اطرافیان نیز تأثیر 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 تأثیرگذار است.

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

شنفلت<sup>۵</sup> (۲۰۱۰)، تعدادی از مراجعان به درمانگاه‌های پوست را مورد بررسی قرارداد. از این

1. Self-controlling
2. Escape-Avoidance
3. Beresford
4. Hall & Harlan
5. Shenefelt

نشان داد که تاکنون مطالعه‌ای در ارتباط با فراوانی استرسورها، میزان ارزیابی از استرس و شیوه‌های مقابله مبتلایان به اختلالات پوستی در مقایسه با افراد بهنجار انجام نشده است.

هدف تحقیق حاضر بررسی سه فرضیه زیر است:

- 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 شیوه‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به اختلالات پوست و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد.

#### روش

**طرح پژوهش:** مطالعه حاضر یک پژوهش علی - مقایسه‌ای یا پس رویدادی بوده است.

**جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش:** جامعه آماری این تحقیق کلیه مراجعان به کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و مطب‌های پوست شهر تهران در بهار ۱۳۹۳ است. 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 ویژگی‌های مختلف افراد و بالا بردن دقت در تحقیق بوده است چرا که جامعه آماری مورد نظر یعنی بیماران مبتلا به اختلالات پوستی دامنه گسترده‌ای از جامعه هستند و برای کمتر کردن خطا، به تعداد بالاتر نمونه نیاز بیشتری حس می‌شد.

اختلاف آماری معنی‌داری 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 متأهل مبتلا به پسوریازیس بیشتر از مبتلایان به لیکن پلان بوده است. از طرف دیگر، نسبت اضطراب در مردان و زنان متأهل یا مجرد مبتلا به لیکن پلان بیشتر از مبتلایان به پسوریازیس بوده است (درمیان‌ی طباطبایی، ۱۳۸۲).

انصار و همکاران (۱۳۹۲)، در مطالعه مشاهده‌ای - مقایسه‌ای روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس، آکنه، اختلالات پیگمانتاسیون (ویتیلیگو، ملاسما)، آلوپسی، اگزما و ۱۰۰ نفر از همراهان بیماران (به‌عنوان گروه شاهد) کیفیت زندگی بیماران که شامل فعالیت‌ها و مسائل 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 معنی‌دار 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.

بررسی پیشینه تحقیقاتی بخصوص در ایران

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس یک آزمون ۶۶ ماده‌ای است که بر اساس سیاهه راهبردهای مقابله‌ای، 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 می‌برند را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در آغاز از آزمودنی خواسته می‌شود که به‌طور 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 هر یک از راهبردهای زیر استفاده کرده است. این آزمون دارای ۸ زیرمقیاس مقابله مستقیم، فاصله گرفتن، خودکنترلی، طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، گریز - اجتناب، حل مسئله برنامه‌ریزی 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 مسئله مدار و هیجان مدار طبقه‌بندی می‌شوند. این آزمون بر روی نمونه‌ای متشکل از ۷۵۰ زوج میان‌سال هنجاریابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها بدین شرح گزارش شده است: زیرمقیاس مقابله مستقیم: ۰/۷۰، زیرمقیاس فاصله گرفتن: ۰/۶۱، زیرمقیاس خودکنترلی: ۰/۷۰، زیرمقیاس طلب حمایت اجتماعی: ۰/۷۶، زیرمقیاس پذیرش مسئولیت: ۰/۶۶، زیرمقیاس گریز - اجتناب: ۰/۷۲، زیرمقیاس حل مسئله برنامه‌ریزی شده: ۰/۶۷ و زیرمقیاس ارزیابی مجدد مثبت: ۰/۷۹ که این مقادیر نشان دهنده پایایی

نمونه‌ها به‌صورت تصادفی از بین مراجعه‌کنندگان انتخاب شدند. انتخاب گروه بهنجار هم به‌صورت تصادفی از افرادی بوده است که سابقه بستری و استفاده از داروهای روان‌پزشکی نداشتند و اختلالات روان‌تنی خاصی گزارش نکردند و سابقه پزشکی جدی نداشتند. گروه‌ها از نظر میانگین سنی، جنسیت، تحصیلات و وضعیت تأهل تفاوت معناداری نداشتند. هر گروه متشکل از ۶۶ نفر زن و ۳۴ نفر مرد بود. دامنه سنی آزمودنی‌ها در گروه بهنجار ۱۷ تا ۶۰ و در گروه بیمار ۱۵ تا ۶۵ سال بوده است. میانگین سنی گروه بیمار ۳۳/۸۰ سال، با انحراف معیار ۱۰/۲۶ و میانگین سنی گروه بهنجار ۳۲/۸۴ سال و انحراف معیار ۷/۵۳ بود.

**پرسشنامه رویدادهای مهم زندگی پیکل<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه شامل ۶۵ رویداد زندگی است که فرد در طی دو سال گذشته یا قبل از آن تجربه کرده است. آزمودنی باید رویدادهایی را که شخصاً تجربه کرده است علامت بزند و سپس شدت ناراحتی یا میزان فشار روانی خود در زمان آن 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 استرس‌زا ۰/۷۹ به دست آمد. در مطالعه دیگر ضریب پایایی از طریق بازآزمایی برای تعداد رویدادها ۰/۷۸ و برای میزان استرس ۰/۸۲ محاسبه گردید (پورشهباز، ۱۳۷۲). ضریب پایایی بر اساس تعداد رویدادها و ارزیابی فرد از شدت حوادث به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۰ به دست آمد (نصری، ۱۹۸۲).

**پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای<sup>۲</sup> لازاروس:**

1. Paykel
2. Coping Strategy Questionnaire



مطالعه را نشان می‌دهد. 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 تفاوت‌هایی در ارزیابی استرس و شیوه‌های مقابله است. در جدول ۳ نتایج مربوط به تحلیل واریانس چند متغیری نمرات استرسورها و ارزیابی میزان استرس دو گروه بیمار و بهنجار آمده است.

مطلوب این آزمون است. واحدی به منظور بررسی روایی همگرایی پرسشنامه روش‌های مقابله نیز از محاسبه همبستگی نمره‌های خام حاصل از این پرسشنامه با نمره‌های خام حاصل از پرسشنامه استرس لیونل استفاده نمود که نتایج نشان داد این آزمون از روایی همگرایی بالایی برخوردار است.

## یافته‌ها

جدول ۱ توزیع فراوانی انواع اختلالات پوست مورد

جدول ۱. توزیع فراوانی انواع اختلالات پوستی گروه بیماران

نام بیماری	آگزما	ویتیلیگو	پسوریازیس	خارش و کندن	آکنه	لوپوس	لیکن پلان	کهیر	سایر
فراوانی	۲۶	۲۳	۲۰	۷	۶	۵	۳	۵	۵
درصد	۲۶	۲۳	۲۰	۷	۶	۵	۳	۵	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 مسئله	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 مجذورات	درجه آزادی	مجذور 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

صادق نصری و محبوبه یلان: مقایسه استرسورها و شیوه‌های مقابله در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی و افراد بهنجار

بالاتری کسب کرده‌اند. از این رو فرضیه دوم تحقیق مورد تأیید قرار گرفت؛ و فرض صفر رد می‌شود.

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

با توجه به نتایج جدول ۳ گروه‌های بیمار و بهنجار در متغیر استرسورها تفاوت معناداری نشان ندادند ( $F=2/411, P=0/122$ ). از این رو فرضیه اول تحقیق مورد تأیید قرار نگرفت؛ اما دو گروه در میزان ارزیابی استرس تفاوت آماری داشتند ( $F=9/027, P=0/003$ ). بدین مفهوم که افراد گروه بیمار در متغیر ارزیابی میزان استرس نمرات

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری شیوه‌های مقابله در دو گروه بیمار و بهنجار

متغیرها	مجموع مجزورات	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 مسئله برنامه‌ریزی شده	۲۱/۶۸۴	۱	۲۱/۶۸۴	۲/۳۸۴	۰/۱۲۵
ارزیابی مجدد مثبت	۶۹/۴۹۱	۱	۶۹/۴۹۱	۵/۷۹۴	*۰/۰۱۷

استرسورها و شیوه‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی و افراد بهنجار بود. فرض بر این بود 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 داده‌ها، نتایج نشان داد که گروه‌های بیمار و بهنجار در متغیر ارزیابی از میزان استرس تفاوت دارند، 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 کرده‌اند.

در خصوص شیوه‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا

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 داشته‌اند.

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

#### نتیجه‌گیری و بحث

هدف اصلی تحقیق حاضر، مقایسه میزان و شدت

پوست بازی می‌کنند؛ اما امروزه اعتقاد بر این است که استرس به‌تنهایی و به‌صورت مستقیم نمی‌تواند فرد و سلامت روانی و جسمی او را تحت تأثیر قرار دهد بلکه نوع برداشت و ارزیابی فرد از استرس و شیوه مقابله‌ای اتخاذ شده تعیین کننده خواهد بود (علیزاده فرد، ۱۳۹۱). بر این اساس نوع و شیوه مقابله با استرس میزان زیان باری آن را مشخص می‌نماید.

با توجه به اطلاعات تحقیق حاضر می‌توان نتیجه‌گیری نمود که ارزیابی افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی از میزان استرس‌های وارده گاهی بالاتر از میزان واقعی فشاری است که بر آن‌ها وارد شده است. این عوامل می‌تواند فرد را از درون دچار ناراحتی و فشار کند و به‌صورت تظاهرات پوستی خود را نشان دهد. کوباسا<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۲)، برای تبیین این موضوع که بعضی اشخاص در مواجهه با مقدار مشخصی استرس، بیماری شوند و حال آنکه بعضی دیگر در برخورد با همان مقدار استرس سلامت خود را حفظ می‌کنند، از نظریه‌های شخصیت سودجسته و سرسختی روان‌شناختی<sup>۳</sup> را پیشنهاد داده‌اند. شخصیت‌های 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 می‌شود تا فرد هنگام بروز استرس از حمایت‌های اجتماعی برخوردار باشد. مفهوم چالشگری نیز در

به اختلالات پوستی و افراد بهنجار نتایج نشان داد که از ۸ شیوه مقابله‌ای مقابله مستقیم، فاصله گرفتن، خود کترلی، طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، گریز - اجتناب، حل مسئله برنامه‌ریزی 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 کرده‌اند.

در این راستا می‌توان به مطالعه کاتی<sup>۱</sup> 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 تست استرس اجتماعی، بیماران مضطرب با آتویی واکنش‌های بیشتری نشان می‌دادند همچنین با نتایج تحقیق اوربون و ولف (۲۰۱۳)، همسو است که نقش استرس‌های روانی در بروز مشکلات پوستی را تردیدناپذیر می‌دانند. 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. 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 نموده‌اند. در واقع تصور بر این بوده است که استرس روان‌شناختی نقش اساسی را در بروز یا تشدید بیماری‌های

2. Kobasa  
3. Hardiness

1. Kathi

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 می‌شود که فرد احساس کارایی داشته باشد و در موقعیت‌های تنش‌زا برای تغییر موقعیت اقدام کند. افرادی که فاقد این ویژگی‌ها هستند، با احتمال بیشتری در رویارویی با استرس در دام بیماری‌ها می‌افتند (خدایاری فرد، ۱۳۸۵).

در بحث استرس و شیوه‌های مقابله، این نظریه نیز مطرح شده است که مهم‌ترین عامل در چگونگی و نوع نشانگان استرس، تصورات شخصی و میزان ارزش و اهمیت موضوعی ویژه در نزد فرد است؛ زیرا عامل تنش‌زایی 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 ارزش‌گذاری مجدد و قضاوت‌های مداوم شخص از خواسته‌ها و محدودیت‌های خود در روند تعامل با محیط و توانایی‌های خود بکار برده شد. در واقع لازاروس بنیان‌گذار این فرضیه است که دیدگاه‌ها، پدیده‌ها را به وجود می‌آورند. پدیده‌ها به خودی خود خنثی هستند و این دیدگاه‌ها هستند که به پدیده‌ها مفهوم می‌بخشند (به نقل از خدایاری فرد، ۱۳۸۵).

بر همین اساس و با توجه به نتایجی که در بررسی شیوه‌های مقابله افراد به دست آمد، ارزیابی فرد و بازبینی مجدد و مثبت مشکل نقش چشمگیری در ابتلا یا عدم ابتلا به مشکلات

روان‌تنی دارد.

در یک جمع‌بندی کلی و با توجه نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط کرد که هرچند ممکن است افراد بیمار و بهنجار از نظر قرار داشتن در معرض عوامل استرس‌زای زندگی تقریباً مانند هم باشند، لیکن این دو گروه از نظر برداشتی که از عامل استرس‌زا و میزان فشار وارده دارند با یکدیگر متفاوت‌اند. این برداشت متفاوت از میزان فشار وارده می‌تواند عامل بروز برخی از بیماری‌های پوستی گردد. در خصوص شیوه‌های مقابله در برابر مشکلات تفاوت‌های کمتری بین بیماران پوستی و افراد بهنجار وجود دارد، اما این دو گروه در ارزیابی مجدد مثبت از مشکل تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند. بدین معنی که افراد بیمار کمتر تمایل دارند تا مشکل پیش‌آمده را از زوایای مختلف بسنجند و یا برداشت مثبتی از امور داشته باشند.

دسترسی محدود به اطلاعات جمعیت‌شناسی بیماری‌ها به دلیل همکاری ضعیف عوامل پزشکی و مشکلات همکاری آزمودنی‌ها، سبب می‌گردد که تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. توصیه می‌شود که در بحث درمان، به بیماران در زمینه شیوه‌های مقابله‌ای، بخصوص روش‌های ارزیابی مثبت مسئله و نسبت به بالا بردن سطح مسئولیت‌پذیری افراد مبتلا آموزش داده شود. بعلاوه پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده به بررسی جداگانه اختلالات روان‌شناختی محور I و II در انواع بیماران پوستی پرداخته شود و آسیب‌شناسی روانی افراد مبتلا به اختلالات پوستی بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

## منابع

- آزاد، ح (۱۳۸۱). *آسیب‌شناسی روانی ۱*، تهران: نشر بعثت.
- انصار، ا؛ جهانگرد، ل و پهلوانی، پ (۱۳۹۲)، «کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس ولگاریس: مطالعه مورد - شاهی»، *نشریه پوست و زیبایی*، دوره ۴، شماره ۳، ص ۱۱۳-۱۱۹.
- علیزاده فرد، س (۱۳۹۱). «بررسی رابطه الکسی تایمیا و بیماری زخم معده: آیا پرخاشگری یک تغییر واسطه‌ای است؟» *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، شماره ۴، صفحه ۸۱-۷۱.
- قربانی بیرگانی، ع؛ عابدی، پ؛ زارع، ک و اسدپور، س (۱۳۹۱). «بررسی اثر داروی بربرین بر روی بیماران مبتلا به پسوریازیس». *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، صفحه ۱۵.
- تلوزاد، م (۱۳۸۵). «اختلالات روان‌تنی (سایکوسوماتیک)»، *نشریه بهداشت و تندرستی*. آبان. شماره ۱۷۶.
- خدایاری فرد، م و پرند، ا (۱۳۸۵). *استرس و روش‌های مقابله با آن*. تهران: دانشگاه تهران.
- درمیانی طباطبایی، ف (۱۳۸۲). «مقایسه شاخص‌های اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به لیکن پلان و پسوریازیس». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
- رضایی، ک؛ جبرئیلی، ر؛ مشکوه السادات، م. ه؛ دلفان، ب و طراچی، م. ج (۱۳۸۳). «مقایسه تأثیر گل گاوزبان و کورتون بر بهبودی و عود درمانیت اتوپیک». *یافته*. دوره ۶. صفحه ۱۹-۲۴.
- سادوک، وی و کاپلان، اچ (۲۰۰۷). *خلاصه روان‌پزشکی. علوم رفتاری/روان‌پزشکی بالینی ۲*.
- ترجمه فرزین رضاعی، تهران، انتشارات ارجمند.
- محرم نژاد، ن و تهرانی، م (۱۳۸۲). «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، م. ح و تقوی، م. ر (۱۳۸۶). «تأثیر ارزیابی استرس و راهبردهای رویارویی در سلامت روان». *مجله پزشکی هرمزگان*. دوره یازدهم. صفحه ۸۳-۹۰.
- وفایی بوریور، ص (۱۳۸۷). «نقش جهت‌گیری 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. & McCare, R. R. (1986). "Cross-studies of personality in a national sample". *Psychology and aging* N 1, PP: 140-143.
- 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, PP: 1-11.
- Kathi, L., Heffner, K.L., Kiecolt-Glasser, 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*, July, Issue 1, Volume 113, PP: 13-18.
- Orion, E. & Wolf, R. (2013). "Psychological factor in skin diseases: Stress and skin Facts and controversies". *Clinics in Dermatology*, November-December, Issue 6, Volume 31 PP: 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*, April, Volume 29, Issue 2, PP: 134-140.
- Shenefelt, D. P. (2010). "Psychological interventions in the management of common skin conditions", *Psychology Research and Behavior Management*, 3, PP: 51-63.
- Walker, C. & Apadopoulos, L. (2005). *Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders*. Cambridge University Press: New York