مقـــاله تحقیقی

مقایسه اثربخشـــی آموزش مدیریت حل مســـئله بر افسردگی، اضطـــراب واســـترس درخانـــواده بیمـــاران بســـتری ریـــوی و پرســـنل بیمارستان

پریساعدیمی[۱]،میترا صفا[۲*]،فاطمه‌قاسم‌بروجردی[۳]، فرزانه حاجی زاده[۴]، بامداد میراب زاده اردکانی [۵]

[۱] دانشیار بیماری‌های ریه، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

[۲] استاد روانپزشکی، مرکز تحقیقات سل بالینی و اپیدمیولوژی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

[۳] دکترای روانشناسی، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

[۴] دانشجوی دکترای روانشناسی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

[۵] دانشجوی پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

تهران، نیاوران، انتهای دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، واحد روانپزشکی

تلفن: ۰۲۱۲۷۱۲۲۶۰۷

نشانی الکترونیک: mitra.safa@yahoo.com

زمینه: مواجهه با بیماردرفضای خانواده و محیط کار، می تواند در بروز مشکلات روانشناختی افراد خانواده نقش مؤثری داشته باشد. با توجه به کمبود پیشینه در این زمینه، هدف از مطالعه آموزش حل مسئله و مقایسه اثربخشی بهبود اضطراب، استرس، افسردگی و نحوه حل مسئله درزمینه کاهش مشکلات روانشناختی اعضای خانواده بیماران بستری و پرسنل بیمارستان که به طور مستقیم درگیر مراقبت از بیمار هستند، می‌باشد.

روش کار: این پژوهش از نوع کاربردی – آزمایشی بود که در آن به مقایسه میزان اثربخشی آموزش راهبردهای حل مسئله بر افسردگی، اضطراب، استرس و روش‌های حل مسئله در دو گروه خانواده بیماران ریوی بستری با گروه پرسنل بیمارستان دکتر مسیح دانشوری پرداخته شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد و اعضای نمونه تحت گروه درمانی با رویکرد آموزش حل مسئله قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک محقق ساخته، سبک حل مسئله کسیدی و لانگ (Cassidy and Long)، و همچنین افسردگی، اضطراب و استرس داس (DASS) بودند.

یافته‌ها: درماندگی، اجتناب، اضطراب و استرس در هر دو گروه پرسنل و همراهان بیماران، پس از اجرای مداخله، به طور معناداری کاهش یافت. افسردگی تنها زیرمقیاسی بود که فقط در همراهان بیماران پس از اجرای مداخله کاهش یافت. گرایش و اعتماد تنها در پرسنل افزایش یافت.

نتیجه‌گیری: بهبود وضعیت افسردگی، اضطراب، استرس و حل مسئله هم در پرسنل و هم در خانواده بیماران پس از اجرای دوره آموزش، ضرورت حضور متخصصان حوزه سلامت روان را برای غربالگری در همه گروه‌ها، اعم از بیماران، خانواده آنها و پرسنل بیمارستان نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: حل مسئله، افسردگی، اضطراب، استرس

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

مقدمه

بیماری آسم یک بیماری دوره‌ای و مزمن مجاری تنفسی است و علائم آن شامل سرفه، خس خس، درد سینه و تنگی نفس است. باوجودیکه بیماران مبتلا به آسم، وابستگی شدیدی به اطرافیان دارند اما هیچ تیپ شخصیتی خاصی در آنها گزارش نشده است. برخی ویژگی‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به آسم شامل ترس شدید، ناتوانی هیجانی، حساسیت به طردشدن بهمراه بی ثباتی رفتاری در شرایط دشوار است. ترس از بروز تنگی نفس می تواند مستقیماً حملات آسم را شروع و یا تشدید کند و اضطراب بالا در این بیماران می‌تواند با افزایش تعدد بستری در بیمارستان و حتی مرگ و میر مرتبط باشد. بیماری انسداد مزمن ریوی به طیفی از اختلالات مربوط می‌شود که شامل سرفه مزمن، تولید خلط و التهاب ایجاد کننده فیبروز است که میتوانند باعث تنگی مجاری تنفسی شوند. اختلالات اضطرابی و پانیک در این بیماری نیز مانند آسم بالاست. ۱۶ تا ۳۴ % بیماران اختلال اضطرابی دارند، در حالیکه ۱۵ % از جمعیت عمومی دچار این اختلال هستند. این بیماری با مصرف سیگار یا کمبود آلفا آنتی تریپسین در ارتباط است. در واقع، بیماری می‌تواند خود را به صورت تنفس غیر طبیعی نشان دهد. همانطور که تاکی پنه در اختلالات اضطرابی ویا تنفس آهسته در بیماران مبتلا به افسردگی دیده می‌شود. اختلالات تنفسی همچنین می توانند هر نوع آرامش روانی را بر هم زند، مانند وحشتی که در بیماران مبتلا به آسم در مورد محدودیت جریان هوا در مجاری تنفسی یا هیپوکسمی اتفاق می‌افتد (۱).

علائم تنگی نفس، سرفه و خستگی در بیماران ریوی و نیز سیر پیشرفت بی وقفه این علائم، چالشی را در حفظ کیفیت زندگی بیماران و مراقبان خانوادگی آنها ایجاد می کند (۲).

در این میان، شیوع اختلالات روانپزشکی به صورت معناداری در بیماران ریوی بالاتر از جمعیت سالم است (۳). افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان علائم و اختلالات روانپزشکی در این زمینه قابل بحث می‌باشند. افسردگی یک اختلال در طبقه اختلالات خلقی است که شامل علائم تغییر در اشتها و وزن، خواب و میزان فعالیت، کاهش انرژی، احساس گناه، مشکلات در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار مکرر در مورد مرگ و تصمیم گیری است. اضطراب نیز که همه انسان ها آن را تجربه می کنند، به معنای تجربه یک احساس ناخوشایند منتشر و مبهم است که اغلب همراه با علائم غیرارادی مانند سردرد، تعریق، افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، احساس ناراحتی در شکم و بی قراری با نشانه ناتوانی در نشستن یا ایستادن به مدت طولانی مشخص می شود. ترکیب این عوامل در افراد مختلف می تواند متفاوت باشد (۱). همچنین، استرس شامل رویدادی است که در آن، فرد به این باور میرسد که مجموع خواسته ها و انتظاراتی که از او دارند، فراتر از منابع، امکانات و توانمندی‌های در اختیار اوست(۴). اضطراب و افسردگی شدید در ۲۳ % از مردان و ۵۹% از زنان مبتلا به آسم وجود دارد (۵).

در این میان، حل مسئله به عنوان یکی از مهارت های ده گانه زندگی، عامل کلیدی در مواجهه با مشکلات روزمره است. تمام افراد در زندگی روزمره خود با مسائل متفاوتی رو به رو می شوند که لزوم آموزش مهارت های مقابله ای و حل مسئله را بیش از پیش برای روانشناسان و متخصصان تعلیم و تربیت فراهم می آورد. افرادی که توانایی بالاتری در زمینه حل مسئله دارند در مقابله با مشکلات از راه‌حل‌هایی استفاده می کنند که بهترین و مناسب ترین پاسخ را برای آن ها داشته باشد. همچنین با کاهش استرس، شادکامی وسلامت عمومی بهتری را تجربه کنند (۶).

وجوداضطراب، افسردگی، استرس وعدم برخورداری از مهارت حل مسئله نقش مهمی در کاهش کیفیت روند درمان بیماران ریوی از طرف مراقبان اولیه آنها که معمولاً اعضای خانواده هستند وهمچنین پرسنل بیمارستان که بطور مستقیم درگیر می‌باشند، ایفا می‌کند. افزایش سلامت روان می تواند در کیفیت ارائه خدمات به بیماران مؤثر باشد و در نهایت روند درمان را تحت تأثیر قرار دهد. تحقیقات نشان داده اند که میزان استرس با افسردگی و اضطراب در بین کارکنان بیمارستان ارتباط دارد (۷). مطالعه ای درپرسنل بخش اورژانس بیمارستان‌هایی که تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی هستند، نشان داده که اضطراب پرسنل اورژانس، به علت ماهیت شغل پرخطر آنها بالا بوده و بدون در نظر گرفتن موقعیت شغلی، کلیه پرسنل از اضطراب رنج می بردند(۸).

بیماران ریوی مزمن به مراقبت کننده‌های حرفه‌ای در مرحله عمده‌ای از بیماری خود وابسته می‌باشند. با این حال، بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریوی حمایت بسیار محدودی را در مقایسه با بیماران مبتلا به سرطان دریافت می‌کنند. ناآگاهی از خدمات حمایتی برای بیماران مبتلا به اختلال انسداد ریوی مزمن و نبود دانش کافی در این زمینه حتی در میان مراقبت کننده‌های حرفه‌ای وجود دارد(۹). همچنین بسیاری از اعضای خانواده بیماران مبتلا به آسم شدید دچار اختلالات خلقی، اختلال اضطرابی بدنبال استرس، اختلال مصرف مواد و یا اختلال ضد اجتماعی هستند. در واقع، در مورد شدت و مدت بیماری آسم، محیط اجتماعی و خانوادگی در تعامل با ویژگی های ژنتیکی می‌توانند تابلوی بیماری را تحت تأثیر قرار دهند(۱).

ارائه خدمات حمایتی به این بیماران از همان ابتدای بیماری، توسط خانواده آنها می‌تواند باعث بروز مشکلات هیجانی شدید در خانواده آنها شود. چالشی که در این زمینه وجود دارد، شناسایی راه هایی برای شخصی‌سازی و فردی‌سازی خدمات حمایتی متناسب با نیازهای هر یک از بیماران و خانواده آنهاست (۱۰). درمان‌های حمایتی در بهبود کیفیت زندگی بیماران ریوی مؤثر است (۱۱). بنابراین، مشارکت خانواده و اعضای خانواده در درمان به عنوان قسمتی از درمان‌های حمایتی، ضروری می‌باشد. شیوه‌های کمک به بیماران ریوی و خانواده‌ها برای کسب نقش فعال در درمان باید بر توانمندسازی آنها تأکید داشته باشد تا باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران گردد (۱۲).

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

در این پژوهش، برای بهبود وضعیت افسردگی، اضطراب و استرس و توانایی مدیریت کردن در گروه مراقبین و پرسنل بیمارستانی از آموزش مهارت حل مسئله استفاده شده است. آموزش مهارت حل مسئله قابل کاربرد برای علائم افسردگی، اضطراب، استرس، سوگ و سایر مشکلات عملی و بین فردی زندگی است و مناسب برای مشکلات بحرانی و شدید در روانپزشکی مانند سایکوز و خطر اقدام به خودکشی نیست (۱۳). آموزش حل مسئله، مداخله روانشناختی است که بر آموزش مهارت‌ها و نگرش‌های حل مسئله تمرکز دارد و هدف از آن، کاهش و پیشگیری از آسیب شناسی روانی و افزایش سلامتی با کمک به اشخاص در انطباق مؤثرتر با مسائل تنش‌زا در زندگی است (۱۴). آموزش حل مسئله روشی است که در آن فرد می‌آموزد تا از مجموعه مهارتهای شناختی مؤثر خود برای کنار آمدن با موقعیت‌های مسئله آفرین استفاده کند (۱۵).

اهمیت و ضرورت تحقیق حاضر از آن روست که دربسیاری از تحقیقات نشان داده شده که بیماران مزمن جسمی ازجمله بیماران ریوی، پرسنل بیمارستان که به ارائه خدمات به این بیماران مشغولند و مراقبت کننده‌های اصلی این بیماران که معمولاً از بین اعضای خانواده هستند، به دلیل مشکلات و پیچیدگی بیماری مزمن، دچار مشکلات روحی و روانی می‌شوند. مطالعاتی در بیماران ریوی و مراقبت کننده‌های آنها، نشان داده است که احساس ناکامی بواسطه فرآیند تشخیص و عدم دریافت آموزش مربوطه باعث احساس تردید در تعهد به برنامه مراقبت بیمار شده بود. در واقع نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران و مراقبت کننده های آنها نیاز به دریافت اطلاعات در زمینه بیماری دارند، اما دانش محدودی در زمینه مزایای بالقوه خدمات درمان حمایتی دارند. مطالعات بیشتر در آینده لازم است تا بهترین روش های معرفی خدمات درمان حمایتی، شناسایی شوند (۱۶). تحقیقاتی که تاکنون انجام شده بر مشکلات روحی روانی مراقبت کننده های بیماران ریوی اعم از پرسنل بیمارستان و اعضای خانواده آنها تمرکز چندانی نداشتند و تنها بر خود بیماران تمرکز کرده بودند. در صورتی‌که سلامت روان این گروه‌ها می‌تواند در نهایت در بهبود روند درمانی بیمار و تبعیت درمانی نقش داشته باشد. البته مطالعاتی در بیماران ریوی بستری در زمینه تاثیرجدی کاربرد رویکردهای رواندرمانی از جمله مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی که باعث تغییر نگرشهای ناکارآمد، تحمل پذیری، گرایش به جلب توجه، از هم گسیختن عملکرد، ارزیابی و قابلیت پذیرش شده، انجام گرفته است (۱۷). همچنین گروه درمانی شناختی باعث کاهش باورهای ناکارآمد و افزایش امیدواری در بیماران ریوی مزمن از جمله بیماران مبتلا به سل بوده و حتی موجب کاهش مشکلات جدی روانشناختی در این بیماران شده است (۱۸). لذا، از آنجا که تحقیقات گذشته نقش مشکلات روانشناختی و اثربخشی رویکردهای مختلف رواندرمانی را در بیماران ریوی نشان داده اند، با توجه به خلاء این تحقیقات در زمینه مراقبت کنندگان بیماران، در این مطالعه به بررسی وضعیت اضطراب، افسردگی و استرس همراهان یا مراقبان بیماران ریوی و نیز پرسنل بیمارستان که به ارائه خدمات به این بیماران می پردازند، پرداخته شده است. سپس ارائه دوره آموزشی راهبردهای حل مسئله برای هر دو گروه صورت گرفت تا اثربخشی این دوره بر اضطراب، افسردگی، استرس و حل مسئله مشخص گردد و در نهایت نقش عوامل روانشناختی در همراهان بیماران و پرسنل بیمارستان شناسایی گردد.

اهداف تحقیق شامل تعیین سبک‌های حل مسئله، وضعیت افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه همراهان بیماران ریوی و پرسنل بیمارستان و تعیین اثربخشی آموزش راهبرد حل مسئله بر تغییر سبک حل مسئله، افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه همراهان بیماران ریوی و پرسنل بیمارستان بودند.

روش کار

این پژوهش از نوع کاربردی – آزمایشی بود که در آن به بررسی و مقایسه میزان اثربخشی آموزش راهبردهای حل مسئله در دو گروه خانواده بیماران ریوی بستری با گروه پرسنل بیمارستان پرداخته شد.

نمونه گیری به روش در دسترس از بین پرسنل بیمارستان و نیز از بین همراهان بیماران بیمارستان دکتر مسیح دانشوری که طی مدت زمان مطالعه برای مراقبت از عضو بیمار خانواده‌شان به بیمارستان مراجعه کرده بودند، انجام شد. برطبق مطالعات قبلی، حجم نمونه در پژوهشهای مداخله ای ۱۰–۱۵ نفر در هر گروه می باشد (۱۹). اما در عمل برای بالا بردن اعتبار و ضریب اطمینان پژوهش تعداد ۱۹۲ نفر وارد مطالعه شدند که ۸۴ نفر آنها پرسنل و ۱۰۸ نفر همراه بیمار بودند. جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، خانواده های بیماران ریوی و پرسنل بیمارستان دکتر مسیح دانشوری در سال های ۹۸ – ۱۳۹۷بودند.

معیارهای پذیرش گروه خانواده بیماران ریوی: حداقل سن ۱۸ سال، توانایی خواندن، نوشتن و پاسخگویی به سؤالات، داشتن هشیاری کامل، تمایل به مشارکت در پژوهش، داشتن عضوی بیمار در خانواده باتشخیص قطعی بیماری ریوی (که در پرونده پزشکی توسط همکار فوق تخصص ریه درج می‌گردید).

معیارهای پذیرش گروه پرسنل بیمارستان: حداقل سن ۱۸ سال، توانایی خواندن، نوشتن و پاسخگویی به سؤالات، داشتن هشیاری کامل، تمایل به مشارکت در پژوهش، اشتغال در بیمارستان

معیارهای حذف گروه خانواده بیماران ریوی: تغییردر تشخیص قطعی بیماری ریوی، نداشتن هشیاری کامل، عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش، بروز فاز مسمومیت یا ترک ناشی از مواد، بروز هرگونه مشکل جسمی که با فرآیند پرسشگری تداخل پیدا کند.

معیارهای حذف گروه پرسنل بیمارستان: ترک اشتغال محل کار، نداشتن هوشیاری کامل، عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش،

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

بروز فاز مسمومیت یا ترک ناشی از مواد، بروز هرگونه مشکل جسمی که با فرآیند پرسشگری تداخل پیدا کند.

پس از اینکه طرح در شورای پژوهشی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری تأیید شد، ارائه توضیحات جامع و لازم درباره پژوهش به اعضای نمونه داده شد و در صورت آمادگی آنها برای مشارکت و کسب رضایت آگاهانه، از دو گروه پرسنل بیمارستان و همراهان بیماران ریوی، پرسشگری توسط روانشناسان آموزش دیده تحت نظر روانپزشک عضو هیئت علمی در زمینه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه حل مسئله کسیدی و لانگ و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس داس به عنوان پیش آزمون انجام شد. به خانواده بیماران و پرسنل بیمارستان اطمینان داده شد که اطلاعات درج شده کاملا محرمانه خواهند بود و تنها به منظور امور پژوهشی اطلاعات مورد استفاده قرار خواهند گرفت. سپس کلیه اعضای نمونه در قالب گروه های ۱۰ تا ۱۵ نفره جداگانه مورد مداخله گروه درمانی آموزش راهبردهای حل مسئله طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای قرار گرفتند. تا حد امکان تلاش شد که اعضای گروه ها، آموزش و شرایط کاملاً یکسانی را تجربه کنند. همچنین خانواده بیماران و پرسنل بیمارستان در گروه های جداگانه مورد آموزش قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات آموزش حل مسئله، کلیه اعضای نمونه مجدداً مورد پرسشگری در زمینه پرسشنامه های حل مسئله کسیدی و لانگ و افسردگی، اضطراب و استرس داس به عنوان پس آزمون قرار گرفتند.

روش و ابزار جمع آوری داده‌ها

۱. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک محقق ساخته: در این پرسشنامه جنس، سن، تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل افراد بررسی گردید.

۲. پرسشنامه سبک حل مسئله کسیدی ولانگ: مقیاس سبک‌های حل مسئله را کسیدی و لانگ[۱] در سال ۱۹۹۶ طی دو مرحله طراحی کردند و دارای ۲۴ پرسش است که شش عامل را می سنجد و هرکدام از عوامل دربرگیرنده چهار ماده آزمون می باشند. این عوامل عبارتند از درماندگی در حل مسئله یا جهت یابی (بیانگر بی یاوری فرد در موقعیت های مسئله زا)، مهارگری حل مسئله یا کنترل در حل مسئله (بعد کنترل بیرونی – درونی در موقعیت مسئله زا)، سبک حل مسئله خلاقانه (برنامه ریزی و در نظر گرفتن راه حل های متنوع برحسب موقعیت مسئله زا)، اعتماد در حل مسئله (اعتقاد در توانایی خود برای حل مشکلات)، سبک اجتناب (تمایل به رد شدن از مشکلات به جای مقابله با آنها) و سبک گرایش یا تقرب و روی آورد (نگرش مثبت به مشکلات و تمایل به مقابله رو در رو با آنها). سبک‌های درماندگی، مهارگری و اجتناب زیر مقیاس‌های حل مسئله غیرسازنده، و سبک های گرایش، خلاقیت و اعتماد زیرمقیاس های حل مسئله سازنده هستند. این پرسشنامه به خوبی می تواند آسیب پذیری فرد را در برابر استرس نشان دهد و جمعیت سالم را از جمعیت بیمار جدا کند. پرسشهای این مقیاس با گزینه‌های"بلی"،"خیر" و"نمی‌دانم" پاسخ داده می شوند. نمره گذاری به شکل صفر و یک انجام می شود و برای گزینه نمی دانم نیز نمره ۰/۵ در نظر گرفته می‌شود. جمع این نمرات نشان دهنده نمره کلی هر کدام از عوامل ۶ گانه است. هر عاملی که بالاترین نمره را داشته باشد، نشان می دهد که فرد به هنگام مواجهه با مشکلات، از آن شیوه استفاده می کند. حداکثر نمره ۲۴، حداقل نمره صفر و نمره متوسط ۱۲ خواهد بود (۲۰).

کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در یک مطالعه برای سبک های درماندگی، مهارگری، خلاقیت، اعتماد، اجتناب و گرایش به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۶۶، ۰/۵۷، ۰/۷۱، ۰/۵۲ و ۰/۶۵ به دست آوردند. در ایران، پایایی درونی این آزمون با بهره گیری از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۶ گزارش شده است (۲۱). همچنین در پژوهشی دیگر در ایران نشان داده شده که بین خرده مقیاس ها، همبستگی معناداری وجود دارد که دامنه ضرایب بین ۰/۵۱ تا ۰/۷۲ می باشد و نشانه روایی همگرای این مقیاس است (۲۲).

۳-پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس داس (۲۱-DASS): مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS[۲] در سال ۱۹۹۵ توسط لاویباند و لاویباند[۳] تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم کوتاه ۲۱ سؤالی که در این پژوهش از آن استفاده شده است، هر یک از سازه های روانی «افسردگی»، «اضطراب» و «استرس» را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می دهد. نحوه پاسخ دهی به پرسش ها به صورت ۴ گزینه ای است که به صورت خودسنجی تکمیل می شود. دامنه پاسخ ها به صورت «هیچ وقت»، «کمی»، «گاهی» و «همیشه» است. نمره گذاری از «صفر» تا «سه» است. مجموع نمرات جمع می شوند، ضرب در ۲ می شوند و بر اساس جدول ۱ تفسیر می شوند.

جدول ۱ – درجه‌بندی پرسشنامه افسردگی اضطراب و استرس

درجه بندی	افسردگی	اضطراب	استرس
طبیعی	۰ – ۹	۰ – ۷	۰ – ۱۴
خفیف	۱۰ – ۱۳	۸ – ۹	۱۸ – ۱۵
متوسط	۱۴ – ۲۰	۱۰ – ۱۴	۱۹ – ۲۵
شدید	۲۱ – ۲۷	۱۵ – ۱۹	۲۶ – ۳۳
خیلی شدید	۲۸ و بیشتر	۲۰ و بیشتر	۳۴ و بیشتر

همبستگی این مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک در یک نمونه ۷۱۷ نفری از دانشجویان بالا بود (r = ۰/۴) (۲۳). هنری و کرافورد[۴] نیز در

۱. Cassidy and Long

۲. The Depression Anxiety Stress Scale

۳. Lovibond

۴. Henry and Crawford

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

نمونه ای ۱۷۹۴ نفری این ابزار را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب مقایسه کردند و پایایی این ابزار را با آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹، استرس ۰/۹۳ و برای نمره کل ۰/۹۷ گزارش نمودند (۲۴). این فرم توسط صاحبی و همکاران برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است(۲۵).

پایایی و اعتبار این آزمون در ایران تأیید شده و آلفای کرونباخ در حیطه افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲، و استرس ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۶).

پروتکل آموزش حل مسئله به روش گروهی

در این پروتکل، ابتدا از روش‌های بارش فکری توسط شرکت کنندگان در مورد روش‌های حل مسئله استفاده می‌شد و پس از آن، درمانگر در مورد هر یک نظرات بیان شده توسط شرکت کنندگان، بازخوردهای علمی ارائه می کند. سپس آموزش داشتن نگرش مثبت در مورد مسئله، شناسایی افکار منفی در حل مشکل، تعریف مسئله یا مشکل به صورت عینی، اختصاصی و قابل سنجش و تولید راه حل طی جلسات به شرکت کنندگان ارائه می شود. در این پروتکل، همچنین روش‌های مقابله هیجان مدار و مسئله مدار به اعضای نمونه آموزش داده می‌شود تا بتوانند روش‌هایی که خودشان به کار می برند را شناسایی کنند و پس از آن روش های هیجان مدار سازگارانه و مسئله مدار را افزایش دهند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۲۲ استفاده شد و کلیه فرضیه‌ها در سطح معناداری P<۰/۰۵ مورد آزمون قرار گرفتند. از روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و جداول توزیع ونیز از آزمون تی مستقل و وابسته برای مقایسه مهارت حل مسئله، افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه قبل و بعد از مداخله، استفاده شده است.

یافته‌ها

تعداد کل شرکت کننده ها ۱۹۲ نفر بود. ۸۴ نفر پرسنل و ۱۰۸ نفر همراه بیمار بودند که همگی پس از اجرای پیش آزمون مورد مداخله قرار گرفتند.

میانگین سن پرسنل ۳۳/۶۹ سال ومیانگین سن همراهان بیماران ۳۵/۴۶ سال بود.

در گروه پرسنل ۶۴/۲۸ % و در گروه همراهان بیماران ۶۶/۶۶ % زن بودند.

در گروه پرسنل ۸۳/۳۳ % و در گروه همراهان بیماران ۷۷/۷۷ % متأهل بودند.

در گروه پرسنل۴۷/۶۱ % تحصیلات دانشگاهی داشتند و در گروه همراه بیماران۴۸/۱۴ % دیپلم داشتند. در گروه پرسنل ۴۲/۸۵ % خدمات و در همراهان بیماران ۵۱/۸۵ % خانه دار بودند.

جدول ۲ – مقایسه تفاوت نمرات پرسشنامه حل مسئله در پرسنل و همراهان بیماران در مرحله پیش آزمون

عوامل پرسشنامه حل مسئله		Mean±SD	P.V
درماندگی	پرسنل	۰/۳۵ ± ۰/۴۹	۰/۳۴
	همراه بیماران	۰/۶۲ ± ۰/۸۷	
حل مسئله	پرسنل	۱/۸۲ ± ۰/۶۳	۰/۹۵
	همراه بیماران	۱/۸۵ ± ۱/۴۶	
خلاقیت	پرسنل	۳/۵۹ ± ۰/۵	۰/۴۱
	همراه بیماران	۳/۳۸ ± ۰/۷۶	
اعتماد	پرسنل	۲/۲۴ ± ۱/۷۱	۰/۸۱
	همراه بیماران	۲/۳۸ ± ۱/۶۶	
اجتناب	پرسنل	۱/۸۲ ± ۰/۹۵	۰/۰۰
	همراه بیماران	۳/۴۶ ± ۰/۶۶	
گرایش	پرسنل	۳/۱۲ ± ۰/۹۹	۰/۰۸
	همراه بیماران	۳/۶۲ ± ۰/۵	

با توجه به یافته های جدول ۲، در مرحله پیش آزمون پرسنل از عامل خلاقیت، و همراهان بیماران از عوامل اجتناب و گرایش بیشتر استفاده می کردند. تفاوت معناداری (P≤ ۰/۰۱) بین نمره عامل اجتناب بین گروه پرسنل و همراهان بیماران بود و نمره همراهان بیماران دراین عامل بیشتر بود.

جدول ۳ – مقایسه تفاوت نمرات پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس داس در پرسنل و همراهان بیماران در مرحله پیش آزمون

زیرمقیاس ها		Mean±SD	P.V
افسردگی	پرسنل	۱۱/۵۳ ± ۷/۱۲	۰/۱۸
	همراه بیماران	۱۴/۷۷ ± ۵/۹	
اضطراب	پرسنل	۷/۶۵ ± ۴/۵۹	۰/۰۰
	همراه بیماران	۱۸/۳۱ ± ۸/۸۶	
استرس	پرسنل	۱۳/۴۱ ± ۵/۳۲	۰/۰۰
	همراه بیماران	۲۲/۷۷ ± ۸/۵۴	

با توجه به نتایج جدول ۳، در زیرمقیاس‌های اضطراب و استرس تفاوت معناداری (P≤ ۰/۰۱) بین پرسنل و همراهان بیماران وجود داشت.

در مرحله پیش آزمون، میانگین نمره اضطراب و استرس پرسنل در محدوده طبیعی و میانگین نمره افسردگی آنها در محدوده خفیف بود. نمره افسردگی و استرس همراهان بیماران در محدوده متوسط و نمره اضطراب آنها در محدوده شدید بود.

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

جدول ۴ – نمرات پرسشنامه حل مسئله در گروه پرسنل، قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی وابسته

عوامل پرسشنامه حل مسئله	پیش آزمون Mean±SD	پس آزمون Mean±SD	P.V
درماندگی	۰/۳۵ ± ۰/۴۹	۰	۰/۰۰
حل مسئله	۱/۸۲ ± ۰/۶۳	۲	۰/۲۶
خلاقیت	۳/۵۹ ± ۰/۵	۴	۰/۰۰
اعتماد	۲/۲۴ ± ۱/۷۱	۲/۸۲ ± ۱/۳۳	۰/۰۳
اجتناب	۱/۸۲ ± ۰/۹۵	۱/۱۲ ± ۰/۹۹	۰/۰۰
گرایش	۳/۱۲ ± ۰/۹۹	۴	۰/۰۰

با توجه به نتایج جدول ۴ در مرحله پیش آزمون، پرسنل از عامل خلاقیت و در مرحله پس آزمون از عوامل خلاقیت و گرایش بیشتر استفاده می کردند.

نمره عوامل درماندگی و اجتناب بعد از اجرای مداخله به طور معناداری ($P\leq ۰/۰۱$) کاهش، نمره عوامل خلاقیت، گرایش ($P\leq ۰/۰۱$) و اعتماد ($P< ۰/۰۵$) بعد از اجرای مداخله به طور معناداری افزایش یافت. تنها عامل حل مسئله تغییر معناداری بعد از اجرای مداخله نداشت.

جدول ۵ – نمرات مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس داس در گروه پرسنل، قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی وابسته

زیر مقیاس ها	نمرات پیش آزمون Mean±SD	نمرات پس آزمون Mean±SD	P.V
افسردگی	۱۱/۵۳ ± ۷/۱۲	۱۰/۵۹ ± ۹/۷۹	۰/۴۲
اضطراب	۷/۶۵ ± ۴/۵۹	۶ ± ۴/۸۹	۰/۰۰
استرس	۱۳/۴۱ ± ۵/۳۲	۱۰/۷۱ ± ۴/۶۸	۰/۰۳

نمره زیرمقیاس‌های اضطراب ($P\leq ۰/۰۱$) و استرس ($P< ۰/۰۵$) بعد از اجرای مداخله به طور معناداری کاهش یافت. تنها نمره زیرمقیاس افسردگی تفاوت معناداری بعد از اجرای مداخله نداشت.

با توجه به نتایج جدول ۵، در مرحله پیش آزمون، نمره زیرمقیاس افسردگی در محدوده خفیف و نمرات زیرمقیاس های اضطراب و استرس در محدوده طبیعی بودند. در مرحله پس آزمون نیز نمره زیرمقیاس افسردگی در محدوده خفیف و نمره زیرمقیاس‌های اضطراب و استرس در محدوده طبیعی بودند.

جدول ۶ – نمرات پرسشنامه حل مسئله در گروه همراهان بیماران، قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی وابسته

عوامل پرسشنامه حل مسئله	پیش آزمون Mean±SD	پس آزمون Mean±SD	P.V
درماندگی	۰/۶۲ ± ۰/۸۷	۰/۱۵ ± ۰/۳۷	۰/۰۲۷
حل مسئله	۱/۸۵ ± ۱/۴۶	۱/۴۶ ± ۰/۹۶	۰/۳۳۷
خلاقیت	۳/۳۸ ± ۰/۷۶	۴ ± ۰/۲۱	۰/۰۱۴
اعتماد	۲/۳۸ ± ۱/۶۶	۲/۹۲ ± ۱/۰۳	۰/۱۱۰
اجتناب	۳/۴۶ ± ۰/۶۶	۳	۰/۰۲۷
گرایش	۳/۶۲ ± ۰/۵	۳/۶۹ ± ۰/۴۸	۰/۳۳۷

با توجه به نتایج جدول ۶، همراهان بیماران در مرحله پیش آزمون بیشتر از عامل گرایش و در مرحله پس آزمون، بیشتر از عامل خلاقیت استفاده می کردند. اختلاف معناداری ($P< ۰/۰۵$) بین میانگین نمرات عوامل درماندگی، خلاقیت و اجتناب بین مرحله پیش آزمون و پس آزمون مشاهده گردید. میانگین نمرات عوامل درماندگی و اجتناب در مرحله پس آزمون کاهش و نمره خلاقیت افزایش یافته بود.

جدول ۷ – نمرات مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس داس در گروه همراهان بیماران، قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی وابسته

زیر مقیاس ها	نمرات پیش آزمون Mean±SD	نمرات پس آزمون Mean±SD	P.V
افسردگی	۱۴/۷۷ ± ۵/۹	۱۱/۲۳ ± ۱/۸۸	۰/۰۰۱
اضطراب	۱۸/۳۱ ± ۸/۸۶	۱۴/۶۲ ± ۶/۷	۰/۰۱۵
استرس	۲۲/۷۷ ± ۸/۵۴	۱۷/۵۴ ±۶/۸۳	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول ۷، تفاوت معناداری ($P\leq ۰/۰۱$) در نمرات کلیه زیر مقیاس ها از مرحله پیش آزمون به پس آزمون مشاهده گردید.

در مرحله پیش آزمون، میانگین نمرات زیرمقیاس های افسردگی و استرس در محدوده متوسط و نمره اضطراب در محدوده شدید بود.

در مرحله پس آزمون، میانگین نمره زیرمقیاس‌های افسردگی و استرس در محدوده خفیف و اضطراب در محدوده متوسط بود.

بحث ونتیجه‌گیری

در مرحله پیش آزمون پرسنل تنها از عامل خلاقیت، به عنوان سبکی سازنده و همراهان بیماران از عوامل گرایش و اجتناب به عنوان سبک های سازنده و غیرسازنده بیشتر استفاده می کردند. در واقع استفاده بیشتر همراهان بیماران از عامل غیرسازنده اجتناب در مرحله پیش آزمون به طور معنادار، در کنار سایر یافته های فوق نشان دهنده این است که پرسنل تنها از عاملی سازنده استفاده می کردند اما همراهان بیماران در کنار عامل سازنده، به طور معناداری از عاملی

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

غیر سازنده نیز در حل مسئله استفاده می کردند، که این می تواند نشان دهنده تأثیر فشارهای روحی نگهداری از عضوی بیمار در خانواده و مسائل متعاقب آن باشد.

در زیرمقیاس های اضطراب و استرس تفاوت معناداری بین پرسنل و همراهان بیماران وجود داشت.

در مرحله پیش آزمون، میانگین نمره اضطراب و استرس پرسنل در محدوده طبیعی و میانگین نمره افسردگی آنها در محدوده خفیف بود. در حالی که نمره افسردگی و استرس همراهان بیماران در محدوده متوسط و نمره اضطراب آنها در محدوده شدید بود. در واقع نمرات همراهان بیماران در هر سه حوزه اضطراب، افسردگی و استرس نسبت به پرسنل بیمارستان وضعیت نامناسب‌تری داشت که این یافته همگام با یافته پیشین در زمینه روش‌های حل مسئله نشان دهنده وضعیت روانشناختی ناسالم همراهان بیماران و آسیب پذیری بالاتر آنان است که لزوم اجرای برنامه های مداخله ای روانشناسی را برای آنان به اثبات می رساند.

لذا فرضیه این پژوهش مبنی بر متفاوت بودن روشهای حل مسئله، وضعیت افسردگی، اضطراب و استرس بین همراهان بیماران و پرسنل بیمارستان تأیید شد.

بعد از اجرای مداخله در پرسنل، نمره عوامل درماندگی و اجتناب کاهش و نمره عوامل خلاقیت، گرایش و اعتماد به طور معناداری افزایش یافته بودند. در واقع، در مرحله پیش آزمون، پرسنلی که مورد مداخله قرار گرفتند از عامل خلاقیت و در مرحله پس آزمون از عوامل خلاقیت و گرایش بیشتر استفاده می کردند که نشان می دهد بعد از اجرای مداخله، کاربرد عوامل سازنده حل مسئله بیشتر و کاربرد عوامل غیر سازنده حل مسئله در آنها کمتر شده است. همچنین نمره زیرمقیاس‌های اضطراب و استرس بعد از اجرای مداخله به طور معناداری در پرسنل کاهش یافته بود.

همراهان بیماران که مورد مداخله قرار گرفتند در مرحله پیش آزمون بیشتر از عامل گرایش و در مرحله پس آزمون، بیشتر از عامل خلاقیت استفاده می کردند. میانگین نمرات عوامل درماندگی و اجتناب در مرحله پس آزمون کاهش و نمره خلاقیت به طور معناداری در آنها افزایش یافته بود. این امر نشان دهنده کاهش عوامل غیر سازنده و افزایش عوامل سازنده درهمراهان بیماران که مورد مداخله قرار گرفتند، است. همچنین افسردگی، استرس و اضطراب، هر سه بعد از اجرای مداخله در همراهان بیماران کاهش یافتند. در واقع، میانگین نمرات زیرمقیاس های افسردگی و استرس در همراهان بیماران که مورد مداخله قرار گرفتند از محدوده متوسط به خفیف و نمره اضطراب آنها از محدوده شدید به متوسط کاهش یافتند.

درماندگی، اجتناب، اضطراب و استرس در هر دو گروه پرسنل و همراهان بیماران که مورد مداخله قرار گرفتند به طور معناداری کاهش یافت. افسردگی تنها عاملی بود که فقط در همراهان بیماران پس از اجرای مداخله کاهش یافت. این امر می تواند نشان دهنده لزوم برگزاری جلسات روان‌درمانی برای همراهان بیماران باشد که اثربخشی آنها به اثبات رسیده است. همچنین لزوم بررسی عوامل روانشناختی دیگر در پرسنل بیمارستان ضرورت دارد زیرا حتی بعد از اجرای مداخله روانشناختی، افسردگی آنها پایین تر نیامده است. فشارها و استرس های موجود در محیط کار می تواند در این زمینه نقش داشته باشد.

همچنین خلاقیت پس از اجرای مداخله در هر دو گروه افزایش یافت، اما گرایش و اعتماد تنها در پرسنل افزایش یافته بود که این می‌تواند نشان دهنده اثرگذاری مداخله روانشناختی بر افزایش استفاده از راهبردهای سازنده حل مسئله باشد.

با توجه به یافته های فوق، فرضیات دیگر این پژوهش مبنی بر اثرگذار بودن آموزش راهبردهای حل مسئله بر تغییر سبک حل مسئله، وضعیت افسردگی، اضطراب و استرس همراهان بیماران و پرسنل بیمارستان تأیید شد.

تحقیقی بر دانشجویان پزشکی با استفاده از پرسشنامه DASS نشان داد که ۵۱/۳% دچار افسردگی، ۶۶/۹% دچار اضطراب و ۵۳% دچار استرس بودند. این علائم در ترم های بالاتر و زنان بیشتر بود. نرخ بالای این علائم روانپزشکی در دانشجویان پزشکی، لزوم مداخلات روانشناختی در مورد این دانشجویان را نشان می دهد (۲۷). مطالعه‌ای بر ۱۲۰ نفر از پرسنل بخش اورژانس بیمارستان ها، نشان داده که افسردگی پایین تر و اضطراب بالاتر از حد میانگین در آنها وجود داشته است. ارتباط معناداری نیز بین افسردگی و اختلالات عضلانی — اسکلتی در بین آنها وجود داشت. همچنین تفاوت معناداری در افسردگی پرسنل با سمت‌های شغلی و درجات تحصیلی مختلف وجود داشت. پرسنلی که قرارداد استخدامی داشتند، بیشتر از سایرین از افسردگی رنج می بردند. پزشکان و مدیران بخش اورژانس در مقایسه با سایر گروه ها، افسردگی کمتری را تجربه می کنند (۸). تحقیقاتی بر ۸۳ دانشجوی رشته پرستاری در شهر همدان نشان داده که آموزش مهارت حل مسئله بر کاهش اضطراب تأثیر دارد (۲۸). تحقیق دیگری بر ۵۷ پرستار نشان داده که آموزش راهبرد حل مسئله، باعث کاهش افسردگی آنان می شود (۲۹). مهارت حل مسئله می تواند تغییرات احساس امنیت را تا میزان ۲۱% تبیین کند (۳۰). در تحقیقی بر ۵۰ دانش آموز نوجوان در شهر زاهدان، نشان داده شد که آموزش رفتارهای سالم با تأکید برحل مسئله، در افزایش تقویت سبک‌های سازنده حل مسئله و مقابله سازش یافته، مؤثر است (۳۱). در تحقیقی در مورد مقایسه اثر بخشی آموزش راهبردهای یادگیری خود تنظیمی و حل مسئله برانگیزش تحصیلی و اهمال کاری ۶۰ دانش آموز نشان داده شد که این راهبردها بر انگیزش تحصیلی مؤثر هستند و موجب افزایش انگیزش درونی وکاهش انگیزش بیرونی می شوند (۳۲). تحقیقی بر ۹۵ نفر از پرسنل بخش های اورژانس یک بیمارستان نشان داد که فرآیند تصمیم گیری و تفکر انتقادی در آنها ضعیف است و اجرای

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

برنامه آموزشی حل مسئله، به صورت مثبت و معناداری توانست مهارت تصمیم گیری و تفکر انتقادی را در آنها تحت تأثیر قرار دهد. لذا، برگزاری دوره‌های آموزشی حل مسئله در بخش های اورژانس بیمارستانی مختلف در زمینه های آموزش، پژوهش و مدیریت توصیه می شود (۳۳).

همچنین نتایج مطالعاتی نشان داده که ناآگاهی از خدمات حمایتی برای بیماران اختلال انسدادی مزمن ریوی و نبود دانش کافی در این زمینه، حتی در میان مراقبت کننده های حرفه ای وجود دارد. موانع سازمانی در این زمینه، کمبود وقت، مداومت در مراقبت از بیمار، کمبود فرصت در زمینه بحث در مورد مراقبت های حمایتی و کمبود فرصت یادگیری در این زمینه، به عنوان مواردی چالش انگیز در تدارک و تهیه مراقبت های حمایتی، در میان مراقبان حرفه ای تجربه شده بود. در واقع ناآگاهی و موانع سازمانی و مؤسسه ای منجر به مشکلاتی در شناسایی خدمات حمایتی و بی میلی در آغاز مذاکرات در مورد درمان های حمایتی می شود. این نتایج نشان می دهند که نیاز به آموزش بیشتر در میان مراقبت کننده های حرفه‌ای، به خصوص در مراقبت در منزل، وجود دارد. همچنین، تغییرات سازمانی و مؤسسه ای لازم هستند تا موانع در ارائه خدمات درمان حمایتی را کاهش دهند(۹).

تحریفات شناختی پس از اجرای روان‌درمانی با رویکرد REBT در بیماران مبتلا به سل، کاهش می یابند (۳۴). ۴/۷ % از بیماران بیماری انسدادی مزمن ریوی مشکلات روانی شدید داشتند و ارتباط معنی‌دار قوی بین سلامت روان با کیفیت خواب وجود داشت (۳۵).

نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت‌های بارزی در زمینه وضعیت اضطراب، افسردگی و استرس و راهبردهای حل مسئله بین همراهان بیماران و پرسنل وجود داشت. این نکته از این نظر حائز اهمیت است که حضور بیمار در خانواده در وضعیت روانشناختی سایر اعضا خانواده نقش مهمی دارد و می‌تواند مراقبت از بیمار را به عنوان نوعی مسئله که حل آن مقتضیات خود را می‌طلبد، تحت تأثیر قرار دهد. همچنین بهبود وضعیت افسردگی، اضطراب، استرس و حل مسئله هم در پرسنل و هم در خانواده بیماران پس از اجرای دوره آموزش حل مسئله نشان دهنده آن می‌باشد که در همه گروه‌ها، اعم از بیماران، خانواده آنها و پرسنل بیمارستان که به دلیل ماهیت شغل خود تحت تأثیر مشکلات فراوان هستند. در واقع این پژوهش ضرورت حضور متخصصان حوزه سلامت روان در بیمارستان را برای غربالگری از کلیه افراد و اقدامات لازم برای درمان مشکلات احتمالی آنها نشان می‌دهد.

مهم‌ترین محدودیت این پژوهش شرایط روحی نامناسب بسیاری از همراهان بیماران به علت بروز بیماری یکی از اعضای خانواده‌شان بود که امکان فرآیند تکمیل پرسشنامه و همکاری و حضورشان در جلسات آموزشی را دشوار می‌ساخت. همچنین حجم بالای فشار کاری پرسنل بیمارستان امکان داشت که مانع طی کردن فرایند تکمیل پرسشنامه و آموزش به طور کامل و صحیح گردد.

در نهایت پیشنهاد می‌گردد تا در پژوهش‌های بعدی، طیف وسیع تری از مشکلات روانشناختی در بیماران، خانواده آنها و کادر درمانی بیمارستان مورد بررسی و درمان قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله، از کلیه همکاران بیمارستان مسیح دانشوری که در انجام طرح و تهیه مقاله کمک شایانی انجام دادند، نهایت تشکر و قدردانی را بعمل می‌آورند.

منابع

1. Sadock B, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. Walters Kluwer; 2015.

2. Belkin A, Albright K, Swigris JJ. A qualitative study of informal caregivers' perspectives on the effects of idiopathic pulmonary fibrosis. BMJ Open Respir Res. 2014;1(1):e000007.

3. Chaudhary SC, Nanda S, Tripathi A, Sawlani KK, Gupta KK, Himanshu D, et al. Prevalence of psychiatric comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease patients. Lung India. 2016;33(2):174-8.

۴. احمدی, م.ح., آسیب شناسی استرس و شیوه های کنترل. ۱۳۹۳, سیادت.

5. Tafti S, Safa M, Talischi F, Boroujerdi F. Evaluation of anxiety and depression in patients with asthma at Massih Daneshvari Hospital, Tehran. Sri Lanka Journal of Psychiatry. 2013;4(1).

۶. ابوالفضل محدث اردبیلی, آقامحمدیان شعرباف, سالم رودی, حبیبه سلطانزاده مزرجی. بررسی ارتباط حل مسأله و میزان شادکامی و سلامت عمومی دانشجویان. Inاکنگره بین المللی روانشناسی خانواده در بستر ارزشهای دینی و فرهنگی ۲۸ Dec ۲۰۱۶.

7. Khaje Nasir F. Prevalence of depression and its risk factors in nurses of Imam Khomeini hospital. J Med. 2000;1:5-11.

8. Tabatabaei S, Maleki A, Mataji M, Nurian R, Karimi MA. Investigation of depression, anxiety, and musculoskeletal disorders in emergency staff of hospitals supervised by Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Iran Occupational Health. 2015;12(1).

9. Mousing CA, Timm H, Lomborg K, Kirkevold M. Barriers to palliative care in people with chronic obstructive pulmonary disease in home care: A qualitative study of the perspective of professional caregivers. J Clin Nurs. 2018;27(3-4):650-660. doi: 10.1111/jocn.13973. Epub 2018 Jan 15.

10. Belkin A, Albright K, Swigris JJ. A qualitative study of informal caregivers' perspectives on the effects of idiopathic pulmonary fibrosis. BMJ Open Respir Res. 2014;1(1):e000007.

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

11. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363(8):733-42.

۱۲. نژاد, ف.ت.ف.ا.ا.ک., بررسی تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به آسم. پژوهش پرستاری, ۱۳۹۰. ۶(۲۰): p. ۶۳-۵۲.

13. Dawson KS, Bryant RA, Harper M, Kuowei Tay A, Rahman A, Schafer A, van Ommeren M. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. World Psychiatry. 2015 Oct;14(3):354-7.

14. Eizadifard R. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with problem solving skills training on reduction of test anxiety symptoms. International Journal of Behavioral Sciences. 2010 May 1;4(1):23-7.

15. Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment in general psychiatric practice. Advances in psychiatric treatment. 2001 Nov;7(6):417-25.

16. Lindell KO, Kavalieratos D, Gibson KF, Tycon L, Rosenzweig M. The palliative care needs of patients with idiopathic pulmonary fibrosis: A qualitative study of patients and family caregivers. Heart Lung. 2017 Jan - Feb;46(1):24-29.

۱۷. قاسم بروجردی, صفا, کرملو, مسجدی. اثر بخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر تحمل پریشانی و نگرش های ناکارآمد در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن ریوی. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی. ۲۰۱۴;۸(۴):۶-۷.

18. Safa M, Ebrahimi M, Ghassem Boroujerdi F, Talischi F. Cognitive group psychotherapy in patients with tuberculosis. Practice in Clinical Psychology. 2013 Jul 15;1(3):157-62.

۱۹. همکاران, م.گ.و., روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان شناسی ۱۱ Vol .ed. جلد دوم. ۱۳۹۳, تهران: سمت.

20. Cassidy T, Long C. Problem-solving style, stress and psychological illness: development of a multifactorial measure. Br J Clin Psychol. 1996;35(2):265-77.

۲۱. محمدی فریده, صاحبی علی. بررسی سبک حل مساله در افراد افسرده و مقایسه با افراد عادی. مجله علوم روانشناختی. ۱۳۸۰: (۱)۱: ۲۴-۴۲

۲۲. محمدی نوراله. رابطه سبک های حل مساله با سلامت عمومی. مجله روانشناسی. ۱۳۸۳: (۸)۴: ۳۲۲-۶.

23. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. Psychology Foundation of Australia; 1996.

24. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. Br J Clin Psychol. 2005;44(Pt 2):227-39.

۲۵. صاحبی، علی. اصغری، محمدجواد و سالاری، راضیه سادات. (۱۳۸۴). "اعتبار یابی مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-۲۱) برای جمعیت ایرانی"، فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، سال اول، شماره ۴، صص ۲۹۹-۳۱۲.

۲۶. پناه, ف.م., بررسی تأثیر موسیقی ملایم بر میزان اضطراب و استرس و افسردگی بیماران قلبی, in پرستاری. ۱۳۸۴, تربیت مدرس تهران: تهران.

27. Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E. Stress, anxiety and depression among medical undergraduate students and their socio-demographic correlates. Indian J Med Res. 2015;141(3):354-7.

۲۸. زمانی, برهمند, فرهادی, مهران. بررسی اثربخشی آموزش حل مسئله بر کاهش اضطراب دانشجویان پرستاری. نشریه آموزش پرستاری. ۲۰۱۷;۶(۳):۵۶-۶۱.

29. Shamsikhani S, Farmahini Farahani M, Shamsikhani SI, Sobhani M. Effectiveness of problem solving training on depression in nursing student. Int J Palliat Nurs. 2014;2(1):63-71.

۳۰. احمدی سیروس, فرهادی الهام. بررسی رابطه مهارت حل مساله و احساس امنیت در بین زنان. پژوهش های راهبردی مسائل اجتماعی ایران (پژوهش های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی. ۱۳۹۶: (۶)۲: ۳۳-۴۴.

۳۱. فرنام. اثربخشی آموزش رفتارهای سالم (با تأکید بر حل مسئله) بر سبک‌های حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای سازنده در نوجوانان دانش آموز. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی. ۲۰۱۶ Sep ۲۲;۱۳(۲۴):۸۹-۱۰۸.

۳۲. نریمانی, محمدامینی, زرار, زاهد, عادل, ابوالقاسمی. مقایسه‌ی اثربخشی آموزش راهبردهای یادگیری خودتنظیمی و حل مسئله بر انگیزش تحصیلی دانش‌آموزان اهمال‌کار. روان شناسی مدرسه. ۲۰۱۵ May ۲۲;۴(۱):۱۳۹-۵۵.

33. Heidari M, Shahbazi S. Effect of training problem-solving skill on decision-making and critical thinking of personnel at medical emergencies. Int J Crit Illn Inj Sci. 2016;6(4):182-187.

34. Payam Tabarsi, M.S., Fatemeh Ghassem Boroujerdi, Farzaneh Haji Zadeh., Effectiveness of Rational Emotional Behavior Therapy on cognitive distortions of hospitalized tubercular patients Tanaffos, 2019.

35. Eslaminejad A, Safa M, Ghassem Boroujerdi F, Hajizadeh F, Pashm Foroush M. Relationship between sleep quality and mental health according to demographics of 850 patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Health Psychol. 2017;22(12):1603-1613.

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]