

اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر بهزیستی عاطفی، کیفیت زندگی بیماران

مبتلا به مولتیپل اسکروزیس

ناهد حیاتی*^۱

۱. دانش‌آموخته مشاوره خانواده، دانشگاه چمران، اهواز، ایران (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره سوم، شماره بیست و چهارم، مهرماه ۱۳۹۷، صفحات ۱۲-۱

چکیده

هدف تحقیق حاضر اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر بهزیستی عاطفی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس شهر اهواز بود. این پژوهش به صورت نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه است. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به ام‌اس، ۳۰ نفر از آن‌ها به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شده و به طور کاملاً تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) وارد شدند. برای اندازه‌گیری متغیرها از پرسشنامه بهزیستی عاطفی، مقیاس کیفیت زندگی استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات پس‌آزمون بهزیستی عاطفی و کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت معنی‌دار داشته است. مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری می‌تواند در بهبود بهزیستی عاطفی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس موثر باشد و توجه به وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: مدیریت استرس، بهزیستی عاطفی، کیفیت زندگی.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره سوم، شماره بیست و چهارم، مهرماه ۱۳۹۷

مقدمه

در جهان امروز به دلیل تغییرات عمیق اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی، اقتصادی و به تبع آن تغییر در شیوه‌های زندگی، افراد با مسائل متعددی مواجه اند. به همین تغییرات راه‌های متعددی هم برای مواجهه و مقابله با این مسائل بوجود آمده است. از جمله مصائب بشر امروز بیماری‌های ناتوان کننده و صعب‌العلاج اند. یکی از این بیماری‌ها که تاریخ آن به کمتر از ۲۰۰ سال بر می‌گردد، بیماری تصلب چندگانه است که به اختصار ام اس گفته می‌شود. مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری خودایمنی پیش رونده و مزمن سیستم عصب مرکزی است که مغز و نخاع را درگیر می‌کند و به وسیله تخریب غلاف میلین سلول‌های عصبی باعث ایجاد اختلال در هدایت جریان‌های عصبی و الکتریکی می‌شود (سلطانی، حجازی، نوریان و اشکانی، ۱۳۸۸). این عارضه با علائم جسمی متفاوتی که ایجاد می‌کند و ابتلا به آن در سنین جوانی و نیز سیر مزمن آن، جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اعتمادی فر، ۱۳۸۴). این بیماری، اکثراً در دهه‌های سوم و چهارم زندگی ظاهر می‌شود. پس از حوادث تروماتیک، دومین علت ناتوانی افراد بالغ جوان است. علائم بالینی آن، شامل نوریت اپتیک، دوبینی، عدم تعادل، سرگیجه، اختلالات حسی - حرکتی در اندام، اختلالات ادراری - تناسلی از قبیل مثانه نوروژنیک، بی‌اختیاری ادرار و ناتوانی جنسی، یبوست، اختلال خواب و افسردگی است (میر، صفوی، فشارکی و فرهادی، ۱۳۹۰). علی‌رغم تنوع علائمی که افراد در شروع ابتلا به مولتیپل اسکلروزیس با آن مواجه می‌شوند، واکنش‌های روانی افراد به این مسئله تقریباً در همه بیماران مشابه است، اغلب آنها دچار استرس، افسردگی، احساس گناه و اضطراب می‌شوند که پیدایش علائم اضطراب در بیماران ام اس باعث تشدید و عود علائم بیماری ام اس می‌گردد و روند بهبودی بیماران بیمار را با مشکل روبرو می‌کند (حمید، مهربانی زاده و صادقی، ۱۳۹۰). با توجه به علائم بیماری ام اس رویکردهای درمانی گوناگونی پیشنهاد می‌شود که یکی از این رویکردهای درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری است. هانس سلیه (۱۹۸۰) استرس را پاسخ نامشخص بدن به هر گونه تقاضا نامیده است. گروهی از صاحب نظران، استرس را بیماری شایع قرن نامگذاری کرده اند. استرس، می‌تواند نیروها را تحلیل ببرد و فعالیت‌ها و تلاش‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (نظامی، ۱۳۸۶). وقتی که عامل استرس زاء، زندگی انسان را تحت تأثیر قرار دهد، حالت هیجانی و تفکر فیزیولوژیکی ما از سطح بهنجار و متعادل خود خارج شده، فعالیت شناختی، آسیب پذیر می‌گردد و مشکلات رفتاری به صورت احساس اضطراب و افسردگی فراخوانده می‌شود (ریو، ۱۹۹۲). روان‌شناسان، استرس را انتظار انطباق، مقابله و سازگاری از سوی ارگانسیم تعریف کرده اند (راتوس، ۲۰۰۷). استرس شدید و بلند مدت نظیر تغییراتی زندگی (هارکنیس و لوتر، ۲۰۰۱) می‌تواند

توانایی سازگاری فرد را تحت تاثیر قرار دهد، موجب افسردگی شود و ضمن آسیب به بدن، لذت زندگی را از بین ببرد (کی کولت-گلاسر و همکاران، ۱۹۸۶). مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری به مجموعه فنون و روش هایی گفته می شود که برای کاهش استرس تجربه شده توسط افراد؛ یا برای افزایش توانایی آن ها در مقابله با استرس های زندگی به کار می رود. در پژوهش های مختلف تاثیر این شیوه درمانی بر مشکلات روانی و جسمانی و ثبات آن در مرحله پیگیری تایید شده است.

یکی از متغیرهایی که در این پژوهش بررسی می شود، بهزیستی عاطفی است. براساس مدل نظری القای عاطفه، عاطفه افراد در تعامل با فرایندهای روان شناختی آن ها، اثرات خود را بر رفتارهای مختلف اعمال می کند (یعقوبی، فرهادی، قنبری و کاکبرایی، ۲۰۰۸؛ مایرز، ۲۰۰۰). بر اساس این مدل نظری، خلق افراد، نحوه مواجهه آن ها را با شرایط در محیط های دیگر و سپس نحوه بازیابی اطلاعات و به تبع نحوه داوری و رفتارهای آن ها را جهت دهی می کند (اویژن و ترنر، ۱۹۸۸). در این راستا، شواهد پژوهشی ارائه شده نشان می دهند که عواطف چه به صورت مثبت و چه به صورت منفی، عملکرد و تمایلات رفتاری، به ویژه گرایش افراد را به رفتارهای سازنده یا مخرب، به طور جدی تحت تاثیر قرار می دهند. (یعقوبی، فرهادی، قنبری و کاکبرایی، ۲۰۰۸). عواطف منفی در مطالعات انجام شده اغلب شامل مواردی نظیر عصبانیت، احساس ملال و اندوه، احساس افسردگی، احساس یاس، احساس تنفر، خستگی، حساس برافروختگی و وحشت و در مقابل، عواطف مثبت اغلب مشتمل بر احساساتی نظیر آسودگی و راحتی، احساس آرامش، خشنودی، احساس تامين نیازها، احساس به وجد آمدن، احساس انرژی، احساس روحیه داشتن، احساس برانگیختگی و نشاط همراه با احساس تهییج می باشند. متغیر پیامد بعدی در پژوهش حاضر، کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی یکی از مهم ترین شاخص های اثربخشی درمان است. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی بلکه حالتی از سلامتی کامل فیزیکی، ذهنی و اجتماعی است که تحت تاثیر عواملی همچون متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی، بیماری ها و وضعیت بالینی فرد قرار می گیرد. کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری های مزمن با ویژگی های فردی آن ها ارتباط دارد و در حقیقت به شیوه های مقابله آن ها با رویدادهای مختلف و همچنین آنچه قبلاً درباره کنترل خود آموخته اند بستگی دارد. از این رو پاسخ های آن ها در رویارویی با شرایط گوناگون زندگی متفاوت است. مطالعاتی که بر نقش معنویت در کیفیت زندگی بیمارانی همچون مولتیپل اسکلروز (اله بخشیان فارسانی، جعفرپور، پرویزی و حقانی، ۲۰۱۰)، بیماران مبتلا به ایدز (لیتوینزوک و گرو ۲۰۰۷) و بیماران سرطانی (ریلی و همکاران، ۱۹۹۸) انجام شده اند بر نقش معنویت در ارتقاء سازگاری با بیماری و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی بیماران تأکید کرده اند. علاوه بر این از میان متغیرهای شناختی مؤثر در

کیفیت زندگی می‌توان به منبع کنترل سلامت اشاره کرد که در ارتقاء رفتارهای بهداشتی بیماران نقش اساسی دارد. علاوه بر این در مطالعات مختلف، یافته‌های متناقضی درباره نقش شیوه‌های مقابله با استرس در کیفیت زندگی بیماران کلیوی را گزارش کرده‌اند. کاس (۲۰۰۸) و شیروانیان، مهرابی زاده هنرمند، داودی و باقریان (۱۳۸۹) بین شیوه مقابله مسأله مدار و کیفیت زندگی در بیماران رابطه مثبت و معنی‌داری گزارش کرده‌اند. در حالی که در مطالعه محمودی، شریعتی و بهنام پور (۱۳۸۲) هیچ رابطه معنی‌داری بین شیوه مقابله با استرس و کیفیت زندگی یافت نشد. بنابراین، با عنایت به آنچه در مورد تاثیرگذاری آموزش مدیریت استرس گفته شد و با توجه به اهمیت بهزیستی عاطفی و کیفیت زندگی، در پژوهش حاضر هدف بررسی این است که آیا آموزش مدیریت استرس، بهزیستی عاطفی، کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را افزایش می‌دهد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر جزو تحقیقات نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش، شامل بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان اهواز، بودند. در این پژوهش پس از بررسی بیماران مبتلا به ام‌اس، ۳۰ نفر از آن‌ها به روش دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جای گرفتند. سپس گروه آزمایش ۱۰ جلسه دوساعته، طی دو هفته تحت درمان با آموزش مدیریت استرس بر اساس کتاب آنتونی قرار گرفتند، ولی برای گروه کنترل هیچگونه درمانی اعمال نشد. جلسات درمان شامل روشهای کاهش اضطراب مثل آرمیدگی عضلانی که هم میتواند باعث پیش گیرنده از ابتلا به بیماریهای جسمی و روحی و هم کاهش دهنده دردهای جسمی باشد، بود. آموزش تن آرامی به صورت پیشرونده و شامل تنفس شکمی، آموزش تن آرامی با ۱۶ ماهیچه، مرحله بعد ۸ ماهیچه، مرحله سوم ۴ ماهیچه، تن آرامی منفعلانه، آموزش خود زاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی همراه با تصویر سازی، مراقبه مانترا بود که در مجموع بیست دقیقه اول هر جلسه به آموزش تن آرامی اختصاص یافت. بازسازی شناختی شامل آموزش خطاهای شناختی، افکار خود کار و باورهای منفی و شیوه به چالش کشیدن آن‌ها، آموزش مهارتهای مقابله شناختی و رفتاری مانند مهارتهای حل مسأله، رفتارهای جرات مندانانه، راهکارهای افزایش اعتماد به نفس، آموزش و مدیریت خشم و نیز راهبردهای کنترل توجه و انحراف توجه از درد که همگی به کاهش سطح استرس کمک می‌کند، بود و چهل دقیقه از وقت هر جلسه را به خود اختصاص داد و ساعت پایانی جلسات به بررسی تکلیف و صحبت در زمینه مشکلات در زمینه انجام تکالیف اختصاص یافت. سپس هر دو گروه در پس آزمون شرکت کردند و نتایج بدست

آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای مورد پژوهش علاوه بر مصاحبه که برخی از شرایط مربوط به ورود و خروج آزمودنی‌ها به پژوهش حاضر تعیین می‌کند، پرسشنامه بهزیستی عاطفی و پرسشنامه کیفیت زندگی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به کار برده شد.

پرسشنامه بهزیستی عاطفی: زیر مقیاس تک ماده ای رضایت مندی کلی از زندگی و مقیاس ۶ ماده ای عواطف مثبت. مقیاس رضایت مندی از زندگی با یک سوال از پاسخ دهندگان می‌خواهد تا با انتخاب یکی از اعداد صفر تا ۱۰ (صفر= اصلاً راضی نیستم و ۱۰= خیلی رضایت دارم) مشخص کنند که این روزها به طور کلی چقدر از وضع زندگی خود راضی هستند. مقیاس عواطف مثبت نیز با ارائه فهرستی از ۶ نشانه عاطف مثبت (۱-شادی و گشاده رویی، ۲-سرخالی و باحوصلگی، ۳-خوشحالی بیش از حد، ۴-آرامش و آسودگی، رضایت مندی، ۶-سرزندگی و شور و حرارت) از پاسخ دهندگان می‌خواهد تا با انتخاب یکی از اعداد ۱ تا ۵ به نحوی که ۱= همیشه، ۲= اکثر اوقات، ۳= بعضی اوقات، ۴= کمی و ۵= هرگز، مشخص نمایند که هر یک از ۶ نشانه فهرست شده را در طول ۳۰ روز گذشته به چه میزان تجربه کرده اند. مقدار آلفای کرونباخ این زیر مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی ۳۶-SF^۱ (فرم کوتاه): این پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً جهت سنجش کیفیت زندگی عمومی می‌باشد توسط ویر و شربورن^۲ (۱۹۹۲) ساخته شد. که دو مولفه اصلی سلامت جسمانی (شامل ۴ مقیاس کارکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی) و سلامت روانی (شامل ۴ مقیاس کارکرد اجتماعی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی / خستگی و سلامت روان) را می‌سنجد. در این پرسشنامه نمره پایین‌تر نشان دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و برعکس. شیوه پاسخگویی به سوالات پرسشنامه کیفیت زندگی از حالت دوتایی بلی-خیر (بسته پاسخ) تا طیف لیکرت ۶ درجه ای متغیر است. پایایی ۸ مقیاس و دو مولفه ابزار مذکور با استفاده از روش های همسانی درونی. بازآزمایی محاسبه شده است. اکثر مطالعات (بیش از ۲۵ مطالعه) نمایانگر پایایی بالاتر از ۰/۸۰ و اعتبار مناسب این ابزار می‌باشند. فولادوند و همکاران (۱۳۸۸) با بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه مذکور بر روی دانشجویان ۱۸ تا ۲۵ ساله، ضریب آلفای کرونباخ را برای ۸ بعد پرسشنامه ۰/۷۱ تا ۰/۹۲ گزارش می‌کنند. نتایج تحلیل آنها حاکی از وجود دو عامل سلامت روانی و سلامت جسمی و ۷ مقیاس (بار عاملی سوالات

¹ Short Form QoL

² Ware, Sherbourne

مقیاس کارکرد اجتماعی بر روی مقیاس سلامت روانی قرار گرفته و این مقیاس حذف گردید) می باشد. همچنین نتایج پژوهش منتظری و همکاران (۱۳۸۴) بر روی جمعیت ۱۵ سال به بالای ایرانی حاکی از ویژگی های روانسنجی خوب این ابزار می باشد. اصغری مقدم و فقیهی (۱۳۸۲) در دو مطالعه به بررسی ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه پرداختند. مطالعه اول، ۴۰۴ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه شاهد پرسشنامه را تکمیل کردند. به منظور بررسی ضرایب بازآزمایی خرده مقیاس های پرسشنامه، به فاصله یک هفته، پرسشنامه مذکور دوباره بر روی ۱۲۰ نفر (۶۰ دختر و ۶۰ پسر) از همان افراد نمونه اول اجرا شد. نتایج تحلیل های آماری حاکی از وجود پایایی و همسانی دورنی مطلوب تمام خرده مقیاس های پرسشنامه مورد مطالعه است (ضرایب بازآزمایی خرده مقیاس های پرسشنامه بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ و ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ متغیر است).

یافته‌ها

جدول زیر میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در کل نمونه مورد پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد.

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی عاطفی	پیش آزمون	۱۵	۳۴/۴	۱۲/۰۸
	پس آزمون	۱۵	۴۸/۹	۱۱/۱
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱۵	۳۳/۲	۲/۴۰
	پس آزمون	۱۵	۳۸/۱	۷/۶

جدول ۱ نشان داد که میانگین بهزیستی عاطفی در پیش آزمون برابر با ۳۴/۴ و در پس آزمون کل نمونه مورد پژوهش برابر با ۴۸/۹ بود؛ میانگین کیفیت زندگی در پیش آزمون برابر با ۳۳/۲ و در پس آزمون کل نمونه مورد پژوهش برابر با ۳۸/۱ بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانکوا) روی میانگین متغیرهای پژوهش

آزمون ها	مقدار	نسبت F	سطح معنی داری (p)
اثربخشی	۰/۴۳	۰/۲۰	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۵	۰/۲۰	۰/۰۰۰۱
اثربخشی	۳/۰۲	۰/۲۰	۰/۰۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۳/۰۲	۰/۲۰	۰/۰۰۰۱

۱. آموزش مدیریت استرس بر بهزیستی عاطفی دانش آموزان تاثیر دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون انکووا درون مانکوا در مورد اثربخشی مدیریت استرس بر بهزیستی عاطفی

گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	Df	F	P
کنترل	۴۰/۹۹	۳/۹	۱۵	۱	۶/۱۵	۰/۰۰۰۱
آزمایش	۴۲/۰۶	۳/۴۳	۱۵			

مطابق جدول ۳ نشان داد که با توجه به این که مقدار P برآورده شده از ۰/۰۵ کوچکتر است، مدیریت استرس بر بهزیستی عاطفی اثربخش بوده است.

۲. آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی دانش آموزان تاثیر دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون انکووا درون مانکوا در مورد اثربخشی مدیریت استرس بر کیفیت زندگی

گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	Df	F	P
کنترل	۷/۵	۲/۲۸	۱۵	۱	۰/۷۷	۰/۰۰۰۱
آزمایش	۸/۳۳	۱/۸۹	۱۵			

مطابق جدول ۳ نشان داد که با توجه به این که مقدار P برآورده شده از ۰/۰۵ کوچکتر است، مدیریت استرس بر کیفیت زندگی اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مدیریت استرس بر بهزیستی عاطفی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهراهواز بود. یافته های این پژوهش حاکی از اثر بخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر افزایش بهزیستی عاطفی در مرحله پس آزمون بود. این پژوهش با یافته های شیرازی و فتحی (۲۰۱۲)، چیلکوت، موس موریس (۲۰۱۳)، مک گروگر، آنتونی، بویرس، آلفری، بلومبرگ و کارور (۲۰۰۴)، براون و رایان (۲۰۰۳)، کولارد، آونی، بونیول (۲۰۰۸) همخوان است. یافته های پژوهش حاضر بیانگر تاثیر مدیریت استرس بر افزایش بهزیستی عاطفی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است که این نتیجه بر مبنای راهکارهای شناختی و رفتاری در نظر گرفته شده در مدیریت استرس قابل تبیین است. با کمک راهبردهای مدیریت استرس از قبیل تن آرامی و آرامش عضلانی می توان تنش و اضطراب را کاهش داد، افراد علائم جسمانی مرتبط با استرس را شناسایی کرده و با تسلط یافتن در کسب آرامش که ناسازگار با تنش است (آزاد، ۲۰۰۱). اضطراب و تنش ناشی از بیماری را کاهش می دهند و در نتیجه بهزیستی عاطفی و روانی آن ها ارتقا می یابد. آموزش مهارت های مقابله ای به عنوان یکی از فنون مدیریت استرس افراد را قادر به مقابله سازگارانه می کند، طی آن افراد می آموزند که به جای درماندگی، انفعال و نشخوار فکری به افزایش توانمندی های خود و کاهش ملزومات موقعیت استرس زاد روی می آورند (آمپونش، ۲۰۱۰). استفاده مناسب و بهینه از این راهبرد شیوه ای موثرتر و کارآمدتر است و در برابر استرس به عنوان یک سپر عمل کرده و از تاثیر استرس بر بهزیستی عاطفی و جسمانی جلوگیری کرده و آن را تعدیل می کند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کیفیت از زندگی بوده است. پژوهش حاکی از اثر بخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون بود. این پژوهش با یافته های لی و همکاران (۲۰۰۷)، جواهری، نشاط دوست، مولوی، زارع (۱۳۸۹)، محرابی، فتحی، داوزده امامی و رجبی (۱۳۸۷)، رضایی، نشاط دوست، مولوی و امرایی (۱۳۸۸)، عسکری، هاشمی نسب و فرجی (۱۳۹۰) همخوان است. اثربخشی درمان مذکور به این دلیل است که مداخله و تکنیک های آموزشی به طور مستقیم بر چندین بعد کیفیت زندگی بیماران تاثیر گذاشته است. از طریق آموزش آرمیدگی عضلانی و تنفس دیاگرامی به این بیماران آموزش داده می شود تا استرسی را که در زندگی روزانه با آن مواجه هستند، کنترل کنند و از طریق تفکر منفی و قدرت فکر به بیماران آموزش داده شد تا از افسردگی و علائم جسمی مرتبط با این افکار بکاهند. در نتیجه

کاهش افسردگی و کاهش بروز نشانه های عصبی که از علائم بیماری ام اس نیز به شمار می رود و باعث نگرانی بیشتر بیماران ام اس می شد کیفیت زندگی بیماران بهبود پیدا کرد (عسکری، هاشمی نسب و فرجی، ۱۳۹۰). پژوهشگر در روند تحقیق حاضر با محدودیت هایی روبرو بود که ممکن است، بر کیفیت پژوهش تاثیر گذاشته باشد از جمله این محدودیت ها می توان به فشرده بودن جلسات آموزش مدیریت استرس اشاره کرد. همچنین محدودیت های دیگر این پژوهش عدم امکان گسترش نتایج به سایر جامعه کمبود تحقیق ها در حوزه آموزش مدیریت استرس به صورت تک مهارتی است.

منابع

- اصغری مقدم، محمدعلی؛ ساعد، فواد؛ دیباج نیا، پروین؛ زنگنه، جعفر (۱۳۸۴). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) در نمونه های غیر بالینی نشریه دانشور رفتار. ۱۵(۳۱). ۲۳-۳۸
- اعتمادی فر، عدرا (۱۳۸۴). ایمان و معنویت در مشاوره و روان درمانی. فصلنامه تازه های رواندرومانی، دوره ۳۵ و ۳۶، ص ۱۳۱-۱۴۶.
- جواهری، ر؛ نشاط دوست، ح؛ مولوی، ح؛ زارع، م (۱۳۸۹). اثربخشی مدیریت استرس شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به صرع لوب گیجگاهی، مجله علوم پزشکی اراک، سال ۱۳، شماره ۲، ۴۳-۳۲.
- حمید، نجمه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ صادقی، صدیقه (۱۳۹۰). بررسی تأثیر ایمن سازی درمقابل استرس بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس مجله علمی پزشکی جندی شاپور، دوره ۱۱. شماره ۱.
- راتوس، اسپنسر (۲۰۰۷). روان شناسی عمومی. ترجمه حسین ابراهیمی مقدم و همکاران (۱۳۸۶). تهران: انتشاران ساوالان.
- رضایی، ف؛ نشاط دوست، ح؛ مولوی، ح؛ امرایی، ب (۱۳۸۸). اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به آسم، تحقیقات علوم رفتاری، شماره ۷، ۴۲-۳۳.
- ریو، ج (۱۹۹۲). انگیزش و هیجان. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۷۸). تهران: نشر ویرایش.
- سلطانی، محمود؛ حجازی، محمود؛ نوریان، عباس؛ زنده دل، احمد؛ اشکانی، مرضیه (۱۳۸۸). بررسی تأثیر یک دوره فعالیت هوازی در آب بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، سال پنجم، شماره ۴، ص ۲۷۴-۲۶۷.

- شیروانیان، الهه، مهربابی زاده هنرمند، مهناز، داودی، ایران و باقریان، رضا (۱۳۸۹). بررسی ادراک از بیماری، افسردگی، اضطراب، حمایت اجتماعی ادراک شده و شیوه های مقابله با استرس به عنوان پیش بین های پیروی از درمان و کیفیت زندگی مربوط به سلامت در بیماران کلیوی مزمن تحت دیالیز بیمارستان های شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- عسکری، محمد؛ هاشمی نسب، بتول، فرجی، فردین (۱۳۹۰). تاثیر درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس در کیفیت زندگی و افسردگی بیماران ام اس زن شهر اراک. فصلنامه مطالعات روان شناختی بالینی، شماره ۵، سال دوم، صص ۲۳-۱.
- محرابی، ع؛ فتحی، ل؛ داووده امامی، م؛ رجیبی، ا (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی رفتاری بر کنترل قند خون و مشکلات هیجانی بیماران دیابتی نوع ۱، مجله دیابت و لپید ایران، دوره ۸، ۱۱۴-۱۰۳.
- محمودی، غلامرضا، شریعتی، علیرضا و بهنام پور، ناصر (۱۳۸۲). ارتباط بین کیفیت زندگی و روش های مقابله ای به کار گرفته توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، سال پنجم، شماره ۱۲، صص ۴۳-۵۲.
- منتظری، علمی؛ گشتاسبی، آزیتا؛ وحدانی نیا، مریم السادات. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36. پایش، ۵ (۱)، ۴۹ تا ۵۶.
- میر، مسعود؛ صفوی، محبوبه؛ فشارکی، محمد؛ فرهادی، سمیه (۱۳۹۰). بررسی ارتباط کیفیت زندگی و راه های مقابله با استرس در خانواده بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس شهرستان اهواز، مجله علمی پزشکی، دوره ۱۰، شماره ۱.
- نظامی، مریم (۱۳۸۶). مقایسه ی اثر بخشی آموزش مهارت کنترل استرس بر کاهش میزان استرس دانشجویان ایرانی و خارجی دانشگاه بین المللی امام خمینی قزوین. پایان نامه ارشد تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.

- اله بخشیان، مریم؛ جعفرپورعلوی، مهشید؛ پرویزی، سرور؛ حقانی، حمید (۱۳۸۹). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طیب شرق)، دوره ۱۲، شماره ۳، صص ۳۳-۲۹.

- Avison, W. R., Turner, R. J. (1988). Stressful life events and depressive symptoms: Disaggregating the effects of acute stressors and chronic strains. *J Health and Social Beha*, 6, 253-264.
- Azad, H. (2001). Effect relaxation on anxiety. *J Psychol*. University of Tehran, 45(157),117-137.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Personality and Social psychol*, 84(4), 822.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003).The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Personality and Social psychol*, 84(4), 822
- Chilcot J, Moss – morris R. Changes in illness – related cognitive rather than distress mediate improvement in irritable bowel syndrome (IBS) symptoms and disability following a brief cognitive – behavioral therapy intervention. *Behav Res Ther*, 51, 690-695.
- Collard, P., Avny, N., Boniwell, I. (2008).Teaching mindfulness based cognitive therapy (MBCT) to students: The effects of MBCT on the levels of mindfulness and subjective well-being. *Counselling Psychol Quarterly*, 21(4), 323-336.
- Cos, T. A. (2008). Stress, coping and psychological distress: An Examination into the experience of individuals utilizing dialysis for end-stage renal disease. A dissertation for degree of Doctor of Philosophy. Department of clinical psychology. Drexel University.
- Harkness, K, L., & Luther, J. (2001). Clinical risk factors for the generation of life events in major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (4), 564- 572.
- Kiecolt- Glaser, J.K. & Glaser, R. & Glaser, R. & Strain, E.C. & Stout,J.C. & Tarr, K. L. & Holiday, J. E. & Speicher, C.E. (1986). Modulation of cellular immunity in medical students. *Journal of behavioral Medicine*, 9, 5-21.

- Litwinczuk, K. M., Groh, C. J. (2007). The relationship between spirituality, purpose in life, and well-being in HIV-positive persons. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 18(3), 13-22.
- Mahvi shirazi, M., Fathi ashtiyani, A., Rasoolzade tabatabaee, S. K., Amini, M. (2012). Irritable bowel syndrome treatment: cognitive – behavioral therapy versus medical treatment. *Arch Med Sci*, 29,123-9
- McGregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B., Carver, C. S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breastcancer. *J Psychosomatic Research*, 56(1), 1-8.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55 (1), 58-65.
- Reiley, B. B., Perna, R., Tate, D. G., Forchheimer, M., Anderson, C., & Luera, G. (1998). Type of spintual well- being among person with chronic illness. Their relationship to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil March*, 79(3), 258-63.
- Selye, H. (1980). The stress concept today. In I. L. Kutash, et al. (Eds.), *Handbook on stress and anxiety*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Ware JE, Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30: 473–83.
- Yaghoobi, A., Farhadi, M., Ghanbari, N., Kakbraei, K. (2008). Study of relationship between emotional intelligence with homesickness and mental health in university students. *J Psychol Univ Tabriz*, 9, 135-151.