اثر بخشی راهبردهای شناختی– رفتاری آموزش مدیریت استرس در زنان مبتلا به اختلال افسردگی

فرحزاد عباسیان[۱]، آرش نجیمی[۲]، غلامرضا قاسمی[۳]، حمید افشار[۳]، سید داود مفتاق[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مطالعات مختلف نشان می‌دهد که با گسترش فشار روانی بر جامعه، تعداد مبتلایان به اختلالات روانی به ویژه افسردگی افزایش می‌یابد و این امر سبب می‌شود، اختلال افسردگی بخش چشمگیری از شکایات مددجویان را تشکیل دهد. مطالعه حاضر با هدف، بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر اساس راهبردهای شناختی- رفتاری بر میزان استرس و افسردگی زنان مبتلا به اختلال افسردگی در شهر اصفهان انجام شد.

روش‌ها: در مطالعه حاضر ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی از مراکز و کلینیک‌های مشاوره و روان‌پزشکی شهر اصفهان از طریق نمونه‌گیری چند مرحله‌ایی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد (۲۰ نفر در هر گروه) تقسیم شدند. آموزش مدیریت استرس در گروه مداخله به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه شناختی- رفتاری انجام پذیرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه فشار روانی Cooper و پرسش‌نامه افسردگی Hamilton بود که قبل و یک ماه پس از مداخله در هر دو گروه تکمیل شد. داده‌های حاصل با استفاده از آزمون ANCOVA تجزیه و تحلیل گردید و برای همه آزمون‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: پس از مداخله آموزشی کاهش معنی‌داری در میانگین نمرات استرس و افسردگی افراد در گروه مداخله نشان داده شد ($P < ۰/۰۰۱$). تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده دو گروه در پس‌آزمون، در مورد فشار روانی ($F = ۱۲/۴۵$، $P < ۰/۰۰۱$) و افسردگی ($F = ۵/۳۶$، $P = ۰/۰۲$) نیز معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: آموزش مدیریت استرس بر اساس راهبردهای شناختی- رفتاری به بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، با افزایش توانایی بیماران در برخورد با رویدادهای استرس‌زای زندگی ضمن کاهش فشار روانی سبب بهبود علایم افسردگی گردید.

واژه‌های کلیدی: مدیریت استرس، استرس، افسردگی، روش‌های شناختی- رفتاری

ارجاع: عباسیان فرحزاد، نجیمی آرش، قاسمی غلامرضا، افشار حمید، مفتاق سید داود. **اثر بخشی راهبردهای شناختی- رفتاری آموزش مدیریت استرس در زنان مبتلا به اختلال افسردگی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۱؛ ۸ (۶): ۱۰۵۷-۱۰۵۰.

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۶/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۸/۱۵

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی به شماره ۰۴-۱۴-۵-۶۲۳۹ مصوب دانشگاه خوراسگان اصفهان می‌باشد.

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی اجتماعی، انستیتوی فلسفه و حقوق، آکادمی ملی علوم، باکو، آذربایجان

۲- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: a_najimi@hlth.mui.ac.ir

۳- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- مربی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

مقدمه

افسردگی یکی از اختلالات روانی است که بر اساس چهارمین ویرایش تجدید نظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and statistical manual of mental disorders یا DSM-IV) انجمن روان‌پزشکان آمریکا با علایمی چون خلق افسرده یا از دست دادن علاقه، کاهش یا افزایش اشتها، بی‌خوابی یا پرخوابی، کندی روانی- حرکتی، خستگی یا فقدان انرژی، احساس بی‌ارزشی و گناه، کاهش توانایی تمرکز و تفکر، بی‌تصمیمی و افکار تکرار شونده در مورد مرگ ظاهر می‌شود (۱).

شانس ابتلا به افسردگی زنان دو برابر مردان است و ۱۰ تا ۲۵ درصد زنان در طول زندگی خود یک بار دوره‌های افسردگی را تجربه می‌نمایند. عواملی مانند اولین قاعدگی، بارداری، زایمان و یائسگی رویدادهای طبیعی در چرخه زندگی هستند که هر کدام از آن‌ها به تنهایی می‌توانند باعث افزایش آسیب‌پذیری زنان در برابر افسردگی شوند (۲). پژوهش‌های بالینی نشان می‌دهد، زمانی که افسردگی در فرد تثبیت شد عواملی چون مهارت‌های اجتماعی ضعیف، واکنش افراطی به فقدان و ارتباطات معیوب به عنوان عامل نگهدارنده ایفای نقش می‌نمایند. به این ترتیب فرد افسرده بیشتر احساس طرد شدگی و انزوا می‌کند و محرک‌های استرس‌زای محیطی نیز بر وخامت اوضاع می‌افزاید (۳).

عوارض و محدودیت‌های داروهای ضد افسردگی و نیز ترجیح بیماران و درمانگران برای درمان‌های غیر دارویی سبب شده است، لزوم ایجاد روان درمانی‌های مؤثر و مناسب با علایم بیماری و فرهنگ اجتماعی بیماران افسرده از جمله مهم‌ترین عوامل بررسی روش‌های مختلف درمانی باشد. از سوی دیگر، استفاده از شیوه‌های متنوع در درمان از جمله الزامات درمانی است؛ چرا که در مواردی که یک روش درمانی موفق نیست، درمانگران قادر خواهند بود روش درمانی را تغییر دهند و از روش درمانی دیگری استفاده نمایند و بر این اساس با انتخاب اثربخش‌ترین روش درمانی همراه با کمترین عوارض جانبی احتمال درمان و بهبود را افزایش دهند (۴).

مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری را می‌توان به عنوان مجموعه راهکارهای مؤثر برای پیشگیری از استرس، مهار و کنترل استرس و در نهایت به حداقل رسانیدن نتایج و پیامدهای زیانبار آن تعریف نمود (۵). مطالعات مختلف نشان داده است که آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، حل مسأله، ابراز وجود و کنترل هیجانی مانند تکنیک‌های آرام‌سازی و کنترل خشم در درمان افسردگی نقش مهمی دارند (۶). علاوه بر آن Hegel و همکاران در بررسی اثربخشی آموزشی به شیوه شناختی- رفتاری به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش به شیوه شناختی- رفتاری می‌تواند به عنوان مداخله درمانی کوتاه مدت در درمان افسردگی مؤثر باشد (۷).

رویکرد شناختی- رفتاری تلفیقی از درمان شناختی و رفتاری است. در این رویکرد درمانی به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارامد خود را تشخیص دهد. برای این منظور از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری کاملاً سازمان یافته استفاده می‌شود. بنابراین در جنبه‌هایی از کار تأکید بر رویکرد شناختی است و در جنبه‌هایی دیگر تأکید بر رویکرد رفتاری استوار است (۸). با عنایت به موارد ذکر شده و همچنین پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و عاطفی بیماری افسردگی، مطالعه حاضر به منظور ارایه یک برنامه آموزشی جهت کنترل استرس در بین زنان مبتلا به افسردگی طراحی و اجرا گردید که طی آن اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر زنان مبتلا به افسردگی مورد بررسی قرار گرفت.

روش‌ها

در مطالعه تجربی حاضر، ۴۰ نفر از زنان خانه‌دار مبتلا به اختلال افسردگی مورد بررسی قرار گرفتند. جمعیت مورد مطالعه از میان زنان خانه‌دار که در زمان اجرای پژوهش به مراکز و کلینیک‌های مشاوره و روان‌پزشکی شهر اصفهان مراجعه کرده و طی مصاحبه توسط روان‌پزشک مبتلا به اختلال افسردگی بودند، انتخاب و به صورت تصادفی ساده و بر اساس زوج یا فرد بودن شماره پرونده بیماران در دو گروه مداخله و شاهد قرار داده شدند. تعداد افراد مورد مطالعه با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه برای آزمون تفاوت دو

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

گروه و با در نظر گرفتن احتمال خطای نوع اول ۰/۰۵ و احتمال خطای نوع دوم ۲۰ درصد، در هر گروه ۱۸ نفر محاسبه شد و در نهایت ۲۰ نفر در هر گروه قرار گرفت. معیار ورود افراد به مطالعه شامل: تشخیص قطعی اختلال افسردگی بر اساس نظر روان‌پزشک، عدم دریافت دارو، محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، متأهل، خانه‌دار، مدت بیماری کمتر از ۲ سال و همچنین رضایت آگاهانه افراد به منظور شرکت در مطالعه بود. علاوه بر آن افراد مورد مطالعه در صورت وجود معلولیت ذهنی، سابقه جسمی یا روانی همراه، غیبت بیش از یک جلسه‌ای و یا عدم تمایل به ادامه مطالعه در هر کدام از مراحل آن از مطالعه خارج می‌شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در مطالعه حاضر شامل پرسش‌نامه فشار روانی Cooper و پرسش‌نامه افسردگی Hamilton بود. پرسش‌نامه فشار روانی Cooper دارای ۲۹ بخش در خصوص نشانه‌های استرس می‌باشد که Cooper در سال ۱۹۸۳ آن را تهیه نمود. این پرسش‌نامه دارای دو بخش ۲۵ سؤالی می‌باشد که نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت چهار گزینه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، کمی و هرگز) و ۴ سؤال دو گزینه‌ای (بلی و خیر) با دامنه نمرات ۰ تا ۷۹ طراحی شده است. روایی پرسش‌نامه در مطالعات مختلف بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است، ضمن آن‌که پایایی پرسش‌نامه به وسیله Cronbach's alpha توسط کودرون و همکاران به نقل از محمدی و همکاران ۰/۸۷ گزارش شده است (۹). باقریان و همکاران پایایی ابزار فوق را ۰/۹۴ گزارش نموده‌اند (۱۰).

از پرسشنامه افسردگی Hamilton نیز در این تحقیق استفاده گردید. از این آزمون برای اندازه‌گیری شدت افسردگی در بیماران افسرده استفاده می‌شود. این مقیاس شامل ۲۴ بخش می‌باشد که هر یک از بخش‌ها را می‌توان از ۰ تا ۴ یا ۰ تا ۲ نمره داد. دامنه کلیه نمرات از ۰ تا ۷۶ می‌باشد. این ابزار علایم مربوط به شکایات جسمانی، مشکلات رفتاری، شکایات شناختی و در نهایت علایم مربوط به تغییرات عاطفه بیماران را مورد بررسی قرار می‌دهد. در مطالعه Rehm و OHara اعتبار آزمون بر اساس Cronbach's alpha ۰/۷۸ گزارش شده است (۱۱). صالح زاده و همکاران ضریب روایی همزمان مقیاس را ۰/۸۲ و پایایی ابزار را از طریق دو نیمه‌سازی ۰/۸۹ و Cronbach's alpha آن را ۰/۷۲ گزارش نمودند (۱۲).

قبل از انجام پیش‌آزمون، اهداف مطالعه برای مشارکت کنندگان ارایه و موافقت آن‌ها جهت شرکت و همکاری در مطالعه جلب گردید. پس از آن پرسش‌نامه‌های افسردگی و فشار روانی در اختیار افراد مورد مطالعه قرار داده شد و ضمن ارایه توضیحات کامل در خصوص چگونگی پاسخ به سؤالات، پرسش‌نامه‌ها تکمیل گردید. سپس مداخله آموزشی در گروه مداخله به شیوه شناختی- رفتاری انجام شد. اطلاعات هر دو گروه مداخله و شاهد، ۱ ماه بعد از مداخله آموزشی دوباره جمع‌آوری گردید. مداخله آموزشی در ۸ جلسه و توسط کارشناس روان‌شناسی انجام پذیرفت. اهداف هر جلسه شامل موارد زیر بود:

جلسه اول: معارفه، تعریف استرس، منابع، علایم و پیامدهای آن

جلسه دوم: بازسازی شناختی

جلسه سوم: آموزش مهارت‌های ارتباطی

جلسه چهارم: آموزش مهارت‌های ابراز وجود

جلسه پنجم: آموزش مهارت کنترل خشم

جلسه ششم: آموزش تنفس صحیح

جلسه هفتم: آموزش آرام‌سازی

جلسه هشتم: آموزش مهارت‌های حل مسأله و برنامه‌ریزی

در ابتدای هر جلسه موضوع جلسه بر روی تابلو نوشته می‌شد، محتوا و تکالیف جلسه قبل به طور خلاصه مورد بررسی قرار می‌گرفت، اشکالات احتمالی رفع می‌گردید و سپس محتوای جلسه جدید آموزش داده می‌شد. پس از پاسخگویی به سؤالات افراد، تمرینات در طول جلسه انجام می‌گرفت و اشکالات رفع می‌گردید. سپس برای هفته آینده تکلیف تعیین می‌شد.

در این مطالعه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ (version 15, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور تحلیل داده‌ها از روش

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

ANCOVA استفاده گردید. در این مطالعه برای این روش آماری، از یک پیش‌فرض استفاده شد. «آیا واریانس‌های متغیرهای وابسته در دو گروه مساوی هستند یا تفاوت آن‌ها در جامعه صفر است؟». این پیش‌فرض به وسیله آزمون Levin مورد آزمایش قرار گرفت. برای همه آزمون‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

درصد پاسخ در مطالعه حاضر ۹۵ درصد بود. از مجموع ۴۰ شرکت کننده در پژوهش، ۳۸ نفر (۱۸ نفر در گروه مداخله و ۲۰ نفر در گروه شاهد) مطالعه را به پایان رساندند. در طول جلسات آموزش دو نفر از اعضای گروه مداخله به علت غیبت بیش از دو جلسه از مطالعه خارج شدند. نتایج، اختلاف معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و شاهد از نظر توزیع سنی، مدت ابتلا به افسردگی، سطح تحصیلات و همچنین در میزان افسردگی دو گروه بر اساس پرسش‌نامه Hamilton در ابتدای مطالعه نشان نداد ($P > ۰/۰۵$). جدول ۱ نشان می‌دهد که پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در خصوص متغیرهای فشار روانی و افسردگی به منظور مقایسه نتایج در دو گروه مورد مطالعه برقرار است.

میانگین نمرات فشار روانی در گروه مداخله و شاهد در پیش‌آزمون به ترتیب ۱/۴۲ ± ۴۵/۲۳ و ۱/۶۲ ± ۴۶/۷۲ و در پس‌آزمون به ترتیب ۱/۷۸ ± ۳۵/۴۷ و ۱/۷۷ ± ۴۴/۶۹ بود. نتایج، کاهش معنی‌داری در میزان فشار روانی گروه مداخله در پس‌آزمون نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$). ضمن آن‌که مقایسه میانگین‌های تعدیل شده فشار روانی گروه‌های مداخله و شاهد در پس‌آزمون که پس از کنترل اثر تفاوت‌های اولیه بین نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌ها به دست آمده است (عضویت گروهی)، اختلاف معنی‌داری را بین گروه‌های مداخله و شاهد ($F = ۱۲/۴۵$، $P < ۰/۰۰۱$) نشان می‌دهد. بر اساس نتایج، میزان این تفاوت یا تأثیر آموزش مدیریت استرس ۲۷ درصد است. به عبارت دیگر، ۲۷ درصد واریانس نمرات کل پس‌آزمون استرس مربوط به تأثیر مداخله آموزشی بوده است. توان آزمون نیز ۹۲ درصد بود (جدول ۲).

جدول ۱: بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در خصوص متغیرهای فشار روانی و افسردگی

متغیر	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	P*
استرس	۰/۴۵۴	۱	۳۴	۰/۵۰۵
افسردگی	۵/۲۱۰	۱	۳۴	۰/۱۴۱

* نتایج آزمون Levin

میانگین نمرات افسردگی در گروه مداخله و شاهد در پیش‌آزمون به ترتیب ۱/۳۲ ± ۲۵/۴۴ و ۱/۲۱ ± ۲۵/۱۵ و در پس‌آزمون به ترتیب ۱/۲۳ ± ۱۷/۳۰ و ۱/۲۵ ± ۲۱/۶۳ بود. جدول ۲ کاهش معنی‌داری در میانگین نمره پس‌آزمون گروه مداخله در خصوص افسردگی نشان می‌دهد ($P < ۰/۰۰۱$). میانگین‌های تعدیل شده افسردگی در گروه‌های مداخله و شاهد (عضویت گروهی) نیز اختلاف معنی‌داری را در پس‌آزمون ($F = ۵/۳۶$، $P = ۰/۰۲$) نشان داد. ۱۴ درصد واریانس نمرات کل پس‌آزمون افسردگی مربوط به تأثیر مداخله آموزشی بوده است. توان آزمون نیز ۶۱ درصد بود.

جدول ۲: نتایج آزمون ANCOVA تأثیر عضویت گروهی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی در مرحله پس‌آزمون*

متغیر	منبع	درجه آزادی	اختلاف میانگین	ضریب F	P	میزان تأثیر	توان آماری
استرس	پیش‌آزمون	۱	۱۹۷۱/۸۹۰	۳۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱	۱/۰۰۰
	عضویت گروهی	۱	۶۵۸/۶۷۰	۱۲/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷۴	۰/۹۲۹
افسردگی	پیش‌آزمون	۱	۹۷۸/۹۹۷	۳۹/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴	۱/۰۰۰
	عضویت گروهی	۱	۱۳۳/۲۴۵	۵/۳۶	۰/۰۲۰	۰/۱۴۰	۰/۶۱۴

* در این طرح آزمایشی برای بررسی معنی‌داری تفاوت نمره‌های افسردگی در پس‌آزمون ضمن کنترل اثر تفاوت‌های اولیه در پیش‌آزمون از آنالیز ANCOVA استفاده شد

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

بحث

بر اساس نتایج، آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری باعث کاهش میزان فشار روانی و افسردگی در گروه مداخله می‌شود. همسو با مطالعه حاضر یافته‌های Gina Pistulka و همکاران نیز نشان می‌دهد که استرس و رویدادهای منفی زندگی به عنوان یکی از عوامل تعیین کننده در افسردگی مطرح می‌باشد و کنترل استرس می‌تواند نقش مهمی در کاهش میزان افسردگی بیماران داشته باشد (۱۳). Harwitz و Ravizza در مطالعه خود نشان دادند که استرس و رویدادهای منفی زندگی (مانند تعارض‌های خانوادگی) و شیوه‌های مقابله ناکارامد، رابطه مستقیمی با افسردگی و خودکشی دارند (۱۴). بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر و دانش مربوط به رابطه استرس و اختلال افسردگی می‌توان گفت، ضعف مهارت‌های انطباقی، ارتباطی، اجتماعی و مقابله با مشکلات موجب افزایش فشار روانی، اضطراب و افسردگی می‌شود. بنابراین شناسایی منابع استرس، چگونگی رویارویی با آن‌ها و به طور کلی مدیریت استرس به عنوان یکی از مهارت‌های مهم در ارتباطات اجتماعی می‌تواند در زمینه پیشگیری از اختلال افسردگی افراد جامعه سودمند باشد. این یافته در مطالعات Antoni و همکاران و Bond و Bunce نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۱۶، ۱۵).

Baumel در مطالعه خود بیان می‌نماید که شیوه درمان شناختی- رفتاری در مقابل درمان‌های داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای و دارونماها از کارایی بالاتری برخوردار است (۱۷). همسو با مطالعه حاضر، Ansburg و Dominowski در بررسی اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری (آرامش‌آموزی، آموزش حل مسأله و آموزش خودگردانی) در نوجوانان که یکی از والدینشان را از دست داده بودند، به این نتیجه رسیدند که درمان‌های شناختی- رفتاری نقش مهمی در کاهش افسردگی دارند (۱۸). Keller و همکاران که به مطالعه نقش درمان دارویی و شناختی- رفتاری بر درمان افسردگی در بیماران بزرگسال پرداختند، نشان دادند که روش شناختی- رفتاری در کنار دارو درمانی در درمان افسردگی کارایی بالایی دارد (۱۹).

کاهش میزان افسردگی به دنبال آموزش مدیریت استرس را می‌توان تحت تأثیر دو عامل کاهش میزان فشار روانی و تأثیر مستقیم آموزش مدیریت استرس بر افسردگی دانست که هر دو جنبه با در نظر گرفتن نقش راهکارهای شناختی و رفتاری به کار رفته در مداخله آموزشی قابل تبیین است. در راهبردهای شناختی- رفتاری در درجه اول بر فرایندهای فکری مرتبط با رفتار که با مشکلات روانی و هیجانی ارتباط دارند، تأکید می‌شود. با کمک به بیمار، وی برای تغییر افکار خود در مورد تجارب فردی و تغییر در رفتار خویش تشویق می‌شود؛ به طوری که این امر به تغییر در احساس بیمار نسبت به خود منجر می‌گردد (۸).

با استفاده از راهبردهای شناختی مدیریت استرس به افراد کمک می‌شود تا باورها و عقاید خود را نسبت به استرس تغییر دهند، دورنمای وضعیت استرس‌زایی را که با آن روبرو هستند، بررسی کنند و کمک شود تا شناخت‌ها و باورهای غیر منطقی خود را به باورها و شناخت‌های مؤثرتر و کارامدتری جهت مقابله با استرس تبدیل کنند و با کمک راهبردهای رفتاری، ضمن آموزش کاربرد و تمرین مهارت‌های مختلف، افراد می‌توانند مهارت‌هایی را که آموخته‌اند در موقعیت‌های واقعی زندگی به کار بندند. علاوه بر ارایه تکلیف در جلسات آموزش، ادامه انجام تکالیف در منزل حایز اهمیت است؛ چرا که انجام تکالیف به نوعی تمرین رویارویی فرد با موقعیت‌های مشکل‌زا و چالش برانگیز در زندگی روزمره است که منجر به افزایش تأثیر درمان می‌گردد. علاوه بر آن تأثیر جلسات گروهی، امکان دریافت بازخورد از سایر اعضای گروه، ایجاد حس همدلی و مشاهده نوع مقابله دیگران در رویارویی با عوامل استرس‌زا را برای فرد امکان‌پذیر می‌سازد (۸).

یادآوری این امر ضروری به نظر می‌رسد که اثربخش بودن آموزش مدیریت استرس به معنای تنها گزینه انتخاب درمان نمی‌باشد. باید در نظر داشت، هر روش درمان مزایا و محدودیت‌هایی دارد و انتخاب روش درمان تحت تأثیر عوامل مختلف از جمله امکانات، عوارض و علاقه افراد است. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، آموزش مدیریت استرس می‌تواند به عنوان یکی از روش‌های تکمیل درمان افسردگی مورد توجه

www.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

بیماران و درمانگران باشد.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی مانند محدودیت نمونه‌گیری، تعداد محدود افراد شرکت کننده در مطالعه، عدم تعمیم‌پذیری مطالعه به افراد مذکر، عدم همتاسازی عامل اقتصادی در دو گروه، عدم وجود پیگیری به دلیل مشکلات دسترسی مجدد به بیماران و محدودیت‌های زمانی همراه بود و این عوامل دقت بیشتر در نتیجه‌گیری از یافته‌ها را طلب می‌نماید. در نهایت با توجه به یافته‌ها و محدودیت‌های مطالعه و از آن‌جا که اکثر بیماران مبتلا به اختلال خلقی افسردگی دارای مشکلاتی در زمینه تحصیلی، روابط اجتماعی، روابط خانوادگی و اشتغال می‌باشند و همچنین بروز مشکلات و استرس در برگشت علایم افسردگی تأثیر دارد، آموزش مدیریت استرس به بیماران و خانواده‌های آنان و توانایی این که چگونه با رویدادهای استرس‌زای زندگی کنار آیند و به شیوه‌ای کارامد به مسایل و مشکلات خود واکنش نشان دهند، به نوعی می‌تواند از عود و برگشت یا تشدید علایم افسردگی جلوگیری نماید. در واقع مدیریت استرس به عنوان یک درمان غیر دارویی مؤثر می‌تواند در کنار درمان دارویی مورد استفاده قرار گیرد.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2000.
2. Hammen C. Stress and depression. Annu Rev Clin Psychol 2005; 1: 293-319.
3. Bhatia SC, Bhatia SK. Depression in women: diagnostic and treatment considerations. Am Fam Physician 1999; 60(1): 225-40.
4. Markowitz JC. Psychotherapy for dysthymic disorder. Psychiatr Clin North Am 1996; 19(1): 133-49.
5. Granath J, Ingvarsson S, Von TU, Lundberg U. Stress management: a randomized study of cognitive behavioural therapy and yoga. Cogn Behav Ther 2006; 35(1): 3-10.
6. Albieri E, Visani D, Offidani E, Ottolini F, Ruini C. Well-being therapy in children with emotional and behavioral disturbances: a pilot investigation. Psychother Psychosom 2009; 78(6): 387-90.
7. Hegel MT, Dietrich AJ, Seville JL, Jordan CB. Training residents in problem-solving treatment of depression: a pilot feasibility and impact study. Fam Med 2004; 36(3): 204-8.
8. Persons JB, Davidson J, Tompkins MA. Essential Components of Cognitive-Behavior Therapy for Depression. Behav Cogn Psychth 2003; 31(1): 113-22.
9. Mohammadi N, Aghaei A, Golparvar M, Etemadifar M The Effect of Cognitive –Behavioral Group Training Method on the Stress in Patients With Multiple Sclerosis. Knowledge & Research in Applied Psychology 2007; 9(32): 1-16. [In Persian].
10. Bagherian R, Pourkazem T, Nouri A, Adibi P. The Effects of Stress Management Training on Symptoms of Medical Treatment-Resistant Functional Dyspepsia .Govaresh Journal 2009; 14(1): 15-22. [In Persian].
11. Rehm LP, O'Hara MW. Item characteristics of the Hamilton Rating Scale for Depression. J Psychiatr Res 1985; 19(1): 31-41.
12. Salehzadeh M, Kalantari M, Moulavi H, Najafi Mr, Ebrahimi A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression in intractable epileptic patients. Advances in Cognitive Science 2010; 12(2): 59-68. [In Persian].
13. Gina Pistulka RN, Hae- Rahan RV, Hyun J, Park RV. Acculturation stress, social support and depression among the Korean American immigrant elderly in Maryland. Proceedings of the 130th APHA Annual Meeting and Exposition; 2002 Nov 9-13; Philadelphia, PA; 2002
14. Harwitz D, Ravizza L. Suicide and depression. Emerg Med Clin North Am 2000; 18(2): 263-71, ix.
15. Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM, Boyers AE, Culver JL, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. Health Psychol 2001; 20(1): 20-32.
16. Bond FW, Bunce D. Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. J Occup Health Psychol 2000; 5(1): 156-63.
17. Baumel S. Dealing with depression naturally: complementary and alternative therapies for restoring emotional health. 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2000.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

18. Ansburg PI, Dominowski RI. Promoting Insightful Problem Solving. The Journal of Creative Behavior 2000; 34(1): 30-60.
19. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. N Engl J Med 2000; 342(20): 1462-70.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]

Effectiveness of Stress Management Training by Cognitive-Behavioral Method in Women with Depression

Farahzad Abbasian[1], Arash Najimi[2], Gholamreza Ghasemi[3], Hamid Afshar[3], Sayyed Davood Meftagh[4]

Original Article

Abstract

Background: Clinical researches indicate the increase of stress in the society and the number of patients with psychological disorders, especially depression. This study was performed to assess the effectiveness of an educational intervention based on cognitive-behavioral methods on stress and depression among women with depressive disorder.

Methods: Forty patients with depressive disorder who visited psychiatry and consultation clinics of Isfahan were randomly divided into intervention and control group (n = 20 in each group). The subjects were recruited by multistage sampling method. Stress management training was conducted for the intervention group in 8 sessions (90 minutes) through cognitive-behavioral techniques. Data collection tools included stress questionnaire and Hamilton Depression Inventory which was completed before and one month after the intervention in both groups. Data were analyzed using covariance analysis.

Findings: In the intervention group, there was a significant difference between pre-test and post-test scores on stress levels and depression ($P < 0.001$). In the intervention group, adjusted mean difference of the stress score ($F = 12.45$, $P < 0.001$) and depression score ($F = 5.36$, $P = 0.02$) were statistically significant.

Conclusion: Findings of this study showed that patients learned how to cope with stressful situations and act efficiently through these programs. This, in turn, will prevent depression recurrence or deterioration of the patients' condition.

Key words: Stress Management, Stress, Depression, Cognitive-Behavioral Method

Citation: Abbasian F, Najimi A, Ghasemi Gh, Afshar H, Meftagh SD. **Effectiveness of Stress Management Training by Cognitive-Behavioral Method in Women with Depression.** J Health Syst Res 2013; 8(6): 1050-57.

Received date: 02/09/2012 Accept date: 05/11/2012

1- PhD Candidate, Institute of Philosophy and Political-Law Researches, Azerbaijan National Academy of Sciences, Baku, Azerbaijan
2- Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: a_najimi@hlth.mui.ac.ir
3- Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4- Lecturer, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-13]