

اثربخشی مدیریت استرس به روش شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار

مجتبی حبیبی^۱، نیکزاد قنبری^۲، ابراهیم خدایی^۳، پرستو قنبری^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری بر اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار کمیته امداد امام خمینی طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: تعداد ۴۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه شاهد و آزمایش قرار گرفتند. با استفاده از یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد، گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت آموزش مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری قرار گرفت، در حالی که در این مدت گروه شاهد مداخله‌ای را دریافت نکرد. هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل واریانس یک متغیره نشان داد که بین دو گروه در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، اما آموزش مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری در گروه آزمایش، نمرات اضطراب، استرس و افسردگی را به طور معنی‌داری کاهش داد.

نتیجه‌گیری: برنامه آموزش مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری می‌تواند جزء برنامه‌های مداخلاتی در سطوح جمعیت عمومی و گروه‌های هدف خود معرف یا تحت پوشش درمانی کمیته امداد امام خمینی قرار گیرد و از طریق کاهش اضطراب، استرس و افسردگی مشکلات این قشر آسیب‌پذیر را تخفیف دهد.

واژه‌های کلیدی: مدیریت استرس، روش شناختی- رفتاری، زنان سرپرست خانوار

ارجاع: حبیبی مجتبی، قنبری نیکزاد، خدایی ابراهیم، قنبری پرستو. اثربخشی مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱ (۳): ۱۷۵-۱۶۶

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۴/۱۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۱

فوت یا جدایی از همسر نیازمند سازگاری مجدد هستند (۱). در خانواده‌های ایرانی، اغلب مرد (پدر) سرپرست خانواده محسوب می‌شود. اما تحت شرایطی، چنین مسؤولیتی بر عهده زنان (مادر) قرار می‌گیرد. زنان سرپرست خانوار، شامل

مقدمه

تغییرات ایجاد شده در جوامع در دهه‌های اخیر باعث تغییر ساختار خانواده، پذیرش مسؤولیت بیشتر و استرس بیشتر برای اداره زندگی توسط زنان شده است، به علاوه مواردی از قبیل

Email: mo_habibi@sbu.ac.ir

۱- استادیار، روان‌شناسی سلامت، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

۲- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه روش‌ها و برنامه‌های آموزشی و درسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴- کارشناس ارشد، گروه مطالعات زنان، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران

زنان بیوه، زنان مطلقه، همسران مردان معتاد، همسران مردان زندانی، همسران مردان بیکار، همسران مردان مهاجر، همسران مردانی که در نظام وظیفه مشغول خدمت هستند، زنان خود سرپرست (زنان تنها)، دختران خود سرپرست (دختران بی سرپرستی که هرگز ازدواج نکرده‌اند)، همسران مردان از کار افتاده و سالمند است. بر مبنای تعریف سازمان بهزیستی زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که به دلایل مختلف از جمله جدایی، فوت همسر و غیره، مسؤولیت زندگی خود و فرزندان را بر عهده دارند (۲). بر اساس آمارهای رسمی، زنان سرپرستی ۸/۴ درصد از خانواده‌های ایرانی را بر عهده دارند (۳) و این خانواده‌ها با مشکلات متعددی مواجه هستند، به طوری که ۲۹ درصد از خانواده‌های دهک اول اقتصادی را خانواده‌های زن سرپرست تشکیل می‌دهند (۴) و همواره مشکل فقر در خانوارهای زن سرپرست، بیشتر از خانوارهای با سرپرست مرد بوده است (۱). عامل فقر اقتصادی، تأثیر مستقیم و غیر مستقیم خود را بر وضعیت فرهنگی و اجتماعی خانواده بر جای می‌گذارد. بسیاری از این زنان، از فقدان یک چتر حمایتی و تأمین مالی و اجتماعی مناسب رنج می‌برند. این زنان به علت تعدد و تعارضات نقش، آرامش روانی خود را از دست داده‌اند، احساس حقارت، درماندگی و دل‌تنگی دارند (۵).

وضعیت بد اقتصادی زنان سرپرست خانوار باعث نگرانی درباره آینده خود و فرزندان نشان می‌شود (۱). این زنان به علت برخورداری از تحصیلات و مهارت‌های فنی و آموزشی کمتر نسبت به سایر زنان حتی در صورت فعالیت اقتصادی در مشاغل با مزد کم مشغول به کار می‌شوند (۶). این گروه از زنان نه تنها در فقر زندگی می‌کنند، بلکه به واسطه عقاید و سنت‌های موجود در جامعه مورد قضاوت قرار می‌گیرند. آن‌ها در کشمکش با فرهنگ مردسالاری جامعه می‌باشند و این شرایط هنگامی دشوارتر می‌شود که زنان بدون حضور هیچ مردی سرپرستی خانواده را بر عهده می‌گیرند (۷). همچنین فرزندان خانواده‌های زن سرپرست به احتمال بیشتری دچار مشکلات رفتاری و اجتماعی می‌شوند و از کیفیت زندگی

پایین تری نسبت به فرزندان خانواده‌های هسته‌ای برخوردارند (۸، ۹). این گروه از زنان سطوح بالاتری از آسیب‌پذیری و استرس را نشان می‌دهند (۱۰). زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان دارای همسر با استرس بیشتری برای اداره زندگی روبه‌رو می‌شوند. شاغل بودن، کار در منزل، مراقبت از فرزندان، نگرانی‌های مالی و عدم برخورداری از منابع حمایتی کافی به طور روزانه سبب استرس و پریشانی زنان سرپرست خانوار می‌شوند و آن‌ها را با مشکلاتی از قبیل بیماری‌های جسمانی، مشکلات خواب و افسردگی مواجه می‌کنند که در نهایت بهزیستی خود و خانواده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۱، ۱). مجموعه مشکلات ذکر شده، بهداشت روانی این گروه را متأثر می‌سازد. اگر چه ممکن است که برخی از این زنان توان سازگاری با چنین وضعیتی را داشته باشند، اما اغلب آن‌ها تحت تأثیر این شرایط دشوار، سطوح بالایی از افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند. پژوهش‌های قبلی میزان بالایی از اضطراب و افسردگی را در زنان سرپرست خانوار گزارش کرده‌اند (۵).

آموزش مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری یک رویکرد چند وجهی است که طی آن تکنیک‌هایی از قبیل آرامش آموزی، تنفس دیافراگم، مراقبه، شناسایی افکار خودکار منفی، تحریف‌های شناختی و بازسازی آن با جایگزین کردن افکار منطقی، آموزش مقابله کارآمد، مدیریت خشم و ابرازگری به افراد آموزش داده می‌شود (۱۲). اگر چه مداخله آموزش مدیریت شناختی- رفتاری استرس در زنان سرپرست خانوار در پژوهش‌های پیشین انجام نشده است، اما بررسی پژوهش‌ها در این زمینه به اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری اشاره دارد. پژوهش‌های انجام شده بیانگر تأثیر درمان‌های شناختی- رفتاری بر میزان افسردگی است (۱۳). Kusch و Fleming نیز اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر افسردگی و اضطراب نشان داده‌اند (۱۴). پژوهش‌ها تأثیر فون شناختی- رفتاری را در ارتقای کیفیت زندگی و خستگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس نشان دادند (۱۶، ۱۵). دیگر پژوهش‌ها نشان داده‌اند آن است که مدیریت شناختی-

مواد و روش‌ها

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های آزمایشی با گروه شاهد، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه آماری شامل زنان سرپرست خانوار اقامتگاه‌ها و پانسیون‌ها در سال ۱۳۸۹ بوده است که شهرداری و کمیته امداد در جنوب شهر تهران برای زنان بی‌سرپرست و بی‌خانمان تدارک دیده است. با توجه به ماهیت و نوع تحقیق، تعداد ۴۰ نفر (۲۰ نفر در گروه آزمایشی و ۲۰ نفر در گروه شاهد) به صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمایشی و شاهد انتساب شدند. طی مدت مداخله، هیچ یک از افراد گروه‌های آزمایش و شاهد دارویی مصرف نکرده‌اند و تحت هیچ نوع مداخله دارویی و غیر دارویی دیگر قرار نداشته‌اند. در واقع معیار ورود افراد زنان فاقد سرپرست بوده است که تحت تأثیر شرایط اجتماعی اقتصادی دشوار قرار داشتند. پرسش‌نامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس روی این دو گروه به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا گردید و گروه آزمایشی طی ۱۰ جلسه آموزش مدیریت شناختی- رفتاری استرس را دریافت کردند. در این مداخله آموزش جلسات توسط درمانگر دارای مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی و ارزیابی با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری توسط دکتری روان‌شناسی سلامت انجام شده است.

در پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس عاملی با یک متغیر مستقل عضویت گروهی (گروه آزمایشی و شاهد) و متغیر کمکی پیش‌آزمون و متغیر وابسته پس‌آزمون خرده مقیاس‌های ویژگی‌های خلقی استفاده شده است. برای بررسی پیش‌فرض رابطه خطی بین متغیر وابسته با متغیر کمکی از نمودار پراکنش و برای بررسی همسانی ضرایب رگرسیون در گروه‌ها از تحلیل رگرسیون با یک متغیر مستقل کدگذاری شده به واسطه کدگذاری تصنعی استفاده گردید. بر اساس نتایج مشاهده شده، هر دو مفروضه تأیید گردید. در مرحله بعد، تحلیل کوواریانس برای مقایسه اثر متغیر مستقل عضویت گروهی روی متغیر وابسته ویژگی‌های خلقی اجرا شد (۲۹-۲۷).

معرفی برنامه مداخله‌ای

پس از اجرای پیش‌آزمون بر روی هر دو گروه، گروه آزمایش

رفتاری استرس در کاهش اضطراب، افسردگی و ارتقای سلامت روانی افراد دارای بیماری‌های روان‌تنی مانند بیماران دارای فشار خون بالا مؤثر بوده است (۱۸، ۱۷). نیز پژوهش‌های دیگر تأثیر درمان شناختی- رفتاری را بر افسردگی و اضطراب بیماران نشان داده شده است (۱۹). Edimansyah و همکاران در یک پژوهش شبیه آزمایشی تأثیر مدیریت استرس را بر کاهش اضطراب، افسردگی و استرس کارگران خودرو ساز نشان داده‌اند (۲۰).

همچنین در این زمینه می‌توان به اثربخشی مداخلات با ساختاری مشابه اشاره کرد. از آن جمله می‌توان به اثربخشی مدیریت شناختی- رفتاری استرس بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به آلپرسی آرتاتا اشاره کرد (۲۱). Carter و همکاران اثربخشی فنون شناختی- رفتاری را در ارتقای سلامت روانی زنان نابارور نشان دادند (۲۲). در پژوهش دیگری، اثربخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر کاهش افسردگی در زنان دارای سرطان پستان نشان داده شده است. این مداخله همچنین بیانگر تأثیر مدیریت استرس بر ارتقای بهزیستی زنان دارای سرطان پستان بوده است (۲۳). در این زمینه می‌توان به پژوهش‌های دیگری اشاره کرد که تأثیر درمان شناختی- رفتاری را بر افسردگی و اضطراب بیماران روان‌تنی را نشان داده‌اند (۱۹، ۱۴). House نیز نقش مؤثر فنون شناختی- رفتاری را در کاهش افسردگی و اضطراب زنان نابارور نشان داده است (۲۴).

با توجه به این که پژوهش‌های دیگر کارآمدی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری آن در زمینه کنترل استرس، افسردگی و اضطراب را در دانشجویان غیر بومی نشان داده‌اند (۲۵، ۲۶). بنابراین با توجه به آن چه گفته شد، به طور منطقی این انتظار وجود دارد که مدیریت شناختی- رفتاری استرس بتواند در کاهش افسردگی و اضطراب سایر گروه‌های جامعه نیز مؤثر باشد. از این رو آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری مبنای پژوهش حاضر است و سؤال اصلی این است که آیا مدیریت شناختی- رفتاری استرس بر افسردگی و اضطراب زنان خود سرپرست تأثیرگذار است؟

ابزار پژوهش

مقیاس سلامت خلقی - این مقیاس ۲۱ سؤالی فرم کوتاه مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی برای اندازه‌گیری ویژگی‌های خلقی افراد است که با طیف لیکرتی ۴ ارزشی (اصلا، کم، زیاد، خیلی و به ترتیب از ۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود (۳۰). روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران توسط سامانی و جوکار مورد بررسی قرار گرفت و اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷، Cronbach's alpha برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸، به دست آمده است (۳۱).

یافته‌ها

جهت بررسی همگنی دو گروه شاهد و آزمایش، گمارش و انتخاب تصادفی دو گروه از لحاظ متغیر سلامت خلقی در مرحله پیش‌آزمون، از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه شاهد و آزمایش از لحاظ تفاوت در سطح اولیه و مبنای مقایسه در مرحله پیش‌آزمون تفاوتی بر اساس خرده مقیاس‌های افسردگی ($P = ۰/۹۴$ ، $F_{(۳۸,۱)} = ۰/۰۱$ ، اضطراب ($P = ۰/۹۲$ ، $F_{(۳۸,۱)} = ۰/۱$) و استرس ($P = ۰/۳۱$ ، $F_{(۳۸,۱)} = ۱/۰۳$) وجود نداشته است. برقراری این مفروضه نشانگر همگنی دو گروه شاهد و آزمایش از نظر متغیر وابسته سلامت خلقی زنان خود سرپرست در مرحله پیش‌آزمون است.

از آزمون تحلیل کوواریانس عاملی جهت بررسی تفاوت بین زنان خود سرپرست گروه آزمایشی و شاهد از نظر خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس استفاده شد. نتایج آزمون ام باکس حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس تأیید شد ($P > ۰/۰۵$ ، $F_{(۶, ۱۰۴۶۲/۱۹)} = ۱/۵۷$). نتایج آزمون Levene برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها نشان داد که در هر سه خرده‌مقیاس افسردگی ($P = ۰/۹۲$ ، $F_{(۱, ۳۸)} = ۰/۰۱$)، اضطراب ($P = ۰/۱۸$ ، $F_{(۳۸, ۱)} = ۱/۸۲$) و استرس ($P = ۰/۸۶$)

در برنامه گروهی مدیریت استرس به روش شناختی - رفتاری شرکت کردند و بعد از اتمام مداخله، نمرات پس‌آزمون گردآوری شد. برنامه آموزشی مدیریت استرس به روش شناختی - رفتاری شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای سه جلسه) در گروه آزمایشی به شرح زیر اجرا شد (۱۲): به طور کلی هر جلسه از دو بخش تشکیل می‌شود، بخش اول فنون مدیریت استرس را در بر می‌گیرد، بخش دوم تمرین‌های آرمیدگی را شامل می‌شود.

جلسه اول: شرح عوامل استرس‌زا، پاسخ به عوامل استرس‌زا، آگاهی از تأثیرات جسمی استرس و پیامدهای احتمالی آن بر سلامت - آرمیدگی عضلانی برای ۱۶ گروه عضلات

جلسه دوم: استرس و آگاهی از افکار خودکار و نشانه‌های جسمی - آرمیدگی عضلانی برای ۸ گروه عضلات

جلسه سوم: شرح ارتباط افکار و هیجانات - تنفس دیافراگمی، تصویرسازی و آرمیدگی عضلانی برای ۴ گروه عضلات

جلسه چهارم: شناسایی تفکر منفی و تحریفات شناختی - تنفس، تصویرسازی و آرمیدگی عضلانی منفعل
جلسه پنجم: جایگزینی افکار منطقی - آموزش خود زاد برای احساس سنگینی و گرما

جلسه ششم: آموزش مقابله کارآمد - آموزش خود زاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی

جلسه هفتم: اجرای پاسخ‌های مقابله کارآمد - آموزش خود زاد همراه با تصویرسازی و خود القایی

جلسه هشتم: آموزش مدیریت خشم و مراقبه مانترا
جلسه نهم: آموزش ابرازگری - مراقبه شمارش تنفس

جلسه دهم: حمایت اجتماعی - مرور کلی برنامه و ایجاد برنامه مدیریت استرس شخصی

روند آرایه مطالب در هر جلسه به این صورت بود که ابتدا مطالب جلسه قبل مرور می‌شد، سپس مطالب آموزشی همان جلسه آرایه می‌شد و در پایان مروری از مطالب جدید انجام می‌شد و تکالیف آموزشی مربوط آرایه می‌گردید.

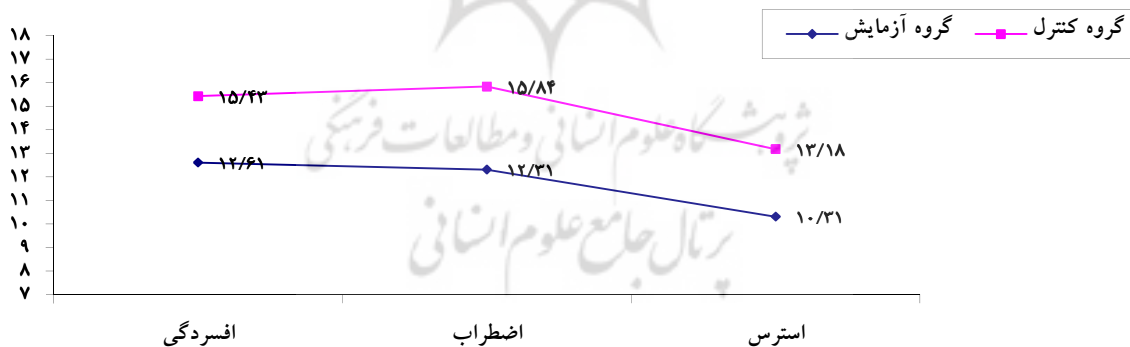
نتایج تحلیل کوواریانس با بررسی اثر گروه در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها با کنترل اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل هم‌پراش روی پس‌آزمون حاکی از آن بود که میزان سلامت خلقی زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش بعد از شرکت در دوره آموزشی مهارت‌های مقابله با استرس نسبت به زنان سرپرست خانوار گروه شاهد، کاهش معنی‌داری به لحاظ آماری در خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس نشان داده است (جدول ۲ و نمودار ۱). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که برنامه آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری مقابله با استرس باعث کاهش در افسردگی، اضطراب و استرس زنان سرپرست خانوار در گروه آزمایش شده است.

$F(38, 1) = 0/03$ دو گروه شاهد و آزمایش از نظر واریانس همگن هستند.

نتایج بررسی اثرات پیش‌آزمون روی پس‌آزمون افسردگی ($F(33, 3) = 52/79, P < 0/001, \eta^2 = 0/82$)، اثرات پیش‌آزمون روی پس‌آزمون اضطراب ($F(33, 3) = 9/12, P < 0/001, \eta^2 = 0/45$)، اثرات پیش‌آزمون روی پس‌آزمون استرس ($F(33, 3) = 35/20, P < 0/001, \eta^2 = 0/76$) و متغیر گروه (آزمایشی و شاهد) روی ترکیب خطی خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس ($F(33, 3) = 39/99, P < 0/001, \eta^2 = 0/78$) با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز حاکی از وجود اثر معنی‌دار بود.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی در مقیاس ویژگی‌های خلقی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	خرده‌مقیاس	میانگین پیش‌آزمون	انحراف معیار	میانگین پس‌آزمون	انحراف معیار	میانگین تعدیل شده	خطای استاندارد
گروه آزمایشی	افسردگی	۱۵/۷۵	۵/۱۵	۱۲/۶۵	۲/۹۶	۱۲/۶۱	۰/۲۵
	اضطراب	۱۵/۹۵	۳/۰۳	۱۲/۳۵	۲/۴۳	۱۲/۳۱	۰/۳۹
	استرس	۱۲/۶۰	۲/۲۱	۱۰/۰۰	۲/۰۰	۱۰/۳۱	۰/۲۶
گروه شاهد	افسردگی	۱۵/۶۰	۲/۹۴	۱۵/۴۰	۲/۴۳	۱۵/۴۳	۰/۲۵
	اضطراب	۱۵/۸۵	۳/۲۹	۱۵/۸۰	۲/۶۰	۱۵/۸۴	۰/۳۹
	استرس	۱۳/۶۰	۳/۸	۱۳/۵۰	۲/۵۰	۱۳/۱۸	۰/۲۶



نمودار ۱. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده در دو گروه شاهد و آزمایش در خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس

جدول ۲. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه گروه آزمایشی و شاهد در خرده‌مقیاس‌های ویژگی‌های خلقی

تغییرات	منبع	خرده‌مقیاس	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
بسته آموزشی کنترل شناختی-رفتاری استرس	افسردگی	۱-۳۵	۱۵۳/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱	
	اضطراب	۱-۳۵	۲۷/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	
	استرس	۱-۳۵	۹۶/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳	

بحث و نتیجه‌گیری

به لحاظ شیوع بالای افسردگی و اضطراب در جمعیت زنان سرپرست خانوار (۵) و با توجه به تعدد جلسات لازم جهت درمان، استفاده از روش گروهی مدیریت شناختی- رفتاری استرس، موضوع قابل تأملی است (۳۲). بر این اساس، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مدیریت شناختی- رفتاری استرس بر افسردگی، استرس و اضطراب زنان سرپرست بود.

نتایج بیانگر تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش میزان اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار بود. اگر چه در گذشته چنین مداخله‌ای در رابطه با زنان سرپرست خانوار صورت نگرفته است، اما پژوهش‌های انجام شده در زمینه تأثیر درمان‌های شناختی رفتاری در دیگر گروه‌های زنان و نیز بیماران افسرده، زمینه مقایسه نتایج را فراهم می‌آورد. پژوهش حاضر با پژوهش‌های دهقانی و همکاران (۲۱) و Kush و Fleming (۱۴) که تأثیر درمان‌های شناختی- رفتاری را بر افسردگی و اضطراب نشان داده‌اند، همسو است. McCraty و همکاران (۳۳)، Davies و همکاران (۳۴) نیز تأثیر درمان‌های شناختی- رفتاری و برنامه‌های کاهش استرس را در کاهش افسردگی، اضطراب و دیگر پریشانی‌های روان شناختی در بیماران روان تنی نشان داده‌اند که با پژوهش حاضر همسو می‌باشد. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های اشک‌تراب و همکاران (۱۳)، Cappeliez (۳۵)، Chen و همکاران (۳۲) و Michel و همکاران (به نقل از Antoni و همکاران) (۲۳) که هر کدام اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری بر افسردگی گروه‌های مختلف نشان داده‌اند، هماهنگ است. یافته‌های Edimansyah و همکاران نیز که اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر افسردگی، اضطراب و استرس کارکنان را نشان داده‌اند (۲۰)، نیز در همین راستا قرار می‌گیرد.

استرس‌زها و شیوه‌های پردازش آن‌ها ممکن است که از طریق تأثیر بر فرایندهای روانی- عصبی- ایمنی شناختی

موجب افسردگی و اضطراب گردد. حال مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس می‌تواند از طریق افزایش حس کنترل، خودبستگی، عزت نفس، مقابله سازگارانه و حمایت اجتماعی، بر این فرایندها مؤثر باشد. به نظر می‌رسد که این تغییرات، حالات خلقی منفی و انزوای اجتماعی را کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی و سلامت عمومی را ارتقاء می‌بخشد و این نیز ممکن است که منجر به کاهش سطح هورمون‌های استرس و بهبود عملکرد سیستم ایمنی شود (۱۲). به عنوان مثال در این پژوهش، آموزش تکنیک‌های مختلف کاهش اضطراب مانند تن آرامی، تنفس دیافراگمی، مراقبه و تصویرسازی باعث کاهش اضطراب و علائم جسمانی استرس در بیماران شد. استفاده از تکنیک بازسازی شناختی و چالش با افکار و نگرش‌های خودآیند منفی مرتبط با بیماری نیز، خلق افسرده بیماران را کاهش داد، به طوری که فرد به افکار و تصاویر ذهنی غیر انطباقی خود آگاهی می‌یابد و ارزیابی‌های انطباقی را جایگزین آن‌ها می‌کند. علاوه بر این، آموزش سبک‌های ارتباطی صحیح و ابراز وجود باعث افزایش میزان روابط اجتماعی مطلوب و در نتیجه افزایش دریافت حمایت اجتماعی می‌شود، این یکی از عواملی است که خلق افسرده و سلامت روانی را در این بیماران بهبود بخشیده است (۳۶).

یافته‌ها تأثیر مدیریت شناختی- رفتاری استرس بر کاهش افسردگی، استرس و اضطراب در زنان سرپرست خانوار را نشان می‌دهد که این نتیجه بر مبنای راه‌کارهای شناختی و رفتاری در نظر گرفته شده در مدیریت استرس قابل تبیین است. با کمک راهبردهای رفتاری مدیریت استرس از قبیل تن آرامی و آرامش عضلانی (جلسات اول تا چهارم) می‌توان تنش و اضطراب را کاهش داد، افراد علائم جسمانی مرتبط با استرس را شناسایی کرده‌اند و با تسلط یافتن در کسب آرامش که ناسازگار با تنش است، اضطراب و استرس خود را کاهش می‌دهند.

مجموعه عوامل اجتماعی و اقتصادی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، باعث می‌گردد که اغلب آن‌ها خلق افسرده داشته باشند، که این خلق افسرده میل به انزوا و کناره‌گیری از دیگران را ترغیب می‌کند و در

محدودیت‌ها

۱- پژوهش حاضر بر روی زنان خودسرپرست جنوب شهر تهران انجام شده است و ممکن است که در مقایسه با زنان خود سرپرست سایر شهرهای کشور مشکلات و شرایط خاص منحصر به شهر تهران را داشته باشند، در نتیجه بر تعمیم نتایج باید با احتیاط عمل کرد. برای بررسی دقیق‌تر چگونگی تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر حالات روان شناختی افراد پیشنهاد می‌شود که موارد زیر در نظر گرفته شود:

پیشنهادها

۱- تأثیر مؤلفه‌های هوش هیجانی و سبک‌های مقابله با استرس بر متغیرهای سلامت روانی به شکل عام و بهزیستی به شکل خاص، در تحقیقات بعدی کنترل یا مورد مطالعه قرار گیرند.
 ۲- تحقیقات دیگری در آینده با آگاهی از محدودیت‌های پژوهش حاضر و بر اساس دستورالعمل اجرایی در مورد گروه‌های آسیب‌پذیر دیگر به اجرا درآید.
 ۳- استفاده از سایر روش‌های روان درمانی و کنترل استرس از قبیل آرامش‌آموزی، ایمن‌سازی در برابر استرس و بازخورد زیستی در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد.
 نظر به این که آموزش گروهی مدیریت شناختی- رفتاری استرس با هدف سازگاری بهتر با شرایط استرس‌زا به کار می‌رود، بنابراین پیشنهاد می‌گردد که برنامه آموزش مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری می‌تواند جزء برنامه‌های مداخلاتی در سطوح جمعیت عمومی و گروه‌های هدف خود معرف یا تحت پوشش درمانی کمیته امداد امام خمینی قرار گیرد و از طریق کاهش اضطراب، استرس و افسردگی مشکلات این قشر آسیب‌پذیر را تخفیف داد. به منظور کاهش افسردگی و اضطراب و با توجه به اهمیت پیش‌گیری در این زمینه، کاربرد آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری را به عنوان وسیله‌ای جهت پیش‌گیری از ابتلا به افسردگی، استرس و اضطراب در رابطه با اقشار آسیب‌پذیر و از جمله زنان تحت پوشش کمیته امداد، به مسؤولان مربوط پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه در یک چرخه معیوب افسردگی آن‌ها تشدید می‌شود (۵). آموزش ابراز وجود و کنترل خشم (در جلسات هشتم و نهم آموزش) که تسهیل‌کننده رابطه با دیگران است، روابط اجتماعی آنان را گسترش می‌دهد. این روابط اجتماعی گسترش یافته، دریافت حمایت اجتماعی را افزایش می‌دهد و در نهایت موجب کاهش افسردگی می‌شود. شناسایی افکار خودکار منفی و تحریف‌های شناختی که ناکارآمد می‌باشد و زمینه‌ساز افسردگی و اضطراب است. جایگزین کردن آن‌ها با افکار منطقی که در جلسات چهارم و پنجم آموزش داده می‌شود، نقش مهمی در کاهش افسردگی دارد.

آموزش مهارت‌های مقابله‌ای (جلسات ششم و هفتم) به عنوان یکی دیگر از فنون مدیریت استرس افراد را قادر به مقابله سازگارانه می‌کند، طی آن افراد می‌آموزند که به جای درماندگی، انفعال و نشخوار فکری، به افزایش توانمندی‌های خود و کاهش ملزومات موقعیت استرس‌زا روی آورند که راه‌بردی مؤثرتر و کارآمدتر در برابر استرس ناشی از شرایط اقتصادی اجتماعی و روانی زنان سرپرست خانوار است (۳۷).

در برنامه آموزش مدیریت شناختی- رفتاری استرس، مهارت‌هایی از قبیل آرمیدگی، بازسازی شناختی، مهارت‌های مقابله‌ای، ابرازگری و مدیریت خشم آموزش داده می‌شود. مهارت‌های فوق‌افزایش حس کنترل، خودکارآمدی، عزت نفس و مقابله سازگارانه می‌شود که خود بر کاهش اضطراب، افسردگی و ارتقای کیفیت زندگی افراد مؤثر است (۱۲).

به طور خلاصه می‌توان گفت که در برنامه مدیریت استرس مهارت‌های آرمیدگی، تنفس دیافراگمی، آرامش عضلانی، مراقبه، شناسایی افکار خودکار منفی و تحریف‌های شناختی، جایگزین کردن افکار منطقی، آموزش مقابله کارآمد، مدیریت خشم و ابرازگری آموزش داده می‌شود. در نهایت، این آموزش‌ها موجب افزایش احساس کنترل، خودکارآمدی، عزت نفس، سازگاری و حمایت اجتماعی می‌شود و مجموعه این عوامل زمینه کاهش اضطراب، افسردگی و انزوای اجتماعی را فراهم می‌آورد.

References

1. Coyne G. An investigation of coping skills and quality of life among single sole supporting mothers. *International Journal of Anthropology* 2003; 18(3): 127-38.
2. Khosravi Z. Psychosocial impairment of head-families women. *Journal of Human Sciences of Al Zahra University* 2001; 11(39): 71-94. [In Persian].
3. Frozan S, Biglarian A. Female Household Headship, opportunities and challenges. *Journal of Women*. 2003; 5: 34-39. [In Persian].
4. Nazoktabar H, Vaisi R. Social, cultural and economic status of head-families women in mazandaran. *Social Welfare Quarterly* 2008; 7(11): 95-114. [In Persian].
5. Hosaini S, Forozan S, Amir Fariar M. Mental health of welfare organization head-families women in Tehran. *Journal of Social Research* 2009; 2(3): 119-39. [In Persian].
6. Chant SH, Campling J. *Women-headed households: Diversity and dynamics in the developing world*. Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan; 1997.
7. Habib TZ. Socio-psychological status of female heads of households in Rajshahi City, Bangladesh. *Online Journal of Anthropology* 2010; 6(2): 172-86.
8. Lipman EL, Boyle MH. Social support and education groups for single mothers: a randomized controlled trial of a community-based program. *CMAJ* 2005; 173(12): 1451-6.
9. Kvarme LG, Haraldstad K, Helseth S, Sorum R, Natvig GK. Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12-13 year-old school children: a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7: 85.
10. Mullins LL, Wolfe-Christensen C, Chaney JM, Elkin TD, Wiener L, Hullmann SE, et al. The relationship between single-parent status and parenting capacities in mothers of youth with chronic health conditions: the mediating role of income. *J Pediatr Psychol* 2011; 36(3): 249-57.
11. Sum KL. *The stress, social support and psychosocial well-being of single parent mothers* [Thesis]. The University of Hong Kong, China; 1996.
12. Antoni MH, Ironson G, Schneiderman N. *Cognitive-behavioral stress management for individuals living with HIV: Facilitator guide*. 1st ed. Oxford, NY: Oxford University Press; 2007.
13. Ashktorab T, Dadgari A, Ranjbar F. Effect of group cognitive-behavioral therapy on depression. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci* 2010; 18(4): 299-306. [In Persian].
14. Kusch FR, Fleming LM. An innovative approach to short-term group cognitive therapy in the combined treatment of anxiety and depression. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 2000; 4(2): 176-83.
15. Cosio D, Jin L, Siddique J, Mohr DC. The effect of telephone-administered cognitive-behavioral therapy on quality of life among patients with multiple sclerosis. *Ann Behav Med* 2011; 41(2): 227-34.
16. van KK, Moss-Morris R, Willoughby E, Chalder T, Johnson MH, Robinson E. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for multiple sclerosis fatigue. *Psychosom Med* 2008; 70(2): 205-13.
17. Ansari F, Molavi H, Neshatdoost HT. Effect of stress inoculation training on general health of hypertensive patients. *Psychological Research* 2009; 2(3): 81-96.
18. Amigo I, Buceta JM, Becona E, Bueno AM. Cognitive behavioural treatment for essential hypertension: A controlled study. *Stress Medicine* 1991; 7(2): 103-8.
19. Boyer BA, Paharia MI. *Comprehensive handbook of clinical health psychology*. 1st ed. New Jersey, NJ: Wiley; 2007.
20. Edimansyah B, Rusli B, Naing L. Effects of short duration stress management training on self-perceived depression, anxiety and stress in male automotive assembly workers: a quasi-experimental study. *J Occup Med Toxicol* 2008; 3: 28.
21. Dehghani F, Neshat-Doust HT, Molavi H, Nilforoushadeh. The effect of cognitive- behavioral stress management therapy on depression and anxiety of females with alopecia areata. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 1(2): 1-9. [In Persian].
22. Carter J, Applegarth L, Josephs L, Grill E, Baser RE, Rosenwaks Z. A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertil Steril* 2011; 95(2): 711-6.
23. 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.

24. House SH. Epigenetics in adaptive evolution and development: the interplay between evolving species and epigenetic mechanisms. In: Tollefsbol T, Editor. Handbook of epigenetics: The new molecular and medical genetics. New York, NY: Academic Press; 2010. p. 425-45.
25. Van Tilburg MAL, Vingerhoets JJM, Van Heck GL. Determinants of homesickness chronicity coping and personality. Personality and Individual Differences 1999; 27(3): 531-9.
26. Vliet AJ. Homesickness: Antecedents, consequences and mediating processes. Wageningen, Netherlands: Ponsen & Looijen; 2001.
27. Senn S. Testing for baseline balance in clinical trials. Stat Med 1994; 13(17): 1715-26.
28. Kirk RE. Experimental design; procedures for the behavioral sciences. 2nd ed. Monterey, CA: Brooks/Cole Pub; 1982.
29. Bonate PL. Analysis of pretest-posttest designs. 1st ed. Boca Raton, FL: Chapman and Hall/CRC; 2000.
30. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther 1995; 33(3): 335-43.
31. Samani S, Jokar B. Reliability and validity of a short scale of depression, anxiety and stress. Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University 2007; 26(3): 65-76. [In Persian].
32. Chen TH, Lu RB, Chang AJ, Chu DM, Chou KR. The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. Arch Psychiatr Nurs 2006; 20(1): 3-11.
33. McCraty R, Atkinson M, Tomasino D. Impact of a workplace stress reduction program on blood pressure and emotional health in hypertensive employees. J Altern Complement Med 2003; 9(3): 355-69.
34. Davies SJ, Jackson PR, Potokar J, Nutt DJ. Treatment of anxiety and depressive disorders in patients with cardiovascular disease. BMJ 2004; 328(7445): 939-43.
35. Cappeliez P. Presentation of depression and response to group cognitive therapy with older patients. Journal of Clinical Gerontology 2000; 6(3): 165-74.
36. Walton KG, Schneider RH, Salerno JW, Nidich SI. Psychosocial stress and cardiovascular disease. Part 3: Clinical and policy implications of research on the transcendental meditation program. Behav Med 2005; 30(4): 173-83.
37. Bartley CE, Roesch SC. Coping with daily stress: The role of conscientiousness. Personality and Individual Differences 2011; 50(1): 79-83.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

Effectiveness of cognitive-behavioral management of stress on reducing anxiety, stress, and depression in head-families women

Mojtaba Habibi¹, Nikzad Ghanbari², Ebrahim Khodaei³, Parasto Ghanbari⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: The present study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral stress management on reducing anxiety, stress, and depression symptoms in head-family women under the coverage of Imam Khomeini's Relief Committee.

Methods and Materials: Forty subjects were selected using simple random sampling method and assigned into experimental and control groups. With a pre-test and post-test control group design, the subjects in the intervention group underwent 10 sessions of cognitive-behavioral stress management training, but the control group did not. Both groups were evaluated using depression, anxiety, and stress scale in two assessment phases, and data were analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Findings: Findings showed that there was no statistically significant difference between the two groups in pretest phase, but cognitive-behavioral stress management training, significantly decreased depression, anxiety, and stress scores in the experimental group.

Conclusions: The cognitive behavioral stress management training could be an intervention program in target groups and general population under the coverage of Imam Khomeini's Relief Committee counseling centers, and with reducing depression, anxiety, and stress symptoms led to reduction in client's problems and enhancing productivity.

Keywords: Stress management, Cognitive-behavioral management, Head-family women

Citation: Habibi M, Ghanbari N, Khodaei E, Ghanbari P. Effectiveness of cognitive-behavioral management of stress on reducing anxiety, stress, and depression in head-families women. J Res Behav Sci 2013; 11(3): 166-75

Received: 09.02.2013

Accepted: 01.07.2013

1- Assistant Professor, Family Research Center, The University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran (Corresponding Author)
Email: mo_habibi@sbu.ac.ir

2- Department of Psychology, The University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Curriculum Development and Instruction Methodologies, School of Psychology and Education, Tehran, Iran

4- Department of Woman Studies, The University of Alzahra, Tehran, Iran