

# اثربخشی مداخله گروهی شناختی رفتاری مدیریت استرس بر افزایش سرسختی و خودکنترلی زنان افسرده

الهام آب نیکی<sup>۱</sup>، عباس ابوالقاسمی<sup>۲</sup>، معصومه عباسی<sup>۳</sup>، رقیه معزز<sup>۴</sup>، راضیه جلالی<sup>۵</sup>

تاریخ وصول: ۹۴/۰۲/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۵/۲۴

## چکیده

هدف این پژوهش، تعیین تأثیر مداخله گروهی شناختی رفتاری مدیریت استرس بر افزایش سرسختی و خودکنترلی زنان افسرده بود. این پژوهش به شیوه آزمایشی و با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن متأهل مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بودند. نمونه پژوهش ۳۰ بیمار افسرده بود که از میان مراجعه کنندگان شناسایی و به دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. برای جمع آوری داده‌ها از مقیاس سرسختی، مقیاس خودکنترلی، مقیاس استرس ادراک شده و پرسشنامه افسردگی استفاده گردید. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که مداخله گروهی شناختی رفتاری مدیریت استرس برافزایش سرسختی و خودکنترلی و کاهش افسردگی مؤثر بوده است ( $P < 0/001$ ). با توجه به یافته‌های پژوهش، مداخله گروهی شناختی رفتاری مدیریت استرس روش مؤثری برای ارتقاء سرسختی و خودکنترلی زنان افسرده است.

**واژگان کلیدی:** مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس، افسردگی، سرسختی، خودکنترلی

## مقدمه

افسردگی یک مشکل عمده سلامت عمومی است که براساس مطالعه انجام شده در دانشکده بهداشت عمومی دانشگاه هاروارد سازمان بهداشت جهانی یک علت پیشرو برای ناتوانی و

۱. نویسنده رابط: دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی eabniki@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

۳. دکتری پزشکی عمومی، کارشناس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۴. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

۵. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

از کارافتادگی در جهان است و انتظار می‌رود در سال ۲۰۲۰، به دومین علت پیشرو و برجسته ناتوانی و از کارافتادگی بدون دخالت هر بیماری قلبی عروقی تبدیل شود (کوینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). افسردگی یکی از اختلالات روانی است که بر اساس چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی با علائمی 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 تکرارشونده در مورد مرگ ظاهر می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). اختلال افسردگی با شیوع و بروز گسترده‌ای با حدود ۲۵-۱۰ درصد برای زنان و ۱۲-۵ درصد برای مردان در طول عمر به‌عنوان سرماخوردگی روانی از سال‌ها پیش به خود اختصاص داده است (سادوک و سادوک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). این در حالی است که آمار موجود حاکی از افزایش روزافزون مبتلایان به این بیماری است. پژوهش‌های بالینی نشان می‌دهد، زمانی که افسردگی در فرد تثبیت می‌شود عواملی چون مهارت‌های اجتماعی ضعیف، واکنش افراطی به فقدان و ارتباطات معیوب به‌عنوان نگهدارنده ایفای نقش می‌نمایند. به این ترتیب فرد افسرده بیشتر احساس طردشدگی و انزوا می‌کند و محرک‌های استرس‌زای محیطی نیز بر وخامت اوضاع می‌افزاید (باتیا و باتیا<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹؛ به نقل از عباسیان، نجیمی، قاسمی، افشار و مفتاح، ۱۳۹۱).

از جمله متغیرهای که احتمال می‌رود در افراد مبتلا به افسردگی پایین باشد سرسختی<sup>۵</sup> است. کوباسا<sup>۶</sup> (۱۹۷۹؛ کوباسا، مدی و پاکتی<sup>۷</sup>، ۱۹۸۲) سرسختی را به‌عنوان سازه‌ای متشکل از سه مؤلفه به هم وابسته شامل تعهد، کنترل و مبارزه‌طلبی معرفی کردند. این سازه هنگام مواجه فرد با شرایط و حوادث استرس‌زا بر تفسیرها و برداشت‌های او برای سازش بهتر تأثیر می‌گذارند. مؤلفه تعهد به باور فرد نسبت به اهمیت، ارزش و معناداری فعالیت‌ها و امور زندگی اطلاق می‌شود؛ مؤلفه کنترل تعیین‌کننده این باور است که تغییرات زندگی قابل

- 
1. Koenig
  2. American Psychiatric Association
  3. Sadock&Sadock
  4. Bhatia & Bhatia
  5. Hardiness
  6. Kobasa
  7. Maddi & Puccetti

پیش‌بینی و کنترل‌پذیر هستند؛ و مؤلفه مبارزه‌طلبی بیان‌کننده این باور است که تغییرات زندگی واقعیت‌هایی معمول هستند و به منزل موقعیت‌ها و آوردگاه‌هایی برای مبارزه تلقی می‌شوند نه تهدید (کوباسا، ۱۹۷۹). این باورها می‌توانند نقش حفاظتی داشته باشند زیرا ویژگی استرس‌زایی یک حادثه را کاهش می‌دهند و در نتیجه تأثیر عامل استرس‌زا بر سلامت روانی را تحلیل می‌برند (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۲). پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه سرسختی طی دو دهه گذشته توانسته‌اند فرضیه کوباسا را در خصوص تأثیر مثبت این سازه بر بهزیستی افراد در مواجهه با حوادث استرس‌زای زندگی را تأیید کنند (بلانی و گانلن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰). لی<sup>۲</sup> (۱۹۹۱؛ به نقل از نیسی، شهنی بیلاق و فراشبندی، ۱۳۸۴) در مطالعه خود دریافتند که سرسختی روان‌شناختی با سازگاری بلندمدت روانی اجتماعی بیماران رابطه مثبت دارد. تحقیقات نشان می‌دهند که منابع شخصی مثل سرسختی روان‌شناختی در غلبه بر فشار روانی (هاماما و سولومون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶) و پیش‌بینی سلامت روان در استرس‌های واقعی زندگی (نریا، استین، متز، کوئنن، لوینوسکی، زاکیل و دکل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱) مؤثر هست. نتایج پژوهشی نشان می‌دهد مدیریت بهتر استرس باعث می‌شود که افراد در زندگی خود تعهد، چالش و کنترل بیشتری اعمال کنند (گادفری<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴).

نتایج پژوهشی حاکی است که افراد با سرسختی روان‌شناختی بالا در مقایسه با افراد با سرسختی روان‌شناختی پایین مدیریت بهتری در شرایط فشارزا دارند و از استراتژی‌های مقابله‌ای مثبت‌تری استفاده می‌نمایند (بشارت، ۲۰۰۷) و سبک مقابله‌ای آن‌ها کارآمدتر می‌باشد (دلاهایج، گایلارد و وندام<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰).

یکی دیگر از عواملی که احتمال می‌رود در افراد افسرده پایین باشد، خودکنترلی<sup>۷</sup> است. خودکنترلی عبارت است از تعارض درون فردی بین عقل و هوس، بین شناخت و انگیزه و

- 
1. Blaney&Ganellen
  2. lee
  3. Hamama& Solomon
  4. Neria, Steinmetz, koenen, Levinovsky, Zakin &Dekel
  5. Godfrey
  6. Delahajj, Gaillard & Vandam
  7. Self control

بین برنامه‌ریزی درونی و عمل‌کننده درونی (راچلین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). نتایج تحقیقات حاکی است که بین مشکلات روانی و خودکنترلی رابطه منفی وجود دارد؛ درواقع افرادی که دارای مشکلات روانی می‌باشند سطح خودکنترلی پایین‌تری دارند و بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر قرار می‌گیرند (آدابرادوتیر و رافسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ ساسمن، دنت و لیو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ الله وردی پور، شفیع، آزادفلاح و امامی، ۲۰۰۶).

درمان‌های شناختی رفتاری، به‌خصوص در درمان افسردگی مؤثر بوده است؛ چراکه این درمان با تمرکز بر افکار و اعتقادات ناسازگار که باعث آغاز و حفظ افسردگی می‌شوند، باعث بهبودی افسردگی می‌شود (کوینگ، ۲۰۱۲). با توجه به آنچه که گفته شد به نظر می‌رسد آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بتواند تأثیر مطلوب بر شاخص‌های مذکورگذاشته و به‌عنوان راهکاری برای کنترل بهتر بیماری و کاهش و پیشگیری از مشکلات و عوارض جسمی و روانی-اجتماعی این اختلال سودمند باشد. درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس به خانواده‌ای از درمان‌های مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی-رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس، توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش می‌دهد. این فن‌ها بسیار متنوع هستند و می‌تواند شامل برخی روش‌های رفتاری (مثل آرامسازی، مراقبه و حساسیت‌زدایی منظم)، یا روش‌های شناختی-رفتاری (مثل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش جرأت‌ورزی، ثبت افکار و بازسازی شناختی، مدیریت زمان و مباحث آموزشی و استدلالی) باشد (لیندن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

دریر، لیوت، فلچر و سوآنسون<sup>۵</sup> (۲۰۰۵)، در تحقیقات خود نشان داده آموزش مهارت حل مسئله باعث کاهش رفتارهای ضداجتماعی و پرخاشگری، افزایش کنترل خود، افزایش سطح سلامت روانی و رضایت از زندگی می‌شود. نتایج پژوهشی حاکی از اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری بر بهبودی این اختلال بوده است (نصرآبادی یعقوبی، عاطف و

- 
1. Rachline
  2. Adabjaradottir and rafnsson
  3. Sussman, Dent & Leu
  4. Linden
  5. Dreer, Elliott, Fletcher & Swanson

احمد زاده، ۱۳۸۲؛ کیمیایی، شفیع آبادی، دلاور و صاحبی، ۱۳۸۵؛ آقایی، عابدی و جمالی پاقلعه، ۱۳۹۱). همچنین نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که مداخله‌های شناختی- رفتاری بر باورهای خودکارآمدی تأثیر دارد و باعث افزایش آن می‌شود (رمزای و روستاین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ نیجمی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

مطالعات مختلف نشان داده است که آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، حل مسأله، ابراز وجود و کنترل هیجانی مانند تکنیک آرام‌سازی و کنترل خشم در درمان افسردگی نقش مهمی دارند (آلبری، ویسانی، آفیدانی، اوتولانی و روینی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). در بررسی فراتحلیل دیگری نیز روی نوجوانان میزان اثر درمان‌های شناختی- رفتاری، در حد متوسط بیان شد (کلین، راجل، جاکوبس و مارک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). کلارک و بک<sup>۵</sup> (۲۰۰۹) به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی شناختی در درمان افسردگی نقش مؤثر دارد؛ اما دو بررسی فراتحلیل میزان تأثیر درمان‌های شناختی- رفتاری درمان‌های روان‌شناختی بر نشانه‌های افسردگی، در حد پایین گزارش شد (دیمت، دیکر، اسچوورز و جانگی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷؛ وان استارتن، گریدیس، وردونک دی لیو، اندرسون و سوچیپرز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰).

عباسیان و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مدیریت استرس بر اساس راهبردهای شناختی- رفتاری به بیماران مبتلا به افسردگی، با افزایش توانایی بیماران در برخورد با رویدادهای استرس‌زای زندگی ضمن کاهش فشار روانی سبب بهبود علائم افسردگی شده است.

با توجه به شیوع اختلال افسردگی که ۷۵ درصد موارد بستری در بیمارستان‌های روانی را تشکیل می‌دهد (هاوتون و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از نصرآبادی یعقوبی و همکاران، ۱۳۸۲)، احتمال ابتلا بیشتر زنان به افسردگی نسبت به مردان (کاویانی و همکاران، ۱۳۸۱؛ به نقل از آقائی و همکاران، ۱۳۹۱)، تأثیر منفی این اختلال بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد،

1. Ramsay & Rostain
2. Nijmei
3. Albieri, Visani, Offidani, Ottolini&Ruini
4. Klein,Rachel, Jacobs & mark
5. Calark & Beck
6. deMaat, Dekker, Schoevers& de Jonghe
7. Van Starten, Geraedts, Verdonck-de leeuw, Anderson & Cuijpers

فقدان پژوهش در مورد اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری مدیریت استرس بر سرسختی و خودکنترلی، استفاده از نتایج این پژوهش در محیط‌های درمانی و مشاوره‌ای و فراهم‌سازی زمینه‌ای برای تحقیقات بعدی، انجام این پژوهش ضروری است. این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا مداخله گروهی شناختی-رفتاری مدیریت استرس بر سرسختی و خودکنترلی افراد افسرده مؤثر هست؟

### روش پژوهش

این پژوهش به شیوه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن متأهل ۵۰-۲۵ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی در شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این ترتیب که ۳۰ بیمار افسرده، از میان بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی که دارای نمره بالا در پرسشنامه افسردگی بودند از طریق مصاحبه بالینی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

۱- **مصاحبه بالینی:** نوعی مصاحبه تشخیصی که در آن درمانگر سؤالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این پژوهش به منظور تشخیص افسردگی، بر اساس معیارهای DSM-IV-TR مصاحبه تشخیصی ساخت‌یافته توسط پژوهشگر انجام شد.

۲ **مقیاس سرسختی:** این مقیاس اولین نسخه آن در سال ۱۹۸۴ توسط کوباسا و همکارانش طراحی و هنجاریابی شده است و در سال ۱۳۷۲ توسط قربانی به فارسی ترجمه شده و روایی صوری و محتوایی آن تأیید شده است. این مقیاس دارای ۵۰ آیتم است و سه مؤلفه تعهد (سؤالات ۱، ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۷، ۲۰، ۲۳، ۲۶، ۲۹، ۳۲، ۳۸، ۳۹، ۴۱، ۴۴، ۴۷ و ۵۰)، کنترل (سؤالات ۳، ۴، ۵، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۹، ۲۲، ۲۵، ۲۸، ۳۱، ۳۴، ۳۵، ۴۲، ۴۵ و ۴۸) و مبارزه‌جویی (سؤالات ۲، ۶، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۲۱، ۲۴، ۲۷، ۳۰، ۳۳، ۳۶، ۳۷، ۴۰، ۴۳، ۴۶ و ۴۹) بر اساس مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای از نمره صفر (اصلاً درست نیست) تا ۳ (کاملاً درست است) می‌سنجد. نمرات ۳۹ ماده از آزمون (مواد ۶ تا ۲۱ و ۲۸ تا ۵۰) به صورت وارونه در نظر گرفته می‌شوند. بیگی فرد (۱۳۷۸؛ به نقل از ایزدی طامه، ۱۳۸۹) با استفاده از آلفای

کروناخ اعتبار علمی پرسشنامه را برای مؤلفه‌های تعهد ۰/۸۲، کنترل ۰/۷۱ و چالش ۰/۵۶ به دست آورد و ضریب آلفای کروناخ کل آن ۰/۸۸ محاسبه شده است. مجیدیان (۱۳۸۳) به نقل از علیپور، صحرائیان، علی اکبری و حاجی آقابابائی، (۱۳۹۰) پایایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۵ گزارش کردند.

**۳- مقیاس تجدیدنظر شده خودکنترلی:** برای سنجش خودکنترلی از مقیاس خودکنترلی گراسمیک<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۳) استفاده شد این مقیاس، در اصل یک پرسشنامه ۲۴ ماده‌ای است که برای سنجش وضعیت خودکنترلی فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. پاسخ‌دهنده بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (۱=کاملاً موافق، ۷=کاملاً مخالف) به گویه‌های آن پاسخ می‌دهد. اسپنسر<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) ضریب همسانی درونی آن را با کاربرد روش آلفای کروناخ، ۰/۹۲ گزارش نموده است. الله وردی و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش بر روی دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران ضریب آلفای آن را ۰/۸۰ را به دست آورده‌اند.

**۴- مقیاس استرس ادراک شده:** این مقیاس توسط کوهن کامراک و ملمرستیک<sup>۳</sup> در سال ۱۹۸۳ ساخته شده است. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود. مقیاس استرس ادراک شده دو خرده مقیاس ادراک منفی از استرس و ادراک مثبت از استرس را می‌سنجد. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کروناخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمده است و دو عامل ۵۳/۲ درصد واریانس را تبیین کردند. در پژوهش میمورا و گریفیتس<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) ضریب آلفای کروناخ عامل اول ۰/۷۳ و عامل دوم ۰/۸۵ بود. صفایی و شکری (۱۳۹۳) در پژوهش خود ضریب همسانی درونی این مقیاس را ۰/۷۶ گزارش کردند و روایی محتوا و تطابق فرهنگی این مقیاس را نیز تأیید کردند. بهروزی، شهنی بیلاق و پورسپید (۱۳۹۱) در پژوهش خود ضرایب روایی سازه این پرسشنامه با استفاده

- 
1. Grasmick
  2. Spencer
  3. Cohen, Kamarck & Mermelstein
  4. Mimura & Griffiths

از محاسبه همبستگی ساده با یک سؤال ملاک محقق ساخته ۰/۶۳ محاسبه کردند که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود.

**۵- پرسشنامه افسردگی بک:** یک پرسشنامه ۲۱ قسمتی است که نشانه‌های تعریف‌شده افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، کناره‌گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (جوهری فرد، ۱۳۸۴). همه پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل فرد از راه جمع تمامی پرسش‌ها، دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ به دست می‌آید. پایایی این پرسشنامه را از راه ضریب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی به دست آمده از روش تصنیف بر اساس پرسش‌های زوج و فرد، برابر ۰/۷۰ گزارش شده است (کاظمی، ۱۳۸۲؛ به نقل از جوهری فرد، ۱۳۸۴).

**روش اجرای پژوهش:** با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از افراد مراجعه‌کننده به کلینیک روانپزشکی، رضایت آن‌ها جهت شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس آزمون افسردگی توسط افراد نمونه تحقیق تکمیل شد و آزمودنی‌های دارای نمره بالا در پرسشنامه افسردگی شناسایی و مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. سپس بیماران افسرده به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ضمن توجه آزمودنی‌ها و بیان اهداف پژوهش، از آزمودنی‌ها درخواست شد تا در دوره درمان این اختلال شرکت نمایند. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش-آزمون قرار گرفتند و از آن‌ها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نمایند. گروه آزمایش تحت مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس قرار گرفت. مدت جلسات درمانی شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه بود و به صورت گروهی و در هفته یک‌بار اجرا می‌گردید. کارگاه مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس به صورت طراحی شده است که سه عامل دانش، نگرش و مهارت، هر سه در فعالیت‌های کارگاهی مورد توجه قرار گیرند و روی آن‌ها کار شود. اصول برگزاری این کارگاه همانند سایر کارگاه‌های ارتقا بهداشت روانی مبتنی بر نظریه یادگیری فعال بزرگسالان است. در این پژوهش آموزش شناختی رفتاری مدیریت استرس در ۱۲ جلسه به صورت زیر آموزش داده شد:



جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط، اهداف کارگاه، مفهوم‌سازی مشکل (تعریف استرس)

جلسه دوم: آشنایی با علائم جسمانی، روانی، رفتاری استرس و اضطراب، تقویت رابطه مبتنی بر همکاری

جلسه سوم: بحث و بررسی مشکلات ناشی از استرس و اضطراب در زندگی روزمره، آموزش شیوه‌های مقابله با استرس

جلسه چهارم: بحث و بررسی در مورد شیوه‌های مقابله با استرس، آموزش و تمرین فن آرام بخشی عضلات

جلسه پنجم: شناسایی افکار خود آیند منفی، خطاهای شناختی و مرور تکالیف جلسه قبل

جلسه ششم: بحث و بررسی در مورد افکار خود آیند منفی و آموزش چگونگی توقف فکر و جایگزین کردن افکار خود آیند مثبت به جای افکار منفی

جلسه هفتم: بحث و بررسی در مورد فن توقف فکر (ولپی) و به خود دستور دادن (مایکنبام)، آموزش بازسازی شناختی

جلسه هشتم: بحث و بررسی در مورد مطالب بازسازی شناختی، آموزش مدیریت خود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها

جلسه نهم: آموزش شیوه حل مسأله و تمرین آن در جلسه.

جلسه دهم: مرور آموزش‌های شیوه‌های حل مسأله، آموزش مدیریت خشم و بحث و نتیجه‌گیری مطالب ارائه شده

جلسه یازدهم: آموزش مهارت ابراز وجود و قاطعیت به صورت تئوری و عملی

جلسه دوازدهم: جمع‌بندی مطالب مربوط به جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون

در این مطالعه، برنامه مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس به استناد به راهنمایی آموزش کارگاهی مدیریت استرس فتی و همکاران ۱۳۸۷ می‌باشد.

در طی این جلسات گروه کنترل تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت. پس از اتمام دوره آموزش از گروه تحت درمان و گروه کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های جمع‌آوری شده با روش آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته‌ها پژوهش

میانگین و (انحراف معیار) سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۲۹/۸ (و ۶/۰۲) بود، به طوری که میانگین (انحراف معیار) سن در گروه آزمایش ۳۰/۶۶ (و ۷/۳۸) و در گروه کنترل ۲۸/۹۳ (و ۴/۳۵) بود.

همچنین ۵۳/۳ درصد (۸ نفر) از بیماران گروه آزمایش تحصیلات دیپلم، ۴۰ درصد (۶ نفر) لیسانس و ۶/۷ درصد (۱ نفر) دکترا بودند و ۴۰ درصد (۶ نفر) از بیماران گروه کنترل تحصیلات دیپلم، ۶/۷ درصد (۱ نفر) فوق‌دیپلم، ۴۰ درصد (۶ نفر) لیسانس و ۱۳/۳ درصد (۲ نفر) دارای تحصیلات فوق‌لیسانس بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های کنترل و

## آزمایش

متغیر	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار
سرسختی	۱۲/۸۶	۴۶/۴۰	۱۰/۲۷	۵۴/۶۰
خودکنترلی	۳/۵۰	۲۴/۵۳	۳/۵۴	۲۸/۰۶
استرس				
ادراک‌شده	۲/۹۷	۲۰/۵۳	۲/۴۷	۱۹/۸۰
منفی				
استرس				
ادراک‌شده	۲/۹۹	۷/۷۳	۳/۴۵	۸/۳۳
مثبت				
افسردگی	۵/۱۱	۴۸/۳۳	۴/۲۹	۴۵/۴۶

در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماران افسرده و گروه کنترل در متغیرهای سرسختی؛ خودکنترلی و استرس ادراک‌شده ارائه شده است. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون لون استفاده شد. بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها،

شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های مورد مطالعه معنی‌دار می‌باشد ( $F=۱/۳۴$ ،  $P<۰/۰۰۱$ )،  $F=۰/۰۳۵$  (لامبدای ویلکز). آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) برای مقایسه تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون نمرات متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P
سرسختی	۲۵۵۲۰/۸۳	۱	۲۵۵۲۰/۸۳	۱۴۱/۳۷	۰/۰۰۱
خودکنترلی	۱۱۱۶/۳۰	۱	۱۱۱۶/۳۰	۷۲/۱۷	۰/۰۰۱
استرس ادراک‌شده منفی	۸۷۴/۸۰	۱	۸۷۴/۸۰	۱۱۰/۱۴	۰/۰۰۱
استرس ادراک‌شده مثبت	۱۶۵۷/۶۳	۱	۱۶۵۷/۶۳	۱۲۳/۷۵	۰/۰۰۱
افسردگی	۱۲۰۸۰/۱۳	۱	۱۲۰۸۰/۱۳	۲۶۴/۰۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات سرسختی ( $F=۱۴۱/۳۷$ )، خودکنترلی ( $F=۷۲/۱۷$ )، استرس ادراک‌شده منفی ( $F=۱۱۰/۱۴$ )، استرس ادراک‌شده مثبت ( $F=۱۲۳/۷۵$ ) و افسردگی ( $F=۲۶۴/۰۳$ ) بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $P<۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر، این یافته بیانگر افزایش سرسختی، خودکنترلی و استرس ادراک‌شده مثبت کاهش استرس ادراک‌شده منفی و افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل هست.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مطالعه اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر افزایش سرسختی و خودکنترلی و کاهش افسردگی زنان متأهل افسرده بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر افزایش سرسختی بیماران افسرده تأثیر معنی‌داری دارد. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر (برای مثال گادفری، ۲۰۰۴؛ دلاهایج و همکاران، ۲۰۱۰) مبنی بر اثربخش بودن مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر افزایش سرسختی در بیماران افسرده هست. با توجه به

اینکه از لحاظ روان‌پویایی، سرسختی یکی از عناصر شخصیت است که همه افراد به درجاتی از آن برخوردارند و همچون سایر ساختارها یا صفات شخصیتی همواره در حال تغییر و تحول هست (حسن‌شاهی و دارایی، ۱۳۸۴)، می‌توان این احتمال را داد که این درمان از طریق کاهش افسردگی باعث افزایش سرسختی نیز خواهد شد.

از طرف دیگر در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری با تمرکز بر مؤلفه‌های تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی باعث افزایش سرسختی می‌شود. در واقع این درمان با ایجاد ارزیابی‌های واقع‌بینانه و شناخت مناسب سبب می‌شود که فرد روش‌های مقابله مطلوبی را در جهت رفع یا مهار عامل استرس‌زا استفاده نمایند. در واقع این درمان با تغییر شناخت فرد نسبت به خود و توانایی‌های خود باعث می‌شود که فرد احساس بیگانگی از خود را رها و احساس ارزشمند بودن داشته باشد و این به نوبه خود باعث افزایش احساس تعهد و مهار در فرد می‌شود. همچنین با آموزش راهبردهای مقابله‌ای مطلوب و جایگزین کردن راهبردهای مسئله‌مدار به جای هیجان‌مدار در بیماران افسرده سبب تلقی مبارزه‌جویی در آن‌ها می‌شود؛ به طوری که افراد مشکلات زندگی را میدانی برای مبارزه و رشد تلقی کنند و در برابر رویدادها حالت درماندگی و تسلیم‌نشانند ندهند (حسن‌شاهی و دارایی، ۱۳۸۴). نتایج پژوهشی نیز نشان می‌دهد که چنانچه استرس مدیریت شود و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر فراهم شود، فرد قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش‌های زندگی خود به شیوه بهتری کنار آید و در زندگی خود تعهد، چالش و کنترل بیشتری اعمال می‌کند (گادفری، ۲۰۰۴).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر افزایش خودکنترلی در بیماران افسرده تأثیر معنی‌داری دارد. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر (برای مثال دریر و همکاران، ۲۰۰۵؛ نیجمی، ۲۰۰۸؛ رمزای و روزت‌امین، ۲۰۰۷؛ آلبری و همکاران، ۲۰۰۹) مبنی بر اثربخش بودن مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر افزایش خودکنترلی در بیماران افسرده هست. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری با آموزش صحیح راهبردهای مقابله‌ای سبب می‌شود که افراد حس کنترل درونی بالایی داشته باشند. به عبارت دیگر، حس کارآمدی و

کفایت بالا در این بیماران آن‌ها را به سوی خودکنترلی مناسب سوق می‌دهد. به‌طور کلی، این افراد با تکیه بر احساس کارآمدی و کفایت کافی در کنترل موقعیت‌های استرس‌زا، بیماری را کنترل‌پذیر دانسته، اثرهای منفی عاطفی آن را کمتر برآورد می‌کنند (استانتون و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین احساس کنترل شخصی باعث اعتقاد به کفایت منابع درونی و بیرونی برای مقابله با الزام‌های بیماری می‌شود. کفایت منابع به‌نوبه خود باعث حس خود قوی و توانمند و خود هدایت‌گری می‌شود؛ بنابراین، این افراد از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر مانند خود آشکارسازی و جستجوی اطلاعات استفاده می‌کنند و به‌تبع آن، کمتر علائم آشفتگی عاطفی را نشان می‌دهند (اسچور و اسچور<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). آگاهی از استرس و آموزش راهبردهای مقابله با استرس، سازگاری افراد را بالا می‌برد و ارزیابی شناختی نقش شایان توجهی در این زمینه دارد (لازاروس و فولکمن<sup>۲</sup>، ۱۹۸۴).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر بهبود استرس ادراک‌شده در بیماران افسرده تأثیر معنی‌داری دارد. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر (برای مثال لیندن، ۲۰۰۵؛ آلبری و همکاران، ۲۰۰۹؛ عباسیان و همکاران، ۱۳۹۱) مبنی بر اثربخش بودن مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر بهبود استرس ادراک‌شده در بیماران افسرده هست. در تبیین این یافته باید به آموزش مدیریت توجه در این مداخله اشاره کرد. مدیریت توجه از دیگر علت‌های اثربخشی این روش آموزشی در کاهش علائم روانی و متابولیک هست. درواقع مدیریت توجه به همراه احساس ارزش و شایستگی فرد، باعث استفاده از راهبردهای مقابله‌ای می‌شود که تغییر موقعیت یا افزایش امکانات شخصی را هدف قرار می‌دهند (بشارت و شالچی، ۲۰۰۷). به‌طور کلی ادراک مثبت بیماری که با ادراک کنترل بر بیماری و علائم و عواطف توأم با آن همراه است، موجب عمل به اقدامات درمانی مناسب می‌شود که بهبودی حاصل از این امر خود به ادراک مثبت‌تر می‌انجامد (میجر، ساینیما، بیجسترا، ملنبرگ و والترز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲).

1. Schore & Schore
2. Lazarus & Folkman
3. Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh & Wolters

از آنجا که گستره وسیعی از رفتارها می‌تواند بر استرس تأثیر بگذارد، می‌توان با یادگیری مهارت‌های لازم، پیشروی بیماری را کنترل کرد (آندرس، کیگول، گلاسر و گلاسر، ۱۹۹۴) و با تغییر در سیستم ارزیابی فرد، سطح استرس ادراک شده او را تغییر داد (هولمز، ۱۹۷۶). بنابراین مدیریت استرس این امکان را به افراد و بیماران می‌دهد که با تغییر در سیستم ارزیابی خود سطح استرس ادراک شده آن‌ها کاهش و به دنبال آن با آسیب‌پذیری کمتری روبه‌رو شوند. انتظار می‌رود فردی که دارای ادراک مثبت نسبت به بیماری است، زمینه لازم برای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای تکلیف‌محور را داشته و سلامت روان بالاتر داشته باشد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کاهش افسردگی در بیماران افسرده تأثیر معنی‌داری دارد. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر (برای مثال کلارگ و بیگ، ۲۰۰۹؛ آلبری و همکاران، ۲۰۰۹؛ آقایی و همکاران، ۱۳۹۱؛ کوینگ، ۲۰۱۲) مبنی بر اثربخش بودن مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کاهش افسردگی در بیماران افسرده هست. در تبیین این یافته می‌توان گفت پژوهش‌های متعدد در حوزه روانشناسی سلامت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگار مانند مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی- رفتاری در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا و هیجانات منفی را عامل مهمی در شکل‌گیری سلامت جسمانی و روانی افراد نشان داده‌اند (هوس، ۲۰۱۱). بیماران افسرده از طریق فنون شناختی- رفتاری، رفتارهایی را برای بازسازی دوباره مسأله از نظر شناختی با موقعیت تنیدگی‌زا به کار می‌گیرند و از سلامت روان بالاتری برخوردار خواهند شد (هوس، ۲۰۱۱). نتایج فوق با در نظر گرفتن نقش راهکارهای شناختی و رفتاری به کاررفته قابل تبیین است. با استفاده از راهبردهای شناختی مدیریت استرس سعی می‌شود که افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده اضطراب و افسردگی شناسایی شوند، بیمار نسبت به نقش این افکار بینش یابد و با مشارکت سعی کند که افکار منطقی را جایگزین آن‌ها کند و با کمک راهبردهای رفتاری از جمله تن آرامی می‌توان اضطراب و پریشانی را در آن‌ها کاهش داد. در واقع یکی از دلایل این نتیجه به کاربرد روش‌های شناختی- رفتاری

1. Andersen, kiecol, Glaser & Glaser
2. Holes
3. House

مدیریت استرس همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی بازمی‌گردد که در جلسات درمانی به بیماران آموزش داده شد و اثربخشی آن در مورد اختلالات هیجانی نظیر افسردگی در پژوهش‌های پیشین به اثبات رسیده است (اون یونگ و چانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ پاریش و راسید<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶؛ راسمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸).

در تبیین دیگر، می‌توان به افزایش ارتباطات اجتماعی و در نهایت حمایت اجتماعی اشاره نمود که این بیماران در نتیجه این مداخله فرامی‌گیرند و از آن بهره‌مندی برنند؛ به دلیل خلق افسرده و تحریک‌پذیری زیاد، اغلب این بیماران از لحاظ روابط بین فردی مشکلات زیادی دارند و با افزایش ارتباطات و به دنبال آن حمایت‌های اجتماعی می‌توان علائم افسردگی و اضطراب را تا حد زیادی کاهش داد. لذا یکی از اهداف جلسات آموزش سبک ارتباطی صحیح، شجاعانه و توأم با ابراز وجود و کنترل خشم در نظر گرفته شد تا بیماران به برقراری روابط اجتماعی خوب و تقویت‌کننده تشویق شوند. شرکت در دوره آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، بازسازی شناخت‌ها و باورهای فرد و در نتیجه کاهش میزان استرس را به همراه خواهد داشت که این موضوع می‌تواند موجب کاهش افسردگی شود. محدود بودن جامعه به بیماران کلینیک روانپزشکی شهر تهران، عدم کنترل پیش‌آزمون و عدم انجام پیگیری جهت بررسی از جمله نکاتی است که می‌بایست در تعمیم‌پذیری نتایج به آن توجه کرد. لذا به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی با کنترل متغیرهای مربوط و انجام پژوهش‌ها بیشتر در این زمینه نتایج معتبرتری به دست آورند.

#### منابع

آقایی، الهام؛ عابدی، احمد؛ جمالی پاقله، سمیه. (۱۳۹۱). فراتحلیل اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر میزان نشانه‌های افسردگی (ایران ۱۳۸۹-۱۳۸۰). روانشناسی بالینی و شخصیت دو فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، سال ۱۹، شماره ۶، ص ۶۹-۸۰.

1. Eun-young, & Chang
2. Parish & Rasid
3. Rossman

ایزدی طامه، احمد. (۱۳۸۹). مقایسه تأثیر آموزش صبر، حل مسئله و ترکیبی (صبر و حل مسئله) بر مؤلفه‌های سخت رویی دانشجویان در یک دانشگاه نظامی. فصلنامه روانشناسی نظامی، سال اول، شماره ۳، ص ۷۲-۵۹.

بهروزی، ناصر؛ شهنی بیلاق، منیجه؛ پورسپید، سید مهدی. (۱۳۹۱). رابطه کمال‌گرایی، استرس ادراک‌شده و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی. راهبرد فرهنگ، شماره ۲۰، ص ۸۴-۱۰۲.

جوهری فرد، رضا. (۱۳۸۴). بررسی اثر درمان شناختی رفتاری گروهی در بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز.

حسن شاهی، محمد مهدی؛ دارایی، مریم. (۱۳۸۴). تأثیر راهبردهای مقابله با استرس بر سلامت روان دانشجویان: اثر تعدیل‌کننده سرسختی روان‌شناختی. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، شماره ۲۱، ص ۹۸-۷۷.

صفایی، مریم؛ شکری، امید. (۱۳۹۳). سنجش استرس در بیماران سرطانی: روایی عاملی مقیاس استرس ادراک‌شده در ایران. مجله روان‌پرستاری، دوره ۲، شماره ۱، ص ۲۲-۱۳.

عباسیان، فرحزاد؛ نجیمی، آرش؛ قاسمی، غلامرضا؛ افشار، حمید؛ مفتاح، سید داود. (۱۳۹۱). اثربخشی راهبردهای شناختی-رفتاری آموزش مدیریت استرس در زنان مبتلابه اختلال افسردگی. مجله تحقیقات نظام سلامت، سال ۸، شماره ۶، ص ۱۰۵۰-۱۰۵۷.

علی پور، احمد؛ صحرائیان، محمدعلی؛ علی‌اکبری، مهناز؛ حاجی آقابابائی، مرضیه. (۱۳۹۰). ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سخت رویی با سلامت روان و وضعیت ناتوانی در زنان مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، دوره ۱، شماره ۳، ص ۱۱۰-۱۳۳.

کیمیایی، علی؛ شفیق‌آبادی، عبدالله؛ دلاور، علی؛ صاحبی، علی. (۱۳۸۵). بررسی و مقایسه تأثیر شناخت درمانگری بک با شناخت درمانگری تیزدل و تلفیق آن با نرمش‌های یوگا



در درمان افسردگی اساسی. مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی، دوره ۷، شماره ۲، ص ۸۸-۱۱۳.

نصرآبادی یعقوبی، محمد؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ احمدزاده، غلامحسین. (۱۳۸۲). تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه اختلال خلقی. مجله اندیشه و رفتار، سال ۹، شماره ۲.

نیسی، عبدالکاظم؛ شهنی بیلاق، منیجه؛ فراشبندی، افسانه. (۱۳۸۴). بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت نفس، اضطراب عمومی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روان شناختی با اضطراب اجتماعی دختران دانش آموز پایه اول دبیرستان های شهرستان آبادان. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، سال دوازدهم، دوره ۳، شماره ۳، ص ۱۵۲-۱۳۷.

- Adalbjarnardotir, S. and Rafnsson. F. D.(2002) Adolescent antisocial Addictive Behaviors. *behavior and substance use: longitudinal analysis*. 27, 227-240.
- Albieri, E. Visani, D. Offidani, E. Ottolini, F. Ruini, C. (2009). Well-being therapy in children with emotional and behavioral disturbances: a pilot investigation. *PsychotherPsychosom*, 78, 6, 387-90.
- Allahverdipour, H. shafii, F. Azad fallah, P. Emami, A. (2006). The statues of self control and its relation to drug abuse-related behaviors among Iranian male high School students. *Social Behavior and Personality*, 34, 4, 413-424.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Andersen, B.L. kiecol, T. Glaser, J.K. Glaser, R. (1994). A biobehavioral model cancer strees and disease course. *American psychologist*,49, 389-404.
- Besharat, M.A. (2007). Hardiness and coping style with stress. *Psychological studies*, 3, 2, 109-127.
- Besharat, M.A. Shalchi, B. (2007). Attachment styles and coping with stress. *Journal of Iranian psychologists*, 3, 225-35.
- Blaney, P. H. Ganellen, R. J. (1990). *Hardiness and social support*. In B. Sarason, G. Sarason, & G. Pierce (Eds.), *social support: an interactional view*. New York: Wiley.
- Cohen, S. Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24: 385-396.

- Calark, D.M. Beck, A. (2009). *Cognitive therapy for Anxiety disorders*, Guilford Press: New York.
- Delahij, R. Gaillard, A.W.K. Vandam, K. (2010). *Hardiness and the response to stressful situations: investigating mediating processes*. Personality and Individual Differences, In presscorrectedproof, available on line 14 may 2010.
- DeMaat, S.M. Dekker. J.A. Schoevers, R. De Jonghe, F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: A meta analysis. *European Psychiatry*, 22, 1-8.
- Dreer, L.E. Elliott, T.R. Fletcher, D.C. and Swanson, M. (2005). Social problem solving. abilities and psychological adjustment of person in low vision rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Psychology*, 50, 232-238.
- Eun-young, B. and Chang, I. (2006). The effect of visual feedback plus entail practice on three patients with breast cancer (women). *Clinical Rehabilitation*, 20, 5, 388- 379.
- Godfrey, J. R. (2004). Toward optimal health: The experts discuss therapeutic humor. *Journal of Women's Health*, 13, 5, 474- 479.
- Grasmick HG, Tittle CR, Bursik RJ, Arneklev BJ (1993) Testing the core mnni riaal imll iaatinns ff Gtt tfrddnnn add Hircchi s geeerll teerry ff crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30, 5° 29.
- Hamama, R.Y. & Solomon, Z. (2006). Psychological adjustment of melanoma survivors: the contribution of hardiness, attachment and cognitive appraisal. *Journal of Individual Difference*, 27, 3, 172-182.
- Holmes, D.S.(1976). Investigation Of Depression: Differential recall of material experimentally or naturally associated with ego threat. *Psychological Bulletin*, 81, 632-653.
- House SH. (2011). Epigenetics in adaptive evolution and development: The interplay between evolving species and epigenetic mechanisms. *Handbook of Epigenetics*, 425-45.
- Klein, J.B. Rachel, H. Jacobs, B.A. and mark, A. (2007). cognitive-behavioural therapy for adolescent depression: A meta analytic investigation of changes in effect-size estimate. *Journal of the American academy of child & Adolescent psychiatry*, 1413-1403.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S.C. Maddi, S.R. & Puccetti, M.C. (1982). Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 391-404.
- Koenig, H.G. (2012). *Religious versus Conventional Psychotherapy for Major Depression in Patients with Chronic Medical Illness: Rationale, Methods, and Preliminary Results*. Hindawi Publishing Corporation Depression Research and Treatment, doi:10.1155/2012/460419, 1-11.

- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Linden. W. (2005). *Stress management: from basic science to better practice*. 1st ed. Philadelphia: SAGE publication, 5-83.
- Meijer, S.A. Sinnema, G. Bijstra, J.O. Mellenbergh, G.J. Wolters, W.H. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *SocSci Med*, 54,1453-61.
- Mimura, C. & Griffiths, P. (2004). A Japanese version of the perceived stress scale: translation and preliminary test. *International Journal of Nursing Studies*, 41(4), 379° 385.
- Neria, Y. Steinmetz, S.G. koenen, K. Levinovsky, L. Zakin, G. & Dekel, R. (2001). Do attach-ment and hardiness relate to each other and to mental health in real ° life stress? *Journal of Social and Personal Relationship*, 18, 6, 844- 858.
- Nijmei, J.J. (2008). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 692-708.
- Parish, T. S. and Rasid, Z. M. (2006). The effect of tow types of relaxation training on breast cancer. *Journal of Holistic Nursing practice*, 50,13-20.
- Rachline, H. (1995). Self control: beyond commitment. *Behavior and Brain Sciences*, 18,1, 109-159.
- Ramsay, J. & Rostain, N. (2007). Psychosocial Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults: Current Education and Future Direction, professional psy-chology. *Research and Practice*, 38, 4, 338-346.
- Rossmann, M. (2008). The effect mental imagery on breast cancer. *Journal of Holistic Nursing practice*, 50, 13-20.
- Sadock, B.J. Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry/ Behavioral Sciences/ Clinical psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins; 2007, 110-8.
- Schore, J.R. Schore, A.N. (2008). Modern Attachment The-ory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20.
- Spencer, D. L. (2005). Race, self control, and drug problems among jail inmates. *Journal of Drug Issues*, 22(4,5), 645-664.
- Stanton, A.L. Revenson, T.A. Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu Rev Psychol*, 58, 565-92.
- Sussman, S. Dent, C.W. & Leu, L. (2003). The one year prospective prediction of substance abuse and dependence among high risk adolescents. *Journal of Substance Abuse*, 12, 373-386.
- Van Starten, A. Geraedts, A. Verdonck-de leeuw, I. Anderson, G. cuijpers, P. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patient with

medical disorder: Ameta analysis. *Journal of psychosomatic Research*, 69, 32-23.

