مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
زمستان ۱۳۹۱؛۴(۴): ۶۳۱-۶۳۸

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Winter 2012;4(4): 631-638

مقاله پژوهشی

مقایسه اثر بخشی آموزش تاب آوری بصورت گروهی و شناخت درمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی

سمیه ضمیری نژاد[۱]، محمود گلزاری[۲]، احمد برجعلی[۳]، سید کاوه حجت[۴]، سید آرش اکابری[۵]*

[۱] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[۲] دانشیار روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
[۳] عضو هیئت علمی روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
[۴] استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[۵] کارشناس ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[*] **نویسنده مسئول:** مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
پست الکترونیک: s.kavehhojjat1@gmail.com

وصول:۱۳۹۱/۱۰/۱۸ اصلاح:۱۳۹۱/۱۱/۲۱ پذیرش:۱۳۹۱/۱۲/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: *دانشجویان خوابگاهی، فشارهای روانی زیادی را تجربه می کنند که آن ها را بیشتر مستعد افسردگی می کند. افسردگی متداول ترین بیماری روانی در میان زنان است. رویکردهای روان درمانی مختلفی برای درمان افسردگی وجود دارد، اما در این مطالعه هدف مقایسه اثر بخشی آموزش تاب آوری گروهی و شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی است.*

مواد و روش کار: *در این مطالعه ۴۵ نفر از دختران خوابگاهی که در تست افسردگی بک نمره ۱۹ و بالاتر را کسب کردند انتخاب شده و ۳ گروه ۱۵ نفری تشکیل داده شد. دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل، که یکی از گروه های آزمایشی تحت آموزش تاب آوری به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای، و گروه دیگر ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای شناخت درمانی دریافت کردند. و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. اعضای گروه های نمونه قبل و بعد از مداخلات مقیاس افسردگی بک- ویرایش دوم را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS15 و به کمک شاخص های آمار توصیفی و آزمون های آماری تحلیل واریانس اندازه های تکراری و آزمون تعقیبی LSD مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی داری ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.*

یافته‌ها: *یافته‌ها حاکی از این است که بین میانگین گروه های آزمایشی و گروه کنترل که روش آموزشی را دریافت نکرده بودند تفاوت معنی داری وجود دارد. اما بین دو گروه آزمایشی در میزان اثربخشی تفاوت معناداری مشاهده نشد.*

نتیجه گیری: *به کار گیری آموزش تاب آوری و شناخت درمانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی مؤثر است.*

واژه های کلیدی: *آموزش تاب آوری، شناخت درمانی، افسردگی*

مقدمه

افسردگی متداول ترین بیماری روانی در میان زنان است که شیوع آن در زنان ۲ یا ۳ برابر مردان است و حدوداً ۲۵ درصد زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱].

فقدان اشتها از علائم رایج در بیماری افسردگی است. کاهش وزن در افسردگی متوسط تا شدید رخ می‌دهد و اما افزایش وزن نیز گاهی در افسردگی خفیف دیده می‌شود. اختلال خواب گاهی به صورت اشکال در به خواب رفتن و همچنین در اکثر موارد به شکل بیدار شدن زود هنگام در

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

صبح که احساس خستگی در طول روز را در پی دارد خود را نشان می‌دهد. در فرد افسرده کاهش لذت جنسی و اختلال در نعوظ و یا برانگیختگی، نیز یکی از نشانه‌های شایع می‌باشد [۲].

شمار زیادی از زنان در مقایسه با مردان افسردگی را تجربه می‌کنند و در طول سال‌های فرزند آوری افسردگی زنان بیشتر شیوع می‌یابد. به علاوه زنانی که تحت کنترل شدید هستند در خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی هستند. در ایالات متحده دومین دلیل اساسی بستری شدن زنان، افسردگی در سن فرزند آوری یا بلوغ می‌باشد. هرچند که تفاوت‌های غالب بین دو جنس در بسیاری از کشورها و گروه‌های نژادی بیانگر تأیید اینگونه تفاوت هاست. اما این احتمال وجود دارد که تفاوت‌ها در پاسخ‌های رفتاری زنان به رویدادها نهفته باشد. زنان به دلیل حساسیتی که دارند، بیشتر روی مسائلی تمرکز می‌کنند که باعث بروز رفتارهای افسرده ساز می‌شوند [۳].

علاوه بر دلائل ذکر شده که از ویژگی‌های مختص به جنسیت زنانه می‌باشد و در آسیب پذیری زنان نسبت به معضل افسردگی مؤثر است جامعه این پژوهش را دانشجویان دختری تشکیل می‌دهد که خانواده خود را به قصد تحصیل ترک کرده اند و هم اکنون در خوابگاه زندگی می‌کنند. آنها علاوه بر فشارهای تحصیلی فشار دوری از خانواده و زندگی در شهری که با آن آشنایی ندارند را تجربه می‌کنند. اکثر دانشجویان ساکن خوابگاه تا پایان دوران تحصیل نیز نمی‌توانند با زندگی در محیط خوابگاه خود را انطباق دهند و لذا از این سو نیز تحت فشار هستند و به نظر محقق مجموعه این عوامل می‌تواند خطر احتمال ابتلا به افسردگی در این دانشجویان را افزایش دهد.

پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت عاطفی و شناختی است که این خود نقش مهمی در سازگاری و رضایت هر چه بیشتر از زندگی دارد [۴، ۵]. تاب آوری در مورد کسانی به کار می‌رود که در معرض خطر قرار می‌گیرند ولی دچار اختلال نمی‌شوند. از این رو شاید بتوان نتیجه گیری کرد که مواجه شدن با خطر، شرط لازم برای آسیب پذیری هست، اما شرط کافی نیست. عوامل تاب آور باعث می‌شوند که فرد در شرایط دشوار و با وجود عوامل خطر از ظرفیت‌های موجود خود در دستیابی به موفقیت و رشد زندگی استفاده کند و از این چالش‌ها و آزمون‌ها به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره جوید و از آنها سربلند بیرون آید [۶].

پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری به عنوان یک احساس بنیادی از کنترل فرد، امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از راهبردهای از عهده برآیی را نیز خواهد داد که این به نوبه خود نقش مهمی در مواجهه با حوادث فشار زای زندگی به عنوان منبع مقاومت و سپر محافظ دارد [۷ ، ۸]. یافته های بررسی پورسردار و همکاران (۱۳۹۱) نقش پیشایندی متغیر تاب آوری بر پیامدهای سازگارانه را تأیید نمود. این یافته ها گویای اهمیت تقدم تغییر احساسات بر تغییر نگرش بود. شاید بتوان گفت تغییر در احساسات می تواند تغییر در نگرش فرد درباره زندگی و محیط پیرامون را در پی داشته باشد [۹].

اثربخشی درمان شناختی در مقایسه با سایر درمان ها در تحقیقات زیادی مورد مطالعه قرار گرفته است. در مطالعه ای که توسط شا (۱۹۷۷) به منظور بررسی کارایی درمان شناختی بک و درمان رفتاری لوینسون در معالجه افسردگی مورد مطالعه قرار گرفت حاکی از آن است که روش تغییر شناختی از لحاظ رفع علائم افسردگی به طوری که توسط خود مریض و شاهدان درمانگاهی ارزیابی شده، بر دیگر روش ها برتری دارد. اما بین نتایج روش درمان رفتاری لوینسون و روان درمانی عمومی تفاوت معناداری دیده نشد، اگرچه هر دو روش در تخفیف علائم افسردگی بر عدم درمان برتری داشتند [۱۰]. همچنین راش، بک، کواکس و هولون (۱۹۷۷) نیز تأثیر نسبی درمان شناختی و دارویی (ایمی پرامین) را بر روی بیماران افسرده سرپایی مورد مطالعه قرار داده اند. این مطالعه دقیق برتری درمان شناختی را بر دارو درمانی هم از لحاظ رفع علائم افسردگی و هم از حیث دوام نتایج تا ۶ ماه بعد از درمان نشان داد [۱۰].

هدف شناخت درمانی این نیست که این هیجانات منفی را به طور کلی حذف یا تنظیم کند. بلکه هدفش این است که توانایی‌های خود بیمار را برای فراهم کردن ارزیابی‌های واقع گرایانه و دقیق از موقعیت‌هایی که با آنها مواجه می-شوند، بکار گیرد. تکنیک‌های شناختی از بیماران نمی-

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

خواهد که مثبت فکر کنند، بلکه می‌خواهد واقع نگرانه فکر کنند [۱۱]. هدف قرار دادن شیوه‌ای که یک فرد در موقعیت‌ها و تجربیات فراخواننده ی هیجان فکر می‌کند، با دیدگاه‌هایی که سعی دارند هیجان را از طریق کاهش اجتناب تجربی تنظیم کنند، متفاوت است [۱۲].

همانطور که می بینیم نتایج تحقیقات گذشته حاکی از برتری درمان شناختی نسبت به برخی درمان های دیگر از جمله درمان دارویی و درمان رفتاری است. اما از آنجایی که آموزش تاب آوری درمان نسبتاً جدیدی است و پژوهش های انجام گرفته در درمان افسردگی تا کنون از این روش استفاده نکرده اند، بنابراین اثربخشی درمان شناختی در مقایسه با روش آموزش تاب آوری مطالعه نشده است. با توجه به مطالب ذکر شده سؤال این تحقیق این است که آیا میزان اثربخشی آموزش تاب آوری به شیوه گروهی در مقایسه با شناخت درمانی گروهی بر کاهش شدت افسردگی در دانشجویان دختر خوابگاهی متفاوت است یا نه؟

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف تحقیق کاربردی بود. روش پژوهش نیز به صورت نیمه آزمایشی مداخله ای از نوع پیش آزمون و پس آزمون با اندازه گیری مکرر و در سه گروه (یک گروه کنترل و دو گروه آزمایشی) انجام شد. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دختران مقیم خوابگاه های شماره ۱ و ۲ دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ بودند. از این بین تعداد نمونه با حجم اثر ۰/۴، آلفای ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۶، ۴۵ نفر تعیین گردید. روش نمونه گیری در مرحله اول به صورت سرشماری بود. بدین ترتیب که ابتدا با مراجعه به خوابگاه پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم) بین تمامی افراد ساکن در خوابگاه توزیع شد و از بین پرسشنامه های تکمیل شده و بازگردانده شده آن گروه از دانشجویان که نمره افسردگی آنها ۱۹ به بالا بود (بنا به دفترچه راهنمای پرسشنامه افسردگی بک که نمرات بالاتر از ۱۹ را در طبقه افسردگی متوسط قرار داده است)، در صورتیکه تمایل به همکاری در طرح داشتند و سایر معیارهای ورود به طرح را دارا بودند، انتخاب شدند. از این میان آنهایی که برای گروه های آموزشی انتخاب نشدند (بصورت تصادفی) در گروه کنترل گماشته شدند. هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. با توجه به اعمال ملاک غیبت بیش از دو جلسه در طول درمان، ۷ نفر از گروه آموزش تاب آوری و ۶ نفر از گروه شناخت درمانی کنار گذاشته شدند. اعضای کنار گذاشته شده به دلیل اینکه جلسات در نیمه دوم اردیبهشت ماه برگزار شد و مقارن بود با امتحانات میان ترم و انجام کارهای عملی دانشگاه، قادر به شرکت مداوم در جلسات نبودند. بنابراین گروه آموزش تاب آوری با ۸ نفر و گروه شناخت درمانی با ۹ نفر مورد ارزیابی قرار گرفت. در این پژوهش افسردگی به عنوان یک نشانه مطرح است و با توجه به نمره‌ای که فرد در مقیاس افسردگی بک (ویرایش دوم) کسب می‌کند سنجیده می-شود. این پرسشنامه در جمعیت ۱۳ سال به بالا قابل استفاده است. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک در سه گروه نشانه های عاطفی، شناختی و جسمانی طبقه بندی می شوند. نتایج پژوهش بک، استیر و بروان نشان داد که این پرسشنامه ثبات بالایی دارد [۱۳]. ضریب آلفای BDI-II برای بیماران سرپایی ۰/۹۲ و برای دانشجویان ۰/۹۳ به دست آمد [۱۴]. همچنین ضرایب همسانی درونی این پرسشنامه در جامعه بهنجار ۰/۸۱ گزارش شده است [۱۵]. رجبی (۱۳۸۴) ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کرده است [۱۶]. اعضای گروه-های آزمایشی تحت مداخلات روانشناختی قرار گرفتند و اعضای گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. در گروه آموزش تاب آوری، اعضا به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای و به صورت هفته ای ۳ بار تحت مداخله و آموزش تاب آوری قرار گرفتند و در گروه شناخت درمانی نیز اعضا به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای و به صورت هفته ای ۳ بار تحت مداخله شناخت درمانی قرار گرفتند. در این تحقیق علاوه بر استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، مانند میانگین و انحراف معیار، برای مقایسه نتایج گروه‌های آزمایشی و کنترل از تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر، آزمون تی مستقل و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

یافته ها

طبق یافته های این پژوهش بین گروه های آزمایشی و کنترل از نظر متغیر سن (P=۰/۰۸۵)، از نظر وضعیت

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

تأهل (P=۰/۳۴۳) و از نظر میانگین افسردگی در پیش آزمون (P=۰/۷۸۵) تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر گروه ها از نظر متغیرهای مورد مطالعه، همتا بودند.

کاهش افسردگی در گروه آموزش تاب آوری برابر ۳/۵۵±۱۳/۰۰ بود که در این گروه کاهش میزان افسردگی در پس آزمون از نظر آماری معنی دار بود، ولی کاهش میانگین افسردگی در گروه کنترل به اندازه ۶/۰۸±۲/۰۸ بود که از نظر آماری معنی دار نبود. یعنی بین میانگین افسردگی گروه آزمایشی آموزش تاب آوری و گروه کنترل بعد از انجام مداخله تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر انجام این مداخله در کاهش افسردگی تأثیر گذار بوده است. کاهش افسردگی درگروه شناخت درمانی نیز ۳/۱۱±۱۱/۷۸ بود که در این گروه کاهش میزان افسردگی از نظر آماری معنی‌دار بود، ولی بین میانگین افسردگی گروه آزمایشی شناخت درمانی و گروه کنترل بعد از انجام مداخله تفاوت معناداری دیده می شود.

به عبارت دیگر انجام این مداخله در کاهش افسردگی تأثیر گذار بوده است. بین گروه آموزش تاب آوری و شناخت درمانی از نظر کاهش افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده نشد، که این نشان دهنده این است که این دو روش درمانی از نظر اثربخشی تفاوت معناداری با هم ندارند. در ادامه آزمون مقایسه سه گروه انجام شد و نشان داد که سه گروه از نظر آماری تفاوت معنی داری دارند. لذا برآن شدیم که آزمون های تعقیبی جهت شناسایی تفاوت ها دو به دو بین گروه را انجام دهیم.

آزمون‌های تعقیبی نشان داد که کاهش در دو گروه آموزش تاب آوری و شناخت درمانی به صورت معنی داری با کاهش درگروه کنترل تفاوت دارد به صورتی که تفاضل کاهش گروه کنترل با گروه آموزش تاب آوری برابر ۶/۹۱۳۵ بود و با گروه شناخت درمانی ۶/۰۳۸۵ بود که آزمون آماری نشان داد تفاضل کاهش‌ها از نظرآماری معنی‌دار می‌باشد (سطح معناداری ۰/۰۵)، ولی تفاوت

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی در گروه های آموزش تاب آوری و شناخت درمانی و گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

	پیش آزمون	پس آزمون	تفاضل	P-value
گروه آموزشی تاب آوری	۲۴/۶۳±۴/۴۱	۱۱/۶۳±۳/۱۶	۱۳/۰۰±۳/۵۵	P<۰/۰۰۱
گروه شناخت درمانی	۲۴/۸۹±۴/۸۳	۱۳/۱۱±۶/۸۱	۱۱/۷۸±۳/۱۱	P<۰/۰۰۱
گروه کنترل	۲۶/۰۸±۵/۷۲	۲۴/۰۰±۴/۹۳	۲/۰۸±۶/۰۸	P= ۰/۲۴۱

جدول ۲: آزمون مقایسه بین گروهی در آنالیز RM نمرات افسردگی در دو مرحله پیش و پس آزمون Type IIIمجموع

منبع	مجذورات	درجه آزادی	Mean Square	F	P-value
Intercept	۲۴۶۸۹/۲۹۰	۱	۲۴۶۸۹/۲۹۰	۵۸۲/۵۹۴	<۰/۰۰۱
گروه	۶۱۹/۴۷۲	۲	۳۰۹/۷۳۶	۷/۳۰۹	۰/۰۰۳
خطا	۱۱۴۴/۲۱۲	۲۷	۴۲/۳۷۸		

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی (LSD) مقایسه دو به دو گروه ها از نظر نمرات افسردگی

گروه (I)	گروه (J)	میانگین تفاوت‌ها	خطای استاندارد	P-value	فاصله اطمینان ۹۵٪ تفاوت میانگین‌ها	
گروه آموزش تاب آوری	گروه شناخت درمانی	-۰/۸۷۵	۲/۲۳۶۷۳	۰/۶۹۹	-۵/۴۶۴۴	۳/۷۱۴۴
	گروه کنترل	-۶/۹۱۳۵(*)	۲/۰۶۸۴۷	۰/۰۰۲	-۱۱/۱۵۷۶	-۲/۶۶۹۳
گروه شناخت درمانی	گروه آموزشی تاب آوری	۰/۸۷۵	۲/۲۳۶۷۳	۰/۶۹۹	-۳/۷۱۴۴	۵/۴۶۴۴
	گروه کنترل	-۶/۰۳۸۵(*)	۱/۹۹۶۰۷	۰/۰۰۵	-۱۰/۱۳۴۰	-۱/۹۴۲۹
گروه کنترل	گروه آموزشی تاب آوری	۶/۹۱۳۵(*)	۲/۰۶۸۴۷	۰/۰۰۲	۲/۶۶۹۳	۱۱/۱۵۷۶
	گروه شناخت درمانی	۶/۰۳۸۵(*)	۱/۹۹۶۰۷	۰/۰۰۵	۱/۹۴۲۹	۱۰/۱۳۴۰

کاهش نمره افسردگی درگروه آموزش تاب آوری و شناخت درمانی برابر ۰/۸۷۵ بود که این تفاوت کاهش دوگروه از نظرآماری معنی دار نبود.

بحث

یافته های به دست آمده نشان داد که روش آموزش تاب آوری گروهی و همچنین شناخت درمانی باعث کاهش افسردگی دانشجویان دختر افسرده شده است. همچنین نتایج تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی این دو مداخله نشان نداد. نتایج تجزیه و تحلیل آماری داده ها نشان داد که شناخت درمانی در کاهش افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی مؤثر است (تفاضل پیش آزمون و پس آزمون ۳/۱۱±۱۱/۷۸) و به طور معناداری با گروه کنترل تفاوت دارد. این یافته با نتایج مطالعات اسکات[1] و همکاران (۲۰۰۳)، جانگ[2] و همکاران (۲۰۰۴)، تیس[3] و همکاران (۱۹۹۱)، پیکل[4] (۲۰۰۷)، راونیدران[5] و همکاران (۱۹۹۹)، هولون[6] (۱۹۹۳) همسو می باشد [۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲].

همانطور که تحلیل نتایج نشان می دهد، اقدامات شناخت درمانی در درمان اختلال افسردگی مؤثر بوده است. محققی می نویسد، شناخت درمانی یک راه سودمند و ثابت شده در درمان افسردگی در ۵ سال گذشته بوده است [۱۷].

برخی پژوهشگران در پیگیری ۶ ساله بیماران افسرده که تحت اقدامات شناخت درمانی قرار گرفته بودند نتیجه گرفتند که تدابیر شناخت درمانی به طور مؤثر خطر عود افسردگی را کاهش می دهد [۱۸]. تیس و همکاران (۱۹۹۱) گزارش کردند که شناخت درمانی میزان نمره افسردگی را در مقیاس همیلتون کاهش داده است [۱۹]. پیکل (۲۰۰۷) می نویسد: علی رغم مصرف داروهای ضد افسردگی مشکل عود افسردگی همچنان باقی است و استفاده از شناخت درمانی به طور معنی داری میزان عود بیماری را کاهش می دهد [۲۰]. اسکات و همکاران (۲۰۰۳) در مورد تأثیر شناخت درمانی بر اختلال افسردگی می نویسد: ۱۵۸ بیمار افسرده که تحت اقدامات شناخت درمانی قرار داشتند میزان عود بیماری در آن ها به طور معنی داری نسبت به گرده کنترل (۴۷٪) کاهش یافته بود [۱۷]. همچنین راونیدران و همکاران (۱۹۹۹) در مقایسه دو روش شناخت درمانی و دارو درمانی اظهار کردند که روش شناخت درمانی مؤثرتر از دارو درمانی در بیماران افسرده می باشد [۲۱]. هولون (۱۹۹۳) نیز متوجه شد بیمارانی که با شناخت درمانی درمان شدند بهتر از گروهی که تنها تحت دارو درمانی قرار گرفته بودند به درمان پاسخ دادند [۲۲]. رحیمی و همکاران (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود با اینکه دریافتند که شناخت درمانی در درمان افسردگی مؤثر است و نمرات افسردگی بعد از مداخله تفاوت

1 -Scott
2-Jonghe
3-Thase
4-Paykel
5-Ravindran
6-Hollon

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

معناداری با قبل از مداخله دارد، اما در مقایسه با سایر گروه ها یعنی شناخت درمانی توأم با دارو درمانی و دارو درمانی به تنهایی، تأثیر کمتری دارد. یعنی ترتیب درمان ها بر اساس میزان اثر آن ها در پژوهش رحیمی و همکاران به صورت ۱- شناخت درمانی توأم با دارو درمانی، ۲- دارودرمانی و ۳- شناخت درمانی می باشد [۲۳].

همچنین نتایج حاکی از آن است که آموزش تاب آوری در کاهش افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی مؤثر است و به طور معناداری با گروه کنترل تفاوت دارد. که این به معنی تأیید فرضیه دوم پژوهش است. این یافته با پژوهش های توگاد[۷] و فردریکسون[۸] (۲۰۰۴) و انزلیچت[۹]، ارونسون[۱۰]، گود[۱۱] و مک کی[۱۲] (۲۰۰۶) لوتر[۱۳] و همکاران (۲۰۰۰) روتر[۱۴] (۱۹۹۹) همسو می باشد [۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷]. در زمینه پیامدهای تاب آوری شماری از پژوهش ها بر افزایش سطح سلامت روان و رضایت از زندگی اشاره داشته اند [۲۸، ۲۹، ۳۰]. تاب آوری با تأثیر بر نوع احساس ها و هیجان های فرد، نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی را در پی دارد. این یافته ها همسو با یافته های والر (۲۰۰۱) و لازاروس (۲۰۰۱) است که کاهش میزان تاب آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه دانسته اند و همسو با یافته های هامارات (۲۰۰۱) که ناخرسندی درباره زندگی را به دنبال این احساس ها در فرد گزارش کرده اند [۳۱، ۲۸، ۳۰]. به بیان دیگر نخستین اثر ارتقای توانمندی های فرد در زمینه تاب آوری، کاهش مشکلات روانی و هیجانی خواهد بود.

در تبیین این یافته ها نصیر (۱۳۹۰) معتقد است که افراد تاب آور از احساس اعتماد به نفس و کارآمدی برخوردارند که به آن ها اجازه می دهد با موفقیت چالش های زندگی را پشت سر بگذارند. این افراد احساس نا امیدی و تنهایی کمتری داشته و از این مهارت برخوردارند که به یک مشکل به عنوان مسئله ای که می توانند آن را کند و کاو کنند، تغییر دهند، تحمل کنند و یا به طرق دیگر حل کنند، نگاه کنند و همین موضوع و توان تحمل آن ها در برابر مشکلات سبب چشم انداز مثبت و خوشبینی آن ها به زندگی می شود. خوشبینی یکی از ویژگی های افراد تاب آور است، این گونه افراد با وجود قرار گرفتن در محیط های پر خطر و آسیب زا، روان شان آسیبی نمی بیند و با مسائل و مشکلات زندگی به دید مثبت و همراه با خوشبینی نگاه می کنند و همین نگرش مثبت سبب افزایش میزان تحمل آنان در برابر مشکلات می شود، اینگونه افراد برای آینده شان هدف و برنامه داشته و زندگی برایشان معنادار است و به دلیل میزان بالای خوشبینی و باورهای مثبت در آنان پس از شکست، نا امید و دلسرد نشده و بر میزان تلاش های خود می افزایند [۳۲]. یافته های پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۹۰) نشانگر احتمال بالای آسیب پذیری دانشجویان نسبت به نشانه های اضطراب ، افسردگی و استرس بیشتر و تاب آوری کمتر بود. جهت گیری جدید در بررسی های بهداشت روان، پیشگیری و شناسایی عوامل محافظتی است. پژوهش محمدی نشان داد که افراد تاب آور نشانه های افسردگی، اضطراب و استرس کمتری را تجربه می کنند. بنابراین بالا بردن سطح این عامل محافظت کننده در دانشجویان می تواند در کاهش مشکلات هیجانی مؤثر باشد [۳۳]. ارتباط تاب آوری با سلامت روان در پژوهش های توگاد و فردریکسون (۲۰۰۴) و انزلیچت، ارونسون، گود و مک کی (۲۰۰۶) تأیید شده است [۲۴، ۲۵]. پژوهش ها نشان داده اند افراد تاب آور در شرایط ناگوار و هنگام تجربه هیجانی منفی می توانند سازگاری و سلامت روانی خود را حفظ کنند. مهارت هایی چون حل مسأله، سبک تبیینی کار آمد، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در این امر دخیل است [۳۴]. وجود نشانه های هیجانی منفی در جمعیت دانشجویی کشور تأیید شده است [۳۵، ۳۶]، بنابراین انجام مداخله برای بهبود مشکلات هیجانی دانشجویان کاملاً ضروری است، به نظر می رسد توجه به عوامل محافظتی یکی از رویکردهای مؤثر در این زمینه

7-Tugade
8 -Fredrickson
9-Inzlicht
10- Aronson
11 -Good
12 -McKay
13-Luthar SS.
14-Rutter M.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

باشد. آزمودنی های این پژوهش، دانشجویان دختر و فقط در رشته های علوم پزشکی از دانشگاه خراسان شمالی بودند، بنابراین برای تعمیم یافته ها به جمعیت دانشجویی لازم است در دیگر گروه ها و دیگر دانشگاه ها نیز پژوهش های مشابه انجام شود. از میان عوامل محافظتی تنها تاب آوری و شناخت های افراد مورد توجه قرار گرفت. توجه به دیگر عوامل محافظتی (به ویژه عوامل فرهنگی و خرده فرهنگی) برای پژوهش های آتی پیشنهاد می شود.

نتیجه گیری

نتیجه انجام مداخلات آموزش تاب آوری و شناخت درمانی در درمان افسردگی موثر است و همچنین بین اثربخشی این دو مداخله در درمان افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی مسئولین مدیریتی و اجرایی خوابگاه های دخترانه دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی برای مساعدت در انجام این پژوهش سپاسگزاری می نماییم. این طرح با کد ۴۹۵/پ/۹۱ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی در پنجمین جلسه شورای پژوهشی به تاریخ ۱۳۹۱/۰۴/۲۷ و دومین جلسه شورای اخلاق دانشگاه در تاریخ ۱۳۹۱/۰۵/۰۸ به تصویب رسید.

References

1. Rief, W, Hennings A., Riemer, S. &Euteneuer, F. Psychological differences between depression and somatization.Journal of psychosomatic research. 2010: 68(5). 495-502.
2. Eshel, N., Roiser, J. P. Reward and punishment processing in depression. Biological psychiatry. 2010: 68(2). 118-124.
3. Sanders, L. B. Assessing and managing women with depression: A midwifery perspective. Special continuing education issue-primary health care for women. 2006: 51(4).185-192.
4. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development. 2000; 71: 543-562.
5. Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. Journal of Family Therapy. 1999. 21:119-144.
6. Zarrinkelk H. The effectiveness of training aspects of resiliency on reducing addiction acceptance and changing attitudes toward drug use among high school students in Tehran. MA thesis. AllameTabatabayi University. 2010. [Persian]
7. Lazarus A. Ordinary magic: Resilience processes in development. Journal of American Psychology .2001; 56:227-238.
8. Silliman B. Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. Journal ActaPaediatrica Supplement. 1997; 422:103-105.
9. Pour sardar F, Abbas pour Z, Abdizarrin S, Sangari A. the effect of resiliency on mental health and life satisfaction: A psychological pattern of wellbeing. Journal of Lorestan University of medical sciences. 2012: 14(1). 81-89. [Persian]
10. Prochaska, J.O. Norcross, J.C. Theories of psychotherapy.1999. Translator yahya seyed mohammadi. Tehran. Roshd publications.
11. Hofmann, S. G.; Asmundson, G. J. & Beck, A. T. The Science of Cognitive Therapy.Behavior therapy (BETH-00272). 2011: 14; 4C.
12. Hofmann, S. G., &Asmundson, G. J. Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? Clinical Psychology Review. 2008: 28. 1–16.
13. Sharifi V, Et al. Reliability and applicability of Persian version of Structured clinical interview for DSM-IV (SCID). Journal of news in cognitive sciences. 2004: 6(1,2). 8-22. [Persian]
14. Dobson K, Mohammadkhani P. Psychometric features of Beck-IIdepression questionnaire in a large sample with major depression. Journal of Rehabilitation. 2007: 8(2). 80-86. [Persian]
15. Beck, A. T., Steer, R. A. &Garbin, M. G. Psychometric properties of the Beck
17. Rajabi G. Psychometric features of short form of Beck depression questionnaire.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

Journal of Iranian psychologists. 2005: 4(1). 291-298. [Persian]
18. Scott J, Palmer S, Paykel E, Teasdale J, Hayhurst H. Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression. Br J Psychiatry 2003 Mar; 182:221-7.
19. Jonghe F, Hendriksen M, AAlst G, Kool S, Van R, Eijnen E, et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. Br J Psychiatry. 2004: 189. 37-45.
20. Thase ME, Simons AD, Cahalane J, Mc Gary J, Harden T. Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. Am J Psychiatry. 1991:148.784-789.
21. Paykel ES. Cognitive therapy in relapse prevention in depression. Int J NeuPsychopharmacol 2007 Feb; 10(1):131-6.
22. Ravindran A, Anisman H, Merali Z, Charbonneau Y, Telner J, Robert J, et al. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmaco-therapy. Clinical symptoms and functional impairments. Am J Psychiatry 1999;156:1608-1617.
23. Hollon SD, Shelton RC, Davis DD. Cognitive therapy of depression : conceptual issues and clinical efficacy. J Consul ClinPsychol 1993;61:270-275.
24. Rahimi A, Shamsayi F, Zarabian M, Sadehi M. The effectiveness of drug therapy, cognitive therapy and combination of drug and cognitive therapy in depressed people. Journal of Hamedan University of medical sciences. 2008: 15(1). 16-21. [Persian]
25. Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. Journal of Personality and Social Psychology. 2004: 86.320-333.
26. Inzlicht, M., Aronson, J., Good, C., & McKay, L. A particular resiliency to threatening environments. Journal of Experimental Social Psychology. 2006:42, 323-336.
27. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development. 2000; 71: 543-562.
28. Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. Journal of Family Therapy. 1999. 21:119-144.
29. Lazarus A. Ordinary magic: Resilience processes in development. Journal of American Psychology .2001; 56:227-238.
30. Silliman B. Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. Journal ActaPaediatrica Supplement. 1997; 422:103-105.
31. Waller MA. Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. American Journal of Orthopsychiatry. 2001; 71: 290-297.
32. Hamarat ER. Thompson DA. Zabrucky KM. Matheny KB. Perceived stress and coping resource: Availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. Journal of Experimental Aging Research. 2001;27: 181-196.
33. Nasir M. The relationship between coping styles, resiliency and optimism among high school girl students in Dezfoul. Journal of new in psychology. 2011: 55-68. [Persian]
34. Mohammadi A, Aghajani M, Zehtabvar G. Addiction and its Relation with Resilience and Emotional Components. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, Vol. 17, No. 2, Summer 2011, 136 – 142. [Persian]
35. Wolff, S. The concept of resilience. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1995:29, 565-574.
36. Mohammadi, A., &Amiri, M. Behavioral activation for depression scale: Psychometric properties and confirmatory factor analysis for Persian version. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2010: 16 (1), 65-73. [Persian]
37. Mohammadi, A., Fata, L., &Yazdandoost, R. Predictors of obsessive-compulsive symptoms in students. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2009: 15 (3), 274-282. [Persian]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

Original Article

The comparison of effectiveness of group resilience training and group cognitive therapy on decreasing rate of depression in female students who live in dorm

Zamiri nejad S[1], Golzari M[2], Borjali A[3], Hojjat SK[4], Akaberi A[5]*

[1] M.Sc of Clinical Psychology, North Khorasan University of Medical Science, Addiction and behavioral sciences research center, Bojnurd, Iran.
[2] PHD of General psychology, Allameh Tabatabayi University, Tehran, Iran.
[3] PHD of General psychology, Allameh Tabatabayi University, Tehran, Iran.
[4] Assistant Professor in North Khorasan University of Medical Science, Addiction and behavioral sciences research center, Bojnurd, Iran.
[5] M.Sc of Biostatistics, North Khorasan University of Medical Science, Addiction and behavioral sciences research center, Bojnurd, Iran.

***Corresponding Auther:**
Addiction and behavioral sciences research center, , North Khorasan University of Medical Science E mail: s.kavehhojjat1@gmail.com

Abstract

Background & Objective: *Students experience high levels of psychological stresses in dormitory life that make them predispose to depression. Depression is the most common mental disease among females. There are many different therapeutic approaches for treating depression. The purpose of this study is comparing the effectiveness of group resilience training and group cognitive therapy on decreasing rate of depression in female students who live in dorm.*

Matrial & Methods: *In this study 45 female students who got 19 in BDI-II were selected and divided to 3 groups, 2 experimental groups and a control group. One of the experimental groups received resilience training in 8 sessions and the other group received cognitive therapy in 8 sessions. All group members filled BDI-II before and after interventions. Data were analyzed with SPSS 15 with descriptive statistic indices, repeated measure ANOVA and LSD post hoc test (P=0.01).*

Result: *The results showed that there is a meaningful difference between the experimental group and control group which had not received training method. The difference between the efficacy of two trained experimental group was not significant.*

Conclusion: *Training resiliency and cognitive therapy are effective in reduction of depression score of girl students of dorm.*

Keywords: *Resilience training, cognitive therapy, depression*

Submitted:*7 Jan 2013*
Revised:*9 Feb 2013*
Accepted: *11Mar 2013*

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]