

اثر بخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر نشانه های افسردگی و استرس ناشی از تروما

## سوختگی

الهام سعیدی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات قزوین

[esaeydi@yahoo.com](mailto:esaeydi@yahoo.com)

سعید جهانیان

دکترای تخصصی سلامت، استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب

[s.jahanian@yahoo.com](mailto:s.jahanian@yahoo.com)

### چکیده:

این پژوهش بمنظور بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر نشانه های افسردگی و استرس ناشی از تروما (سوختگی). انجام گرفت. روش پژوهش حاضر طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. بدین منظور با مراجعه به بیمارستان سوانح و سوختگی شهید مطهری در شهر تهران از بین 95 نفر بیمار مبتلا به تروما سوختگی که حداقل 3 ماه از سوختگی آنها گذشته بود و از آبان ماه سال 1393 تا اسفند ماه 1393 به بیمارستان سوختگی شهید مطهری مراجعه کرده بودند و 44 نفر به عنوان نمونه پژوهش و به صورت نمونه گیری به روش دواطلبانه انتخاب شدند. از این تعداد 22 نفر زن در گروه آزمایش و 22 نفر زن در گروه کنترل به روش جایگزینی تصادفی قرار گرفتند. با استفاده از طرح پژوهش بیماران گروه آزمایش (مداخله). در کنار دریافت مراقبت معمول پزشکی به مدت دو ماه (از 10 اسفند تا پایان اردیبهشت 1394). تحت برنامه مداخله 10 هفته ای (هر هفته 1 جلسه 90 دقیقه ای). قرار گرفتند. نشانه های افسردگی و استرس به ترتیب به وسیله نسخه های فارسی پرسش نامه افسردگی بک (BDI II) و پرسش نامه PSS14 مورد اندازه گیری قرار گرفتند. بررسی نتایج تحلیل کواریانس نشان داد بین میزان استرس زنان آموزش دیده و زنان آموزش ندیده تفاوت معنی داری با سطح اطمینان 99 درصد وجود دارد ( $p < 0/01$ ). و زنان دارای سوختگی آموزش دیده دارای میزان نمره کمتری از لحاظ میزان استرس می باشند. بین میزان افسردگی زنان آموزش دیده و زنان آموزش ندیده نیز تفاوت معنی داری با سطح اطمینان 99 درصد مشاهده شد ( $p < 0/01$ ). زنان دارای سوختگی آموزش دیده دارای میزان نمره کمتری از لحاظ میزان افسردگی می باشند

واژه های کلیدی: استرس، افسردگی، زنان دچار سوختگی.

## EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL MANAGEMENT TRAINING OF STRESS ON STRESS, AND DEPRESSION SYMPTOMS CAUSED BY TRAUMA SCORCH

Elham Saeedi

Saeid Jahanian

### Abstract

This study was conducted to examine the effectiveness of cognitive-behavioral stress management on depression and stress caused by trauma burn. the method of current research was quasi-experimental design pretest-posttest with a control group.

therefore, for this purpose, by referring to the Motahary hospital of accidents and burn in Tehran, among of 95 patients with the trauma of burn at least 3 months pasted from their burn ( i.e. since Aban 1393 to Esfand 1393 had referred to the section of repair of hospital burn Motahary and again among of 44 people as research sampling all were selected as voluntary way for this kind of reseraching.

from these numbers of people, only 22 women were in the experiment group and 22 other women were chosen in control group as randomly replacement method and this matter performed by using of research design patients experimental group (intervention)

along side of receiving routine medical carefor for two months ( i.e. from 1 march to the end of the may2015).they became under

under the intervention program almost for 10 weeks ( i.e one week, one session of 90 minutes). the symptoms of depression, stress written as the Persian version of Beck Depression Inventory II (BDI II) as respectively. Pss14 qestionnarire were measured . the results of Covariation related to this persent study showed that between the stress levels of trained women and untrained women there was a significant difference at 99% in thier confidence levels as (p <0/01).and trained women against burning from the aspect of depression had some low scores . Women who have burns and they are under intervention training and strees managment shown less stress.

**Keywords:** cognitive-behavioral stress management training, stress, depression, burn women

## مقدمه

جراحات سوختگی یکی از شدیدترین اشکال تروما بوده که سبب بسیاری از ناتوانایی‌ها، عوارض و میرایی در کنار هزینه‌های بالای بیمارستان و مشکلات روحی و عاطفی آن می‌شود (میر محمدی و همکاران، 2013).

سالانه ده‌ها هزار نفر به علت سوختگی به بیمارستانها مراجعه می‌کنند اکثر این افراد در اثر سوختگی دچار بدشکلی در اندام‌ها می‌شوند. در این میان سوختگی صورت و اندام‌هایی که پوشیده نیست بیش از سایر اندام‌ها فرد را دچار پریشانی و تنش می‌کند (اتکینسون<sup>1</sup>، 1997). خود پنداشت یک روند پویای شناختی و درک سازمان یافته از جسم فرد است که تحت تاثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و متغیرهای روانی قرار می‌گیرد و تصور از بدن یکی از اجزای خاص خودپنداشت است. درک آگاهانه و ناآگاهانه از جسم در ارتباط با جنسیت، ظاهر، سلامتی، سن، فعالیت بدنی، تمامیت جسمی و غیره را شامل می‌شود (موس<sup>2</sup>، کار<sup>3</sup>، 2004).

سوختگی روی بهزیستی روانی فرد تاثیر می‌گذارد و موجب طرد، اضطراب، افسردگی، اضطراب اجتماعی و تنیدگی مزمن پس از سانحه در فرد می‌شود به طوری که با گذشت چندین سال از حادثه سوختگی تنش‌های ناشی از آن همچنان ادامه دارد (تامبر و همکاران<sup>4</sup>، 2008).

در نتیجه توان بخشی در حیطه روان درمانی در مورد این افراد بسیار اهمیت دارد (اتکینسون، 1997). مداخله‌های متعددی از جمله درمان‌های شناختی - رفتاری جهت بیماران دچار بدشکلی وجود دارد (تامپسون<sup>5</sup>، کنت<sup>6</sup>، 2001).

با توجه به اینکه استرس جز جدانشدنی زندگی بشر است برنامه‌هایی برای مقابله موثر با استرس و مهار استرس وجود دارد که به آن مدیریت استرس گفته می‌شود (آنتونی<sup>7</sup> و همکاران، 2007، ترجمه آل محمد و همکاران، 1388). با توجه به اثر بخش بودن درمان‌های شناختی - رفتاری برداشته وسیعی از اختلالات روانی به ویژه افسردگی و اضطراب در سالهای اخیر تلاش شده است تا از این درمان‌ها در کاهش مشکلات روان شناختی بیماریهای جسمی از جمله بیماران ناشی از تروما (سوختگی) استفاده شود. ابعاد روانشناسی بیماری‌های جسمی با اقبال روز افزونی از طرف روانشناسان مواجه شده است بر این اساس اجرای مداخله‌های روان شناختی بر روی افراد آسیب دیده جامعه در پیشگیری از ابتلا زود هنگام این افراد به نشانه‌های استرس و اضطراب و افسردگی می‌تواند موثر باشد. همچنین اجرای این مداخله‌ها بر روی بیماران می‌تواند به کاهش مشکلات هیجانی مانند افسردگی، اضطراب در این بیماران بیانجامد (واد<sup>8</sup>، بیرچ موروهایی<sup>9</sup>، 2002).

با توجه به اینکه افراد به ویژه زنان حساسیت بسیار بالا و آسیب پذیری بیشتری نسبت به تصویر بدنی و پذیرش خود دارند و در صورت آسیب دیدگی دچار اختلال‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی می‌شوند (میلاند، هوگلند<sup>10</sup>، 2007).

افسردگی<sup>11</sup> یکی از شایع‌ترین شکایاتی است که پزشکان در رابطه با افراد مواجه شده با تروما<sup>12</sup> با آن روبه‌رو می‌شوند. بیش از 70٪ از افرادی که دچار سوختگی درجه 3 هستند از بیماری افسردگی رنج می‌برند. از این رو افسردگی هدف بزرگی برای

<sup>1</sup>Atkinson

<sup>2</sup> Moss TP

<sup>3</sup> Carrt

<sup>4</sup>Thom bs BD

<sup>5</sup> Thomson A

<sup>6</sup> Kent G

<sup>7</sup> Antooni

<sup>8</sup> Wadet

<sup>9</sup> Birchmorel

<sup>10</sup> Meland E Haugland M

ملاحظات بهداشت عمومی این افراد محسوب می‌شوند. در سال‌های اخیر در زمینه‌ی ترومای ناشی از سوختگی در سطوح مختلف، سبب‌شناسی، تشخیص و درمان پیشرفت‌های چشم‌گیری به دست آمده است و در درمان از یک رویکرد چند وجهی و الگویی زیستی، روانی و معنوی بهره گرفته می‌شود (بروک<sup>۱۳</sup> و اشپینتز<sup>۱۴</sup>، 2002).

اجتماع درمان مدار برای درمان و بازتوانی مبتلایان به سوختگی از سال 1958 در آمریکا شروع به کار نمود. این اجتماع از سال 1382 در ایران نیز تأسیس گردید. در این اجتماع به کنترل عواقب ثانویه‌ی ناشی از سوختگی نظیر اضطراب افسردگی پس از تروما توجه شده است. با توجه به تاریخچه‌ی فوق متأسفانه در کشور ما گام‌های موثر در راه پیشگیری و درمان اضطراب و افسردگی پس از سوختگی با تأخیر زیاد طی شده است (سرگندانی، 1380). نقش استرس و اضطراب در آغاز و دوره‌ی درمان و پس از درمان سوختگی در بررسی‌های گوناگون مورد تأیید قرار گرفته است (رابینسون<sup>۱۵</sup> و والش<sup>۱۶</sup>، 2007). اغلب بیماران که دارای سوختگی قابل مشاهده (بخصوص در ناحیه‌ی صورت). افسرده به نظر می‌رسند، اختلال خلق‌وخو در این افراد با سیار اختلال‌های بیماری روانی فرق ندارد (بارکر<sup>۱۷</sup>، 2005). افسردگی در سراسر جهان، چهارمین علتی است که منجر به ناتوانی می‌شود و پیش‌بینی می‌شود که در سال‌های آینده حتی شیوع بیشتری نیز پیدا می‌کند (بایر و همکاران، 2004). به نقل از انیل<sup>۱۸</sup>، 2005، مطابق با آمار منتشر شده توسط موسسه پژوهش و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی (2006). به نقل از ابراهیمی (1386). به علاوه بر تبعات فردی وسیعی مانند میزان بالاترین مرگومیر و آسیب چندگانه در حوزه‌های عملکرد، کل هزینه‌های اقتصادی تخمین زده شده برای افسردگی، بالغ بر 44 میلیون دلار است.

مبتلایان به اختلالات پزشکی مزمن به طور قابل ملاحظه در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به افسردگی هستند بطوریکه در جمعیت این بیماران، افسردگی عمده با میزان شیوع 23-15 درصد و شیوع نشانه‌های افسردگی حقیقی نیز 27-15 درصد گزارش می‌کند (لیونه، 2003). افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی همراه با سوختگی مورد توجه بوده است. اما به جز موارد محدود، غالباً مورد غفلت واقع شده و تلاشی برای درمان آن صورت نمی‌گیرد (بارکر، 2005). افسردگی در سراسر جهان، چهارمین علتی است که منجر به ناتوانی می‌شود و پیش‌بینی می‌شود که در سالهای آینده حتی شیوع بیشتری نیز پیدا کند (بایر و همکاران، 2003). به نقل از انیل، 2005). افسردگی خواه مقدم بر خود بیماری تروما باشد، خواه پس از سوختگی به وجود آید، کیفیت زندگی بیماران را به طور منفی و به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد (ضیایی و شیرزادی، 1381).

تغییرات در برنامه روزمره زندگی، فعالیت جسمانی، وضعیت اجتماعی، روانی و شغلی پیش می‌آید (رشیدی نژاد؛ 1379، ص 44-50). این تغییرات در قالب اختلال استرس پس از آسیب جای می‌گیرد. اهمیت اختلال پس از آسیب در مبتلایان سوختگی شدید کاملاً شناخته شده است. اما اهمیت آن در مبتلایان سوختگی خفیف و متوسط که نیاز به چند روز بستری در بیمارستان دارند و یا حتی به احیای مایعات نیازی ندارند کاملاً شناخته شده نیست و منجمله توجه کمی به آن شده است. در صورتی که حجم زیادی از واحدهای سوختگی را به خود اختصاص می‌دهد. (شکسپیر<sup>۱۹</sup>، 1998؛ به نقل از تمئی و همکاران؛ 1385). و با بالاترین میزان مراقبت‌های ویژه پرستاری از نظر مراقبت زخم، کنترل عفونت، حمایت و اطلاعات تغذیه‌ای در این

<sup>11</sup>Depression

<sup>12</sup>Trauma

<sup>13</sup>Brouck JS

<sup>14</sup>Eshpinse

<sup>15</sup>Ronninson

<sup>16</sup>Walsh , A

<sup>17</sup>Barker , H

<sup>18</sup>Eniel

<sup>19</sup>Shakespeare , V

مصدومین گزارش شده است. آنچه مسلم است عامل وسعت و شدت سوختگی در کنار مجموعه عوامل قبل از آسیب مانند بیماری های روانی قبلی و رفتارهای سازگاری فرد، ماهیت آسیب مثل وسعت و جایگاه سوختگی و پس از آسیب منجمله حمایت خانواده، دوستان و اجتماع می تواند میزان اختلال استرس پس از آن آسیب را مشخص سازد (بادگر، 2001).

در ایران شیوع موارد سوختگی بالاست و پیامدهای ناراحت کننده ای همراه با مرگ و میر و معلولیت های زیاد دارد (آلاتیان، 2005، آفاخانی و همکاران، 2005). براساس آمار در گزارش سال 1385 اداره پیشگیری از حوادث مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سوختگی با فراوانی 56364 مورد، 5٪ از کل سوانح و حوادث ثبت شده کشور را تشکیل می دهد و با میزان بروز یک در هزار، یکی از علل مهم مصدومیت در کشور به شمار می آید. همچنین مرگ های ناشی از حوادث سوختگی، 6٪ از کل علل فوت در کشور را به خود اختصاص داده اند (مقاسی، افساری، 1385). در بین علل حوادث منجر به مرگ نیز سوختگی ها بعد از حوادث ترافیکی جاده ای، دومین علت را به خود اختصاص می دهند.

آموزش مدیریت استرس به روش شناختی - رفتاری یک رویکرد چندوجهی است که طی آن تکنیک‌هایی از قبیل آرامش آموزی - تنفسی دیافراگم، مراقبه، شناسایی افکار منفی، تحریف‌های شناختی و بازسازی آن با جایگزین کردن افکار منطقی، آموزش مقابله کارآمد، مدیریت خشم و ابرازگری به افراد آموزش داده می‌شود (ایرونسون<sup>20</sup>، 2007). این مطالعه با هدف بررسی درمان رفتاری - شناختی به شیوه‌ی مدیریت استرس بر نشانه‌های افسردگی و استرس ناشی از تروما (سوختگی). انجام شده و به منظور پاسخگویی به این سوال می‌باشد که آیا روش درمان شناختی - رفتاری به شیوه مدیریت استرس در بهبود مشکلات روان‌شناختی چون افسردگی و استرس ناشی از تروما (سوختگی). موثر است؟

### هدف اصلی

هدف اصلی پژوهش حاضر دستیابی به شواهد تجربی در زمینه اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی و استرس ناشی از تروما سوختگی در زنان.

### اهداف اختصاصی

\* تعیین میزان اثربخشی برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر استرس ناشی از تروما سوختگی در زنان.

\* تعیین میزان اثربخشی برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه‌های شناختی - رفتاری بر نشانه‌های افسردگی ناشی از تروما سوختگی در زنان.

### فرضیه‌های پژوهش

1. مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری نشانه‌های استرس و افسردگی ناشی از تروماسوختگی رادرزنان کاهش میدهد
2. مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری، نشانه‌های استرس<sup>21</sup> ناشی از تروما سوختگی را در زنان کاهش می دهد.

<sup>20</sup> Iron song

<sup>21</sup> stress

3. مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری، نشانه‌های افسردگی<sup>۲۲</sup> ناشی از تروما سوختگی را در زنان کاهش می‌دهد.

### روش پژوهش

تحقیق حاضر یک تحقیق نیمه آزمایشی محسوب می‌شود و فرضیه‌های تحقیق با استفاده از کارآزمایی آزمایشی «پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل، مورد بررسی قرار گرفته است. متغیر مستقل یا تدبیر آزمایشی تحقیق حاضر مداخله گروهی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری می‌باشد و متغیرهای وابسته شامل تغییرات درمانی حاصل از کاربرد روش درمانی مذکور بر نشانه‌های افسردگی و استرس می‌باشد.

حجم نمونه تخصیصی برای هر یک از دو گروه مداخله و کنترل، 22 نفر در نظر گرفته شد. نمونه مورد مطالعه شامل 30 بیمار زن سوخته از جامعه مذکور می‌باشد. که در این مطالعه افراد در هر دو گروه آزمون و شاهد در رده سنی 20 تا 40 سال بوده‌اند و میانگین سنی افراد گروه آزمون  $33/82 \pm 5/46$  و گروه شاهد  $31/18 \pm 6/17$  سال بود. اکثر شرکت کنندگان هر دو گروه (73/3 درصد). خانه دار و متاهل بودند و قسمت‌های سوخته آنها کاملاً قابل رویت بود. بیشترین میزان سوختگی در گروه آزمون 15 تا 20 درصد و در گروه شاهد 30 درصد بود. بیشتر آزمودنی‌ها در هر دو گروه دارای تحصیلاتی در سطح دیپلم و زیر دیپلم می‌باشند. در تحقیق حاضر از پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II) استفاده شده است.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI). برای اولین بار در سال 1961 توسط بک<sup>۲۳</sup>، وارد<sup>۲۴</sup>، مندلسون<sup>۲۵</sup>، موک<sup>۲۶</sup> و ارباگ<sup>۲۷</sup> معرفی شد و بعدها در سال 1971 مورد بازنگری قرار گرفت و در سال 1978 انتشار یافت (بک، راش، شاو و امری، 1979 به نقل از صادقی 1387). این آزمون در مجموع از 21 ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و آزمودنی شدت نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس 4 درجه‌ای از 0 تا 3 درجه بندی می‌کند. پرسش‌ها با زمینه‌هایی مانند احساس، ناتوانی و شکست به احساس گناه، تحریک پذیری، آشفتگی در خواب و از دست دادن اشتها ارتباط دارند. ماده‌های آن اصولاً بر پایه مشاوره و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در بین بیماران روانی افسرده تهیه شده است اما بیشتر آن‌ها بازتاب دیدگاه شناختی بک درباره افسردگی است. این آزمون یک ابزار خودسنجی است و تکمیل آن 5 تا 10 دقیقه زمان لازم دارد و برای درک ماده‌ها داشتن توانایی خواندن در سطح کلاس 5 تا 6 کافی است (مارنات، 1384). پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II). (بک و استیروبراون<sup>۲۸</sup>، 1996). شکل بازنگری شده BDI است تفاوت عمده بین ابزارها این است که در BDJII موادی نشان دهنده بی‌قراری، تمرکز، فقدان انرژی و احساس بی‌ارزشی است با مواد مربوط به: مسائل مرتبط با ظاهر، توانایی کار، تغییر در وزن و نگرانی در مورد سلامت BDI جایگزین شده است. BDI یک ابزار غربالگری مفید برای افسردگی در بین بیماران جسمی

<sup>22</sup> depression

<sup>23</sup> Beck Depression Inventory second edition (BDI-II)

<sup>24</sup> Ward

<sup>25</sup> Mendelson

<sup>26</sup> Mock

<sup>27</sup> Erbaugh

<sup>28</sup> Brown

است، 7 ماده از 21 ماده آن نشانه های جسمی را ارزیابی می کند. بر این است که بیماران قلبی ممکن است که بر اساس نشانه های جسمی، نمره ای نزدیک به 10 بگیرند برای افسردگی بکار می رود (سورن سون<sup>۲۹</sup>، فریز-هاج<sup>۳۰</sup>، هاگفلد<sup>۳۱</sup> و بچ<sup>۳۲</sup>، 2005، به نقل از تامبز، زایجلستین<sup>۳۳</sup>، بک و پایلوت<sup>۳۴</sup>، 2008). ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک درمقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است. علاوه بر این II و BDI تمامی عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی افسردگی را نیز پوشش می دهد (نقل از فتی، 1382).

BDI-II مانند BDI از 21 ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده یکی از 4 گزینه ای را که نشان دهنده شدت افسردگی در مورد خودش است بر می گزیند. هر ماده نمره ای بین 0 تا 3 می گیرد و به این ترتب نمره کل پرسشنامه دامنه ای از 0 تا 63 دارد. مطالعات روان سنجی انجام شده حاکی از روایی و اعتبار و ساخت عاملی مطلوبی برای آن می باشد و به طور کلی این پرسشنامه جایگزین خوبی برای BDI می باشد (وزوا؛ دابسون و آهنبرگ، 1998، بک، استیروبراون، 1996؛ نقل از فتی 1382). یک فراتحلیل از مطالعات مختلف برای تعیین همسانی درونی نشان داده است که ضرایب بدست آمده از 0/73 تا 0/93 با میانگین 0/86 متغیر بوده است. (بک، استیروگاربین<sup>۳۵</sup>، 1988 به نقل از مارنات<sup>۳۶</sup>، 1384). ضرایب پایایی به روش بازآزمایی برحسب فاصله زمانی بین دوبار اجرا و نوع جمعیت مورد مطالعه از 48٪ تا 98٪ بوده است (مارنات، 1384). فتی(1382). با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه 94 نفری ضریب آلفا را 0/91 ضریب همبستگی دو نیمه سازی را 0/89 و ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته را 0/94 گزارش کرده است.

#### پرسشنامه استرس ادارک شده (PSS-14)<sup>۳۷</sup>.

پرسشنامه استرس ادارک شده در سال 1983 توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای 3 نسخه 4 و 10 و 14 ماده ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می رود. افکار و احساسات درباره حوادث استرس زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس های تجربه شده را مورد سنجش قرار میدهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش زا را نشان میدهد. این پرسشنامه در کشورهای مختلف کاربرد فراوانی داشته و به همین خاطر به زبان های گوناگون ترجمه و در کشورهای زیادی مورد استفاده قرار گرفته و هنجاریابی شده است. در این پژوهش نسخه 14 ماده ای آن آزمودنی ها ارائه شده است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه 0/84، 0/85 و 0/86 بدست آمده است. (کوهن<sup>۳۸</sup> و دیگران، 1983).

29 . Sorensen , C  
30 .Fliis – kasche, E  
31 .Haghfelt,T  
32 . Bech  
33 . Ziegel stein  
34 .Pilote  
35 . Garbin  
36 . Marnal  
37 . Perceived stress scale  
38 . Cohen

### روش نمره گذاری

نحوه نمره گذاری پرسشنامه به این شکل است که بر اساس طیف 5 درجه ای لیکرت به هرگز=0، تقریباً هرگز=1، گاهی اوقات=2، اغلب اوقات=3 و بسیاری از اوقات=4 امتیاز تلقی می گردد. عبارات 4-5-6-7-9-10 و 13 به طور معکوس نمره گذاری می شوند (هرگز=4 تا بسیاری از اوقات=0). کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره 56 است. نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است.

در این پرسشنامه احساسات و افکار فرد در طی ماه گذشته در هریک از موارد آورده شده در 14 سوال، مورد سوال قرار می گیرد. اگرچه برخی از عبارات ظاهراً به هم شبیه هستند اما بر اساس پاسخی که فرد به سوال مزبور می دهد مسائل جداگانه ای مورد بررسی قرار می گیرد. لذا بهتر است اولین پاسخی که فرد به ذهنش می رسد را در پاسخ به هر سوال علامت بزند.

### روش تحلیل داده ها:

در تحقیق حاضر داده های گردآوری شده در دو بخش توصیف داده ها و تحلیل و استنباط داده هامورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش اول افسردگی و استرس (ویژگی های جمعیت شناسی و روان شناختی). آزمودنیها با استفاده از روش های آمار توصیفی بررسی شد و با محاسبه میانگین و انحراف استاندارد، فراوانی و درصد به توصیف آزمودنی ها پرداخته شده در بخش دوم برای استنباط از داده ها و آزمون فرضیه های تحقیق از آزمون کوواریانس و آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین نمرات اختلافی گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. محاسبات آماری با استفاده از برنامه نرم افزار کامپیوتری و SPSS-19 صورت گرفت.

### یافته ها

در این بخش یافته های توصیفی و مشخصات داده های جمع آوری شده از پژوهش با استفاده از شاخص های آماری توصیفی بیان می شود.

#### جدول 1: بررسی افراد در گروههای مورد ارزیابی

گروههای مورد ارزیابی	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
زنان دچار سوختگی آموزش ندیده	22	50%	50%
زنان دچار سوختگی آموزش دیده	22	50%	100%

بررسی نتایج جدول 1 نشان می دهد که 50 درصد افراد مورد بررسی شامل زنان دچار سوختگی که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری را دریافت نموده اند و 50 درصد به عنوان گروه شاهد زنان دچار سوختگی که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری را دریافت نکرده اند.



**جدول 2: بررسی درصد سوختگی افراد در گروههای مورد بررسی**

کل	گروههای مورد ارزیابی		درصد سوختگی	
	آموزش دیده	آموزش ندیده	فراوانی	درصد
10	3	7	فراوانی	15 درصد
22/7%	13/6%	31/8%	درصد فراوانی	
13	6	7	فراوانی	20 درصد
29/5%	27/3%	31/8%	درصد فراوانی	
15	9	6	فراوانی	25 درصد
34/1%	40/9%	27/3%	درصد فراوانی	
6	4	2	فراوانی	30 درصد
13/6%	18/2%	9/1%	درصد فراوانی	
44	22	22	فراوانی	کل
100%	100%	100%	درصد فراوانی	

بررسی نتایج جدول و نمودار 2 در ارتباط با درصد سوختگی زنانی که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری را دریافت نموده اند نشان می دهد که 31/8 درصد دارای 15 درصد سوختگی، 31/8 درصد دارای 20 درصد سوختگی، 27/3 درصد دارای 30 درصد سوختگی و 9/1 درصد دارای 30 درصد سوختگی می باشند. همچنین در ارتباط با درصد سوختگی زنانی که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری را دریافت نموده اند نشان می دهد که 13/6 درصد دارای 15 درصد سوختگی، 27/3 درصد دارای 20 درصد سوختگی، 49/9 درصد دارای 25 درصد سوختگی و 18/2 درصد دارای 30 درصد سوختگی می باشند.

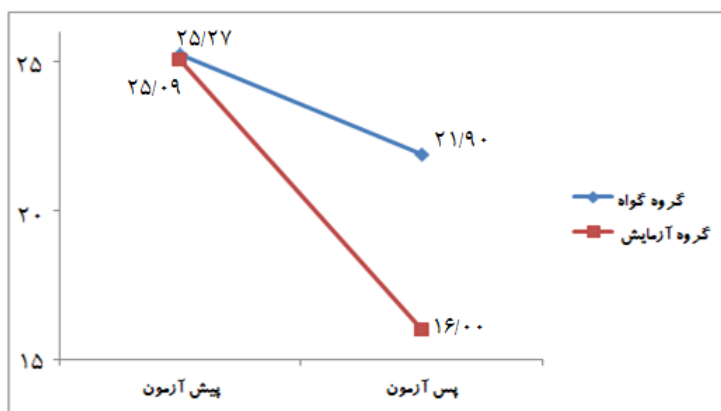
**فرضیه اول:** بررسی افسردگی و استرس زنان دچار سوختگی مورد ارزیابی

**جدول 3: شاخص های توصیفی ابعاد ویژگیهای افسردگی و استرس در گروههای مورد ارزیابی**

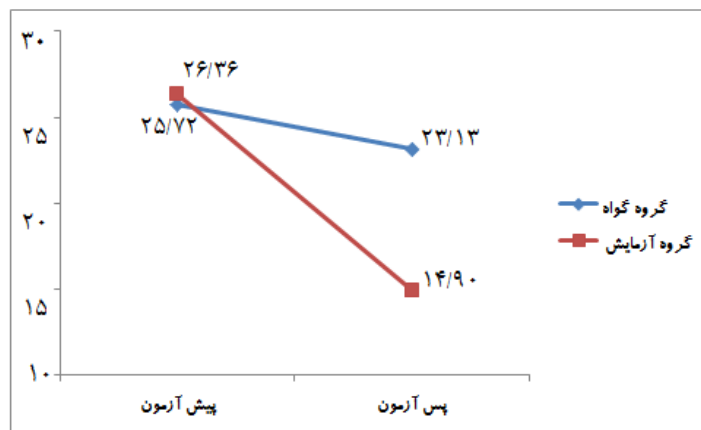
گروههای مورد ارزیابی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
پیش آزمون	22	25/27	4/24	15	32
افسردگی	زنان دچار سوختگی آموزش ندیده				

44	8	5/56	25/09	22	زنان دچار سوختگی آموزش دیده	
35	6	3/89	25/72	22	زنان دچار سوختگی آموزش ندیده	استرس
39	8	4/59	26/36	15	زنان دچار سوختگی آموزش دیده	
32	13	4/24	21/90	15	زنان دچار سوختگی آموزش ندیده	افسردگی
28	5	5/56	16/00	15	زنان دچار سوختگی آموزش دیده	پس آزمون
36	10	3/89	23/13	15	زنان دچار سوختگی آموزش ندیده	استرس
34	5	4/59	14/90	15	زنان دچار سوختگی آموزش دیده	

میانگین نمره میزان افسردگی زنان دچار سوختگی که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری را دریافت نموده اند در مرحله پس آزمون 21/90 با حداقل نمره 13 و حداکثر نمره 32 و میانگین نمره میزان افسردگی زنان دچار سوختگی که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری را دریافت نموده اند در مرحله پس آزمون 16/00 با حداقل نمره 5 و حداکثر نمره 28 است. همچنین میانگین نمره میزان استرس زنان دچار سوختگی که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری را دریافت نموده اند در مرحله پس آزمون 23/13 با حداقل نمره 10 و حداکثر نمره 36 و میانگین نمره میزان استرس زنان دچار سوختگی که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری را دریافت نموده اند در مرحله پس آزمون 14/90 با حداقل نمره 5 و حداکثر نمره 34 است.



**نمودار 1: پروفایل مقایسه ای میانگین افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون**



**نمودار 2: پروفایل مقایسه ای میانگین استرس در پیش آزمون و پس آزمون**

**فرضیه دوم:** مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری نشانه‌های استرس ناشی از تروما سوختگی را کاهش در زنان می‌دهد.

**جدول 4: میانگین و انحراف معیار استرس زنان دچار سوختگی استان تهران**

صفات مورد ارزیابی	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
استرس	آموزش ندیده	21/90	4/84	15
	آموزش دیده	16/00	6/10	15

**جدول 5: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری بمنظور تاثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه‌های استرس**

صفات مورد ارزیابی	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fنسبتوار یانس ها	سطح معنی داری
استرس	پیش آزمون	0/24	1	0/24	0/02	0/91
	گروه	391/72	1	391/72	10/49	0/00

بررسی نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری بمنظور بررسی تاثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش استرس زنان دچار سوختگی نشان می‌دهد بین استرس زنان دچار سوختگی آموزش دیده و زنان دچار سوختگی آموزش ندیده تفاوت معنی داری آماری با اطمینان 0/99 وجود دارد. و با توجه به نتایج جدول مقایسه میانگین صفات مورد ارزیابی زنان دچار سوختگی که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری را دریافت نموده اند میزان نمره کمتری از لحاظ استرس دارمی باشند. به عبارت دیگر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری میزان استرس زنان دچار سوختگی را به طور معنی داری کاهش می‌دهد.

**فرضیه سوم تحقیق:** مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری نشانه‌های افسردگی ناشی از تروما سوختگی را در زنان کاهش می‌دهد

**جدول 6: میانگین و انحراف معیار افسردگی زنان دچار سوختگی استان تهران**

تعداد	انحراف معیار	میانگین	گروه	صفات مورد ارزیابی
15	12/91	29/86	آموزش دیده	افسردگی
15	11/14	17/27	آموزش ندیده	

**جدول 7: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری بمنظور تاثیر مدیریت افسردگی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه‌های افسردگی**

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منابع تغییر	صفات مورد ارزیابی
0/00	7/56	788/95	1	788/95	پیش‌آزمون	افسردگی
0/00	15/44	1611/76	1	1611/76	گروه	

بررسی نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری بمنظور بررسی تاثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی زنان دچار سوختگی نشان می‌دهد بین افسردگی‌زنان دچار سوختگی آموزش دیده و زنان دچار سوختگی آموزش ندیده تفاوت معنی داری آماری با اطمینان 0/99 وجود دارد. و با توجه به نتایج جدول مقایسه میانگین صفات مورد ارزیابی زنان دچار سوختگی که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری را دریافت نموده اند دارای میزان نمره کمتری از لحاظ افسردگی می‌باشند. به عبارت دیگر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری میزان افسردگی‌زنان دچار سوختگی را به طور معنی داری کاهش می‌دهد

## بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت نمرات استرس (PSS 14)، گروه آزمایش و گروه کنترل در پس مداخله معنی دار است ( $P < 0/01$ ). لذا فرضیه اول و دوم پژوهش تأیید می شود و می توان نتیجه گرفت که آموزش مدیریت استرس به شیوه ی شناختی - رفتاری تأثیر معنی داری بر کاهش استرس بیماران سوختگی داشته است. این نتایج حاکی از آن است که یک مداخله نسبتاً کوتاه مدت شناختی - رفتاری گروهی می تواند منجر به کاهش معنی دار استرس در بیماران سوختگی گردد. علاوه بر این به نظر می رسد کاهش استرس در یک دوره نسبتاً کوتاه مدت زمانی امکان پذیر باشد. دلایل متعددی برای کاهش استرس در بیماران آموزش دیده مورد مطالعه وجود دارد: اول آنکه بیماران پس از دریافت مداخله، احتمالاً تلاش کرده اند تا شیوه زندگی خودشان را تغییر داده و استرس را مدیریت نمایند تا از وقوع مجدد استرس جلوگیری کنند. دوماً مداخله تمرکز ویژه ای بر روی آگاه ساختن بیماران از نقش استرس در تشدید بیماریشان داشته و بر توانمند سازی تأکید داشته است که می تواند از دلایل احتمالی دیگر در کاهش معنی دار استرس در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل باشد. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه محرابی و همکاران (2008)، دوازده امامی و همکاران (2009)، رنجبر و همکاران (2010)، سجادی و همکاران (2008)، میزونی و همکاران به نقل از شیربیم و همکاران (2008)، و یعقوبی نصر آبادی و همکاران (2003)، و تیرمن و همکاران (1998)، همخوانی داشت که نشان دادند که آموزش مدیریت استرس می تواند فشار روانی استرس را کم کند.

### فرضیه سوم: مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری نشانه های افسردگی ناشی از تروماسوختگی را در زنان کاهش می دهد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که برنامه درمانی منجر به کاهش افسردگی در بیماران گروه آزمایش در پس از مداخله شده است. در مطالعه حاضر نتایج حاکی از آن است که مداخله درمانی مورد استفاده منجر به کاهش چشمگیر افسردگی در بیماران گروه آزمایش شده است. و این نتایج با نتایج حاصل از تعدادی از مطالعات همسو است. و از آنان حمایت می کنند. به عنوان مثال در یک مطالعه عمده یک برنامه درمانی شناختی - رفتاری با نام بررسی اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری مدیریت بر افسردگی زنان مبتلا به کمر درد مزمن اجرا شد و در آن اثر بخشی درمان آموزش گروهی شناختی - رفتاری در 24 نفر از بیماران با تشخیص کمر درد مزمن مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان می دهد که مداخله آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری (مدیریت درد)، باعث کاهش افسردگی و بیماران مبتلا به کمر درد مزمن در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می شود.

در مطالعه دیگری یک برنامه شناختی - رفتاری با نام اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی در دوران بارداری طراحی و اجرا شد که در آن فنون CBT و برای آماج قرار دادن نشانه های افسردگی و اضطراب در بیماران به کار برده شد. در این برنامه به نقش استرس در دوران بارداری مدیریت سلامت جسمی، افزایش کنترل، تأکید شده است. نتایج نشان داد که مداخله در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مؤثر است.

نتایج حاصل با نتایج میرزایی و همکاران (1392)، مطابقت دارد. میرزایی و همکاران (1392)، در تحقیقات خود نشان دادند که مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری می تواند در بهبود افسردگی و تحریک پذیری PMS مؤثر باشد.

نتایج حاصل در ارتباط با تاثیر مدیریت استرس در کاهش افسردگی با پژوهش های سوربیت و همکاران، مک گینیس و همکاران عطاری و همکاران (2009)، و محرابی و همکاران (2009)، مطابقت داشت. در تحقیقات محققین فوق آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بازسازی شناخت ها و باورهای فرد و در نتیجه کاهش میزان استرس را به همراه خواهد داشت که این موضوع می تواند باعث کاهش افسردگی ناشی از تلقی دیابت به عنوان یک بیماری ناتوان کننده مزمن شود. با وجود کم بودن مطالعه های کنترل شده در مورد اثر مداخله های درمانی برای مشکلات هیجانی بیماران سوختگی یافته های این پژوهش با ادبیات موجود هماهنگ است. برای مثال پژوهشگران آموزش

گروهی شناختی رفتاری و مدیریت استرس در کاهش هیجانهای منفی و افزایش احساس خود کارآمدی بیماران دیابتی با کنترل ضعیف قند خون و بیماران مبتلا به عوارض قلبی- عروقی موثر می دانند. رابین نیز با بررسی پژوهش های انجام شده بیان می کند که مداخله هایی که برای مقابله یا افسردگی در جمعیت عمومی موثر هستند . برای بیماران سوختگی نیز مفید خواهند بود.

بر اساس نتایج مطالعه تیپور ارائه مداخله های رفتاری شناختی موجب کاهش معنی دار در افسردگی گروه آزمایش و نیز کاهش سایر عوامل ناراحت کننده گردید. در مطالعه بلک نیز مداخله روانشناختی باعث کاهش علائم افسردگی در زنان مبتلا به PMS گردید. نتایج مطالعات در یو و همکاران(2008). ، سریواستاوا تالوکر و لاهن (2011). با بررسی تاثیر مداخله های شناختی رفتاری بر افسردگی در دوره پیگیری 28 هفته تفاوت معنی داری را بین دو گروه گزارش کردند. همچنین همسو با پژوهش هایی نظیر رضایی و همکاران (1390). ، جندقی نشاط دوست کلانتری و جبل عاملی (1392). است. که تاثیر کاهنده مدیریت استرس شناختی رفتاری بر افسردگی را گزارش کردند. همچنین نتیجه پژوهش های دیگر بیان گر کاهش افسردگی در اثر آموزش یک مداخله شناختی رفتاری شد از جمله دوازده امامی و همکاران (1388). ، رسولی آزاد و طباطبایی (1388). که تاثیر کاهنده گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی بیماران MS گزارش کردند. شاید بتوان گفت که درمانهای شناختی- رفتاری عمدتاً با درمان افسردگی تداعی می شوند.

نظریه های مطرح در این حوزه و مداخلات مبتنی بر آنها همواره بدنبال تدوین و ترویج الگوهای نظری و عملی در زمینه چگونگی شکل گیری تفکرات خود شکست دهنده و خود ناکام ساز و روش های کنترل آنها یوده اند. لذا تاثیر مثبت مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر افسردگی بیماران سوختگی بدلیل استفاده از روش های شناختی از جمله شناسایی افکار منفی آگاهی از تفاوت بین خود گویی منطقی و غیر منطقی و انجام تمرینانی مثل آرمیدگی عینی گرایی و آرامش عضلانی به صورت رفتاری می تواند توجیه کننده کاهش نمرات افسردگی در این گروه از بیماران باشد.

### محدودیت های پژوهش

هر تحقیقی از ابتدای امر یعنی انتخاب موضوع تا مراحل اجرا، و تجزیه و تحلیل و نتیجه گیری دارای محدودیت هایی است. بیان محدودیت ها در پژوهش به محققانی که قصد تحقیق در زمینه های مختلف را دارند، کمک می کند تا با دیدی باز و آگاهی از موانع، کمبودها و محدودیت های تحقیق به امر پژوهش در زمینه های مشابه بپردازند. این تحقیق نیز دارای موانع و محدودیت هایی است که در ذیل به آنها اشاره می کنیم.

کم بودن نمونه آماری در دسترس ، محدودیت زمانی و امکانات آموزشی دشواری در جلب رضایت آزمودنی ها جهت همکاری و پراگندگی نمونه های مورد بررسی و دسترسی سخت و هماهنگی ها لازم جهت انجام پرسش نامه ها نیز از محدودیت های این پژوهش به حساب می آید. فقدان پیگیری بمنظور نتایج مربوطه ، عدم اختصاصی بودن برنامه آموزشی بکار گرفته شده در این مطالعه برای بیماران سوختگی، عدم وجود یک گروه کنترل دیگر با جلسات مشاوره معمولی بمنظور حذف اثر دارو نمایی گروه درمانی بود که بدلیل محدودیت امکانات و زمان رعایت این امر ممکن نبود.

با توجه به اینکه اکثریت نمونه مورد مطالعه را زنان تشکیل می دهند در تعمیم پذیری یافته ها به بیماران سوختگی مرد، بایستی جانب احتیاط رعایت گردد. ابزار به کارگرفته شده در پژوهش فقط پرسشنامه است و استفاده از یک ابزار ممکن است نتواند اطلاعات دقیقی جمع آوری کند.

تعداد زیاد پرسش نامه ها و سوالات زیاد در پرسش نامه ها نیز از محدودیت های این تحقیق بخصوص در مرحله اجرا بود. دیگر محدودیت این پژوهش آن است که برخی از متغیرهای فرعی مانند پایگاه اجتماعی، اقتصادی افراد در این پژوهش لحاظ نشده است. و ممکن است در نتیجه تاثیر بگذارد. گرچه انتخاب تصادفی گروههای مورد مطالعه و استفاده از آزمونهای آماری تا حد زیادی خطای ناشی از نمونه گیری را به حساب می آورد و با وجود این تأثیر اینگونه متغیرهای ناخواسته ممکن است در نتایج تحقیق اثر بگذارد.

پژوهش حاضر صرفاً در مورد زنان دچار سوختگی در شهر تهران صورت گرفته است و تعمیم نتایج آن به گروه های دیگر و همچنین به مناطق و شهرهای دیگر بایستی با احتیاط صورت پذیرد.

انسان موجودی است پیچیده و همین ویژگی باعث می شود که پژوهشگران حوزه علوم انسانی نتوانند تمامی عوامل و متغیرها را کنترل کند. بنابراین در این پژوهش متغیرهای تاثیر گذار فرهنگی- اجتماعی و اقتصادی آزمودنی ها کنترل نشده است. مسلماً هر گونه آموزشی بر اساس محتوای خود دارای بار روانی و آموزشی خاص خود می باشد. شرکت داوطلبانه بیماران در پژوهش را نیز می توان از دیگر محدودیت های این پژوهش دانست که می تواند باعث کاهش روایی بیرونی و تعمیم پذیری یافته ها باشد.

با توجه به اینکه نتایج حاصل از این تحقیق صرفاً با مطالعه زنان دچار سوختگی در محدوده سنی 20 تا 40 سال و با درصد سوختگی 15 تا 30 درصد از نوع درجه 2 و 3 می باشد لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر افراد بایستی جانب احتیاط رعایت گردد.

### پیشنهاد های پژوهشی

بدیهی است این تحقیق به علت محدودیت های فراوان از جمله محدودیت های زمانی و نیز لزوم ارائه ی کاری در حد پایان نامه ی کارشناسی ارشد موفق به بررسی تمامی مسایل لازم نشده است. امید است که سایر پژوهشگران و محققان علاقمند در این زمینه در این راه گام بردارند و جامعه را از نتایج علمی تحقیقاتشان بهره مند سازند.

بررسی منابع مطالعاتی موجود نشان داد که تاکنون مطالعه منتشر شده ای در زمینه اثر بخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات روانشناختی و علائم تروما سوختگی وجود ندارد. لذا نو آوری و ابتکار مطالعه لازم در استفاده از این آموزش برای زنان مبتلا به سوختگی بود و نتایج آن حاکی از اثر بخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش علائم سوختگی و کاهش افسردگی و استرس زنان مبتلا بود. لذا مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری می تواند به عنوان شیوه درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در کاهش نشانه های استرس و افسردگی ناشی از تروما و بهبود زندگی افراد مبتلا به کار گرفته شود. پیشنهاد می شود در تعمیم نتایج به افراد دیگر جانب احتیاط رعایت شود همچنین مطالعات آینده این نکته را مورد توجه قرار دهد تا بتوان نتایج مطالعه را با اطمینان بیشتر به تاثیر متغیر روان درمانی نسبت داد. همچنین باید سنجش نیازهای آموزشی قبل از ارائه آموزش مورد توجه قرار گیرد.

پیشنهاد می گردد برای ماندگاری اثر قرار دادن تعداد جلسه های آموزشی بیشتر یا نظارت مستمر ماهانه ضروری است. زیرا به علت تغییر شکل دائمی و فقدان عملکرد اندام ها انتظار بهبودی حتی در طولانی مدت برای سوختگی وجود ندارد پس تنش افراد سوخته حتی در سالهای پس از سوختگی ادامه دارد که این خود گواهی بر ادعای تاثیر صرف زمان بر تغییرات انجام شده و حفظ اثرات آموزشی ناشی از آن است لذا برگزاری کلاس های آموزشی و نظارت مستمر ضروری به نظر می رسد.

پیشنهاد می گردد به دلیل نداشتن آزمون پیگیری برای بررسی اثرات بلند مدت آموزش گروهی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی درمانی مطالعات بعدی به بررسی پایداری اثرات درمان بپردازد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و تاثیر گذاری آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش علائم استرس و افسردگی در زنان دچار سوختگی به این بیماران توصیه می گردد در جلسات آموزش مدیریت استرس و مضامین مشابه شرکت نمایند. پیشنهاد می شود در سایر شهرهای کشور نیز مشابه همین پژوهش انجام شود و ضمن مقایسه، تفاوت عوامل دموگرافیک نیز بررسی شود

پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده بهتر است که زنان از لحاظ وضعیت اقتصادی نیز مورد توجه قرار گیرند. برای دستیابی به نتایج دقیق تر و ارائه تصویری روشن تر پیشنهاد می شود که علاوه بر استفاده از پرسشنامه از سایر ابزار سنجش مانند مشاهده، مصاحبه و کسب اطلاعات از اطرافیان استفاده شود.

برای تائید نتایج این پژوهش لازم است پژوهش در نمونه های دیگری تکرار شود. بخصوص لازم است علاوه بر یک گروه غیر بالینی از یک گروه از زنان عادی بمنظور حذف اثر دارو نمایی گروه درمانی نیز استفاده گردد. پیشنهاد می گردد با توجه به نتایج پژوهشگران در

ارتباط با تاثیر مثبت حمايت اجتماعي و خانوادگي زنان دچار سوختگي در راستاي کاهش مشكلات آنان آگاهي هاي لازم در اين خصوص به خانواده ها و همچنين ساير افراد داده شود و همچنين در سطح جامعه نيز به كلييه افراد آموزش هاي مناسب در اين خصوص ارائه گردد.

#### منابع

آنتوني، مايكل، گيل، ايرونسون، گيل و اشنايدرمن نيل (2007). مديريت استرس به شيوه شناختي - رفتاري ترجمه آل محمد سيدجواد و همكاران (1388). اصفهان: جهاد دانشگاهي، واحد اصفهان



جندقی، فاطمه؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ کلاتری، مهرداد؛ جبل عاملی، شیدا (1391). بررسی اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون - مجله روان شناسی بالینی - سال چهارم، شماره 4 (پیاپی 16)، زمستان 1391

جندقی، کامران (1390). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر اختلال استرس پس از تروما، پایان نامه کارشناسی ارشد انستیتو روان پزشکی تهران، 1390

دادستان، پری رخ (1387). روانشناسی مرضی تحولی (جلد اول). انتشارات سمت تهران

دوازده امامی، محمدحسن؛ دکتر روشن، رسول؛ محرابی، علی؛ دکتر عطار، (1388). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کنترل قندخون و افسردگی در بیماران دیابتی نوع 2- مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، دوره ی یازدهم، شماره ی 4، صفحه های 392-385 (ابان 1388).

رمضانی، طاهره؛ نصیری، محمود بررسی ارتباط ویژگی های فردی- اجتماعی مبتلایان PTSD با شدت اختلال روانی آنان در مراجعین به مرکز روانی بنیاد جانبازان و مستضعفان استان اصفهان، تهران: 1378. 198

سرگندائی، ح؛ احمدی ابهری، س.ع؛ دهقان، م؛ منصورنیا، م.ع؛ خرمشاهی، م؛ قدیرزاده، م.ر؛ دادبی، ع؛ و چهاردهر، ا (1380). شیوع اختلالهای اضطرابی در جمعیت ساکن شهر تهران، فصلنامه اندیشه و رفتار، 11، 3-4

شیربیم، زهرا، سودائی، منصور؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ اثربخشی آموزش مهارت های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان. مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، تابستان 1387، شماره 8، 12 صفحه از 7 تا 18

ضیایی، ح؛ شیرزادی، ا؛ و محیط، ا (1381). مصاحبه و آزمون روانی، تهران موسسه شناختی

فتی، لادن (1383). ساختار معناگذاری حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، مقایسه دو چارچوب مفهومی، پایان نامه دکترای روان شناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران

کرینگ، ای. ام؛ دیویسون، جی، سی، نیل، جی، ام و جانسون، ش، ال (1388). آسیب شناسی روانی (ترجمه حمید شمسی پور). چاپ اول، تهران: ارجمند (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی 2007).

میرزائی، فرزانه (1391). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر افسردگی و تحریک پذیری زنان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه قزوین

Antoni M.H, Ironson G, schneierma N. cognitive Behavioral stress management for Individuals living with KIV: facilitator Guide (Treatments that work). publisher: Oxford university. 2007

Ashuri A, Mohammadi N, Mollazadeh J. effectioveness of cognitive Behavioral coping skills and prevent relapse in addicts tclinical psychology: 2009 . 3(54):. 281-288 [Persian]

Atkinson A. Body image disturbance in burns. JN (94). 1997; 154:352-62

- Attari A, sartippour M, Amini M, Haghghat S. effect of stress management training on glycemic control in patients with type 1 diabets *Diabets Res clin pract* 2006; 73: 23-8
- Badger J. The psychological aspect *Burns*; 2001 , 101(11):. 38-41
- Barker, H. & Runtz, M. (2005). The trauma symptom checklist (TSC-33):. Early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violrnce*, 4, 151-163
- Beck, A.T (2005). The current state of the cognitive therapy: A 40-year retrospective *Archives of General psychiatry* , 62, 953-959
- Beck, A.T, Rush A.J., Shaw, B.E, & Emery, G. (1979).; cognitive therapy of depression New York: Guilford press
- Beck, A.T. streer, R.A & Brown, G.K (1996). manual for the Beck Depression- Inventory – II. San Antoni Tx: psychological corporation
- Beck, A.T; steer, R.A., Garbing, M.G. (1988). psychometricproperties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation *clin psychol, Rev* 8: 77-100
- Bower, G.H. (1987). commentary on mood and memory *Beh Res ther* 25: 443-55
- Cohen SS, trauma nursing secrets *Amsterdams hoality oefas*; 2003
- Drew M, Tippett LJ, starkey NJ, Isler RB, executive dysfunction and cognitive impairment ina large commun based sample with muliple selerosis from NewZealan: *Jclin neuropsychol* 2008; (23):. 1-19
- Eniel, E.B (2005). prolonged Eposure Therapy for PTSD, [WWW.samnsa. Gov](http://WWW.samnsa.Gov)
- Greeck H, kisklers (2000). Hand book cognitive behavioral therapy practical guidline in therapy. (translator, Ghasemzadeh, Habiboahhal, 2003). 5<sup>th</sup> ed Tehran: Arjmand press {In persian}
- Ironson. G cbsm Intervention in women with HIV/AIDS. *Archgen psychiatry*. 2008. 55(5):. 452-457
- Jandaghi F, Neshat- Doost HT, Kalantar M, Jabal Ameli Sh, The effectiveness of cognitive- Behavioral stress management Group Training on Anxiety and Depression of Addicts under Methadone Maintenan Therapy (MMT):. *J clin psychol* 2013; (4):. 41-50
- Mehrabi A, fata L, Davazdahemamy MH, Rajab A, effectiveness of cognitive- behavioral baseed stress
- Meland E, Haugland M (2007). Body image and perceived health in adolesente *J health education research*; 22(3):. 342-50
- Mirmohammadi SI, mehrparvar AH, Jalilmanesh M, Kazemeini K, Delbari N, Mostaghaci M. An epidemiologi survey on burns in yazd from 2008 tir 2009 *Actame Iran* 2012; 50(1):. 70-5

- Mirzadei F, Neshat doost HT, Kalantari M, Nematolah zade Mahani K, Jabalmeli SH, Merollahi T. The effect of cognitive- Behavioral stress management on Anxiety and somatic symptoms of women with premenstrual syndrome:knowl Res Appl psychol 2012; (46):. 4-12. [Persian]
- Moghaysi Alireza, Afsari Masomeh, National reporj on events record, Disease Management center, the minisitery of Jelth, Treatment and Medical Education 1385
- Morgan J Ambulatory management of burns. Am Family physician; 2000, 62: 2015-2026
- Moss Tp, Carr T (2004). anderstanding adjustment to disfigurment: the role of self concept. J psychol and health; 19, 737-48
- Nathan, P.E., & Gorman, J .M. (1998). Treatments that work. Oxford: oxford universitipress.
- Nutt D, Davidson T, Zohar J. posttraumatic stress disorder. London: martin DunitzIts 2000. P.17-19
- Olaitan PB olaitan Jo Burns and scalds – epidemiology and prevention in a developing country niger Jmed 2005; 14(1):. 9-16
- Pettit , J.W & Joiner T.E., Hr (2006). chronic depression: Interpersonal sources, therapeatic solutions. Washington, DC: American psychological Association
- Rasoli Azad M, Ghanbari- Hasham- Abadi A, Tabatabaei SM The effectiveness cognitive comportementale de groupe chez les hommes avec une comorbidite dependante aux opiaces du trouble depressif majeur J Ment 2009; (43):. 195-204. [Persian]
- Rezaei F, Kajbaf MB, Vacily zarch N, Dehghan F. Effectveness of cognitive Behavioral stress management therapy in General Health of Asthmat patients: J knowl 2011; (3):. 9-15 [persian]
- Robbinson, G., walsh, A., Gaggioli, A., & preziosa, A (2007). Managing exam stress using UMTS phones. The advantage of portable audio/ viseo support studies in Health Technology and Information, 125, 406-408
- Shakespeare V. Effect of small burn inyury on physical, social and psychological health at 3-4 months after discharge Burns; 1998. 24: 739-744
- Surwit RS, van Rilburg MA, Zucker N, Mc Caskill CC, parekh p, Feinglos MN. Et al stress management improves long-term glycemc control in type 2 diabetes Diabets care 2002; 25: 30-4
- Journal of psychoso maticresearch 65, 115-121
- Thompson A, Kent G, Adjustment to Disfigurement: process Involved in Dealing with Being visibly Different clinical psychology review 2001, 21: 663-682
- Thompson A, kent G. Adjustment to disfiguremen processes involved in dealing with being visibly different. Clin psychol Rev 2001 Jul; 21 (5):. 663-81

Tousman S, zeit H, Bristol C, taylor LA. Pilot study on acognitive behavioral asthma self managenentprogram for adults: J Allerg Eduac 2011; (2).: 91-96

Wade, T., Birchmore, L & Hobby, C. (2002). Feasibility of a cognitive behavioral group in tervention for men experiencing psychological difficulties after myo cardial in farction Eropee Journal of cardio vascular Nursing, 1,109-115