

اثربخشی آموزش سبک زندگی بر نشانه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری افراد مبتلا به افسردگی اساسی

مایدیه پروین^۱، جلیل باباپور خیرالدین^۲
و مصطفی زارعان^۳

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که بروز آن با نشانه‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیک همراه است. این اختلال سیری نسبتاً مزمن دارد و درصد قابل توجهی از مبتلایان معمولاً با بازگشت و عودهای مکرر این بیماری مواجه می‌شوند. در سال‌های اخیر رابطه سبک زندگی و بیماری‌های مختلف جسمی و روانی به ویژه بیماری‌های مزمن بسیار مورد توجه قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی بر نشانه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری افراد مبتلا به افسردگی اساسی بود. برای این منظور، طی یک مطالعه تجربی تک‌موردی از نوع خطوط پایه چندگانه با سه بیمار مبتلا به افسردگی عمده که از طریق نمونه‌گیری هدفمند از بین افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی شهر تهران انتخاب و از نظر افسردگی مورد آزمون قرار گرفتند. ترسیم دیداری، محاسبه درصد بهبودی و اندازه اثر نشان داد که تاثیر آموزش سبک زندگی در کاهش علائم و نشانه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری در افراد افسرده از نظر بالینی معنا دار است. به نظر می‌رسد آموزش سبک زندگی در کاهش علائم و نشانه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری اختلال افسردگی عمده از کارایی لازم برخوردار است.

واژگان کلیدی: افسردگی اساسی، سبک زندگی، علائم روانشناختی

مقدمه

افسردگی اختلال روانی جهان شمولی است که زنان و مردان فارغ از قومیت، نژاد، سن، تحصیلات، طبقه اجتماعی و اقتصادی در مقابل آن آسیب‌پذیر هستند. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷ گزارش داد بیش از سیصد میلیون نفر در سراسر دنیا به این اختلال مبتلا هستند. این آمار

۱. دپارتمان روانشناس بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسوول) تبریز، ایران maedeh.parvin@ut.ac.ir

۲. دپارتمان روانشناس بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳. دپارتمان روانشناس بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

رشد بیش از ۱۸٪ بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ را نشان می‌دهد. مطابق این آمار، در حال حاضر افسردگی چهارمین بیماری شایع در جهان محسوب می‌شود و طبق برآوردهای انجام‌شده پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به شایع‌ترین بیماری در جهان تبدیل شود (پارکر و روی، ۲۰۰۱) و تا سال ۲۰۳۰ افسردگی عامل بسیاری از بیماری‌های جسمی که با سبک زندگی ارتباط مستقیمی دارد مانند حملات قلبی، پرفشاری خون، کلسترول بالا، دیابت، دردهای کمری و عضلانی، سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر و ناباروری باشد (مترز و لنچر، ۲۰۰۶).

افسردگی عمده که رایج‌ترین شکل از اشکال افسردگی است، به عنوان اختلالی با یک یا چند دوره افسردگی عمده بدون هیچ سابقه‌ای از تجربه‌ی دوره‌های مانیا، مختلط یا هیپومانیا تعریف شده که با علائم و نشانه‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیک تظاهر می‌یابد و دست کم دو هفته به طول می‌انجامد. نشانه‌های شناختی از قبیل احساس بی‌فایده‌گی، بدبینی به خود دنیا و آینده، تمایل به خودکشی، عدم تمرکز حواس و ناتوانی در تصمیم‌گیری؛ نشانه‌های هیجانی و انگیزشی مانند ناتوانی در لذت بردن، از دست دادن انگیزه، دلسردی، پریشانی و ناامیدی؛ نشانه‌های رفتاری که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به غیرفعال شدن، خستگی، بی‌رمقی، کم‌تحرکی یا پرتحرکی روانی اشاره کرد. مطابق آمار نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، خطر ابتلا به افسردگی در طول عمر برای زنان ۱۰ تا ۱۵ درصد و برای مردان ۵ تا ۱۲ درصد است. همچنین افسردگی ماهیتی عودکننده دارد و بیش از ۸۰ درصد مبتلایان، به احتمال فراوان با عودهای مکرر در طول زندگی روبه‌رو خواهند بود (کوپفر و همکاران، ۱۹۹۲).

سبک زندگی اصطلاحی است که برای توصیف شیوه‌ی رفتاری و عملکردی مردم، گروه‌ها و ملت‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد که در بستر خاص جغرافیایی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و مذهبی شکل می‌گیرد (فرهود، ۲۰۱۵). این الگوی رفتاری نظام‌یافته شیوه‌ی زیست فرد در محدوده‌ی عمر را سامان می‌دهد.

سبک زندگی مطلوب، علاوه بر تداوم و تقویت سطح سلامت و تندرستی، باعث احساس رضایت و خودشکوفایی می‌شود چراکه سبک زندگی، فعالیت عادی و معمول روزانه است که افراد آن‌ها را در زندگی خود به طور قابل قبول پذیرفته‌اند؛ به گونه‌ای که این فعالیت‌ها روی سلامت افراد تاثیر می‌گذارند. فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقای سلامت خود و پیشگیری از بیماری‌ها اقدامات و فعالیت‌هایی را انجام می‌دهد که این مجموعه سبک زندگی را تشکیل می‌دهد (اسچنگنز، دنگویس و استیفان، ۲۰۱۸). اهمیت سبک زندگی بیشتر از آن جهت است که

روی کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماری ها مؤثر می باشد. بنابراین، با داشتن یک سبک زندگی سالم و افزایش آگاهی در زمینه ی سلامتی جسم و روان می توان از بسیاری از مشکلات سلامتی و روانی جلوگیری کرد و یا حداقل وقوع آنها را به تعویق انداخت. سبک زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی، ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است.

مرور ادبیات پژوهش نشان داد میان ذهن آگاهی (هرن و کراس، ۲۰۲۰؛ شیائو، مو و ژو، ۲۰۱۹؛ لی و برسینگتون، ۲۰۱۹؛ راج، ساچدوا، ژا و همکاران، ۲۰۱۹)، مدیریت استرس (خان و خان، ۲۰۱۷؛ تفت و نمرف، ۲۰۱۶؛ آنتونی، ایرونسون و اشنایدرمن، ۲۰۰۸)، معنویت (برام و کوئینگ، ۲۰۱۹؛ لیفشیتز، نیمرد و بچنز، ۲۰۱۹؛ چار، هالیت، حاج و همکاران، ۲۰۱۸)، کیفیت خواب (فوریهاتا، سیتو، سوزوکی و همکاران، ۲۰۲۰؛ رحمانی، رحمانی و رضایی، ۲۰۲۰؛ ستنور، اسنایدر، سپیری و همکاران، ۲۰۱۹)، رژیم غذایی (مولندیک، مولرو، اورتونو سانچزیدرنو و همکاران، ۲۰۱۸؛ اپی و همکاران، ۲۰۱۷؛ مارتینز و گنزالز، ۲۰۱۷)، فعالیت بدنی (کریر، لیندر، سپیتل و همکاران، ۲۰۲۰؛ کاوس، هی، ژانگ و همکاران، ۲۰۲۰)، حضور در طبیعت (ژانگ، ماوآ، ژائو و همکاران، ۲۰۲۰؛ گسکن، سانچزیناویدز، دادوند و همکاران، ۲۰۱۸) به عنوان شاخص هایی از سبک زندگی و افسردگی رابطه وجود دارد.

با این حال فاکتورهای سبک زندگی به عنوان کمک کننده و درمان بسیاری از بیماری های روانی، پرورش دهنده بهزیستی فردی و اجتماعی و حافظ و بهینه ساز عملکرد شناختی به طور قابل ملاحظه ای دست کم انگاشته شده اند و با وجود اینکه تغییرات درمانی سبک زندگی در هر دو جمعیت بالینی و نرمال اثربخش است و گاهی به اندازه ی مجموع روان درمانی و دارودرمانی مزایای درمانی ارائه می دهد، بسیار کم مورد استفاده قرار گرفته است (والش، ۲۰۱۱). با عنایت به این موارد، پژوهش حاضر به دنبال یافتن پاسخی برای این سوال است که آیا آموزش سبک زندگی می تواند بر علائم و نشانه های شناختی، هیجانی و رفتاری این افراد مبتلا به افسردگی عمده تأثیر داشته باشد؟

روش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از حیث جمع آوری داده ها تجربی است و در چارچوب یک مطالعه تک موردی از نوع خطوط پایه چندگانه با آزمودنی های متفاوت انجام شده است. جامعه

آماره‌ی پژوهش افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روان‌شناختی شهر تهران برای دریافت خدمات روان‌شناختی بود. نمونه‌گیری در دسترس از بین افراد جامعه ذکر شده با حجم سه نفر که از طریق انجام مصاحبه تشخیصی و مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور یک توسط روان‌شناس بالینی مبتلا به افسردگی اساسی تشخیص داده شده‌اند، انتخاب و بعد از احراز شرایط ورود و خروج پژوهش وارد فرآیند آموزش و اصلاح سبک زندگی شدند. آموزش در قالب هفت جلسه هفتگی اجرا گردید.

آزمودنی‌ها با مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلال‌های محور یک (SCID-1) و سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم^۲ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلال‌های محور یک (SCID-1)، توسط فرست، اسپیتزر، گین و ویلیامز تهیه شده است (فرست، اسپیتزر، گین و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از سگال، ۱۹۹۷). این مصاحبه به ارزیابی اختلالات روانپزشکی محور یک می‌پردازد و ضریب کاپای ۶۰ درصدی به عنوان پایایی بین ارزیاب‌ها برای آن گزارش شده است (ترن و اسمیت، ۲۰۰۴).

سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم، که یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی است، جهت غربالگری افراد بالای سیزده سال مورد استفاده قرار می‌گیرد و دربرگیرنده ۲۱ گروه جمله است. بک و همکاران ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۳۹ گزارش کرده‌اند (مارنات، ۲۰۰۹). در این مقیاس چندین گروه سوال وجود دارد که ابعاد مختلف شناختی، هیجانی و انگیزشی، رفتاری و فیزیولوژیک را مورد سنجش قرار می‌دهد و هر گروه از سوال‌ها در فرم بلند بیان‌کننده‌ی حالتی در فرد است. به هر سوال در این پرسشنامه طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد و نحوه تقسیم‌بندی بیماران براساس نمرات حاصل از این مقیاس به قرار ذیل است: ۰-۱۰ نوسانات خلقی نرمال، ۱۱-۱۶ آشفتگی خلقی خفیف، ۱۷-۲۰ مرز افسردگی بالینی، ۲۱-۳۰ افسردگی متوسط، ۳۱-۴۰ افسردگی شدید و نمره ۴۰ به بالا افسردگی بسیار شدید را نشان می‌دهد.

شیوه اجرا

آموزش سبک زندگی سالم در قالب ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در خصوص گروه آزمایشی اجرا شد. جلسات آموزشی سبک زندگی سالم در برگیرنده ۴ مولفه سلامت جسمانی، سلامت

2. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
3. Beck Depression Inventory-II

روانی، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی است. خلاصه جلسات آموزشی برای سبک زندگی به شرح زیر بود.

جدول ۱. برنامه اجرایی آموزش سبک زندگی

جلسه اول: آشنایی با اعضا و بیان توضیحات لازم در خصوص جلسات، نحوه و زمان برگزاری آنها،
جلسه دوم: آشنایی با سبک زندگی سالم و ابعاد آن و تشخیص سبک زندگی فعلی اعضا، جلسه سوم:
آشنایی با سلامت جسمانی و اصول تغذیه سالم،
جلسه چهارم: ورزش و فواید آن،
جلسه پنجم: بحث در زمینه خواب و آشنایی با ویژگی های خواب سالم،
جلسه ششم: آشنایی با دومین مولفه سبک زندگی سالم (سلامت اجتماعی)،
جلسه هفتم: آشنایی با سلامت روان و آشنایی با شناخت هیجان ها و چگونگی مهار آنها، جلسه هشتم:
آشنایی با سلامت روان و آشنایی با شناخت هیجان ها و چگونگی مهار آنها،
جلسه نهم: آموزش روش های مقابله با استرس، جلسه دهم: سلامت معنوی، جلسه یازدهم: سلامت معنوی،
جلسه دوازدهم: جمع بندی جلسات و خاتمه جلسات و اجرای پس آزمون.

بر اساس مفاد مربوط به آموزش سبک زندگی برنامه اجرایی آزمودنی ها به شرح جدول ۲ بود.

جدول ۲. برنامه اجرایی آموزش سبک زندگی

موضوع	هدف
فعالیت معنوی	تعریف یک پروژه شخصی (مراقبه، هم یاری، فعالیت عام المنفعه و ...) و پیگیری آن
فعالیت بدنی	انجام یک ورزش انفرادی یا گروهی به مدت حداقل یک ساعت چهار روز در هفته
تغذیه	تثبیت سه وعده غذایی روزانه (صبحانه، نهار، شام) + مصرف روزانه حداقل یک واحد میوه و یک واحد سبزی + عدم مصرف فست فود
تنظیم خواب	ثابت کردن ساعت خواب قبل از ساعت ۱۲ شب + هشت ساعت خواب شبانه
طبیعت	حضور در طبیعت غیر شهری به صورت ۲ ساعت هفتگی

برای بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی بر علایم و نشانه های شناختی، هیجانی و رفتاری افراد مبتلا به افسردگی عمده از تحلیل داده های حاصل از پژوهش و تعیین اثربخشی از تحلیل نموداری و مقایسه درصد بهبودی استفاده شد. داده ها با بیست و یکمین ویرایش SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

همانگونه که مشاهده می‌شود افسردگی بک، نمرات آزمودنی‌ها به ترتیب از ۲۵، ۳۲ و ۲۸ در مرحله پیش از آموزش به ۱۲، ۱۸ و ۱۳ در مرحله پس از آموزش کاهش یافت. در مورد علائم و نشانه‌های شناختی نمرات آزمودنی‌ها به ترتیب از ۸، ۱۱، ۸ به ۵، ۶ و ۴؛ در مورد علائم و نشانه‌های هیجانی از ۸، ۸ و ۹ به ۲، ۴ و ۴ و علائم و نشانه‌های رفتاری از ۶، ۸ و ۴ به ۳، ۳ و ۳ کاهش یافت. از آزمودنی‌ها یک آزمون خط پایه گرفته شد. همچنین دو بار بین جلسات و یک بار انتهای جلسات، آزمون اجرا شد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سه بیمار قبل و بعد از جلسات آموزشی در جدول ۳ آمده است. در هر مورد نمره‌های بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش کاهش داشته است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات

شرکت‌کننده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

(N=۳)

sd	M	اندازه‌گیری	علائم و نشانه
۱/۷۳	۹	قبل از آموزش	شناختی
۱	۵	بعد از آموزش	
۰/۵۷	۸/۳	قبل از آموزش	هیجانی
۱/۱۵	۳/۳	بعد از آموزش	
۲	۶	قبل از آموزش	رفتاری
۰/۵۷	۳/۳	بعد از آموزش	

در جدول ۴ درصد بهبودی سه بیمار نشان داده شده است، هر سه بیمار درصد بهبودی قابل قبولی را نشان داده‌اند.

جدول ۴. درصد بهبودی کلی و درصد بهبودی به تفکیک علائم و نشانه‌ها

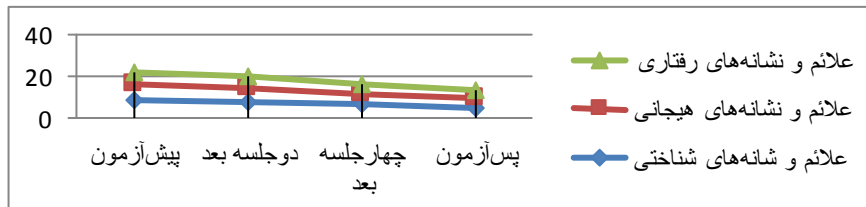
آزمودنی	درصد بهبودی کلی	درصد بهبودی نشانه‌های شناختی	درصد بهبودی نشانه‌های هیجانی	درصد بهبودی نشانه‌های رفتاری
آزمودنی یک	٪۵۲	٪۳۷/۵	٪۷۵	٪۳۳/۳
آزمودنی دو	٪۴۳	٪۴۵/۴	٪۵۰	٪۶۲/۵
آزمودنی سه	٪۵۳	٪۵۰	٪۵۵/۵	٪۲۵

همچنین در جدول ۵ اندازه اثر مداخله آمده است و از آنجایی که میزان اثر در علایم و نشانه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری بالاتر از ۰/۸ بوده است، مطابق نظر کوهن این مداخله از نظر بالینی اثرگذار بوده است.

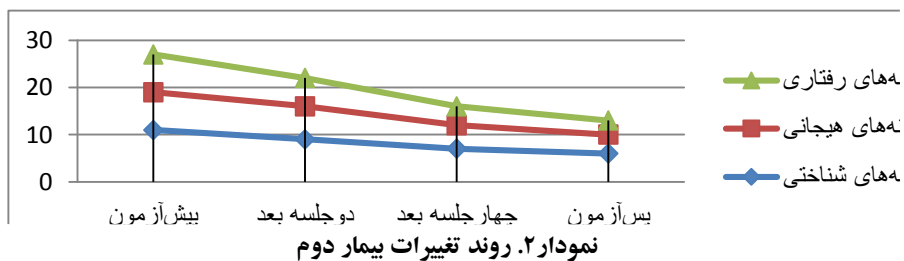
جدول (۵) میانگین خط پایه، میانگین مداخله و اندازه اثر

اندازه اثر	میانگین مداخله	میانگین خط پایه	میانگین
علایم و نشانه‌های شناختی	۹	۵	۴
علایم و نشانه‌های هیجانی	۸/۳	۳/۳	۴/۳۴
علایم و نشانه‌های رفتاری	۶	۳/۳	۴/۷۳

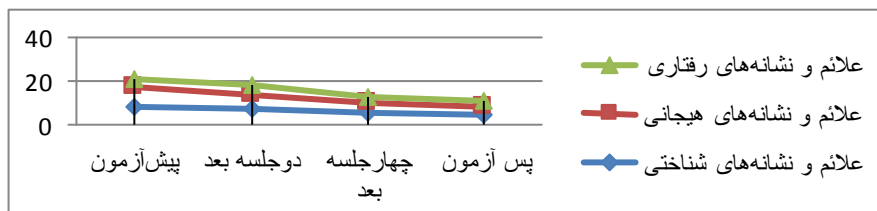
در نمودارهای ۱ و ۲ و ۳ نمرات سه بیمار مبتلا به افسردگی عمده در علایم و نشانه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری افسردگی در مرحله خط پایه، مداخله و بعد از دریافت آموزش نشان داده شده است. هر سه بیمار بهبود معناداری در علایم و نشانه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری به محض دریافت آموزش و پس از آن نشان می‌دهند.



نمودار ۱. روند تغییرات بیمار اول



نمودار ۲. روند تغییرات بیمار دوم



نمودار ۳. روند تغییرات بیمار سوم

بحث و نتیجه‌گیری

افسردگی عمده اختلالی در ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی است که بر عملکرد فرد مبتلا در حیطه‌های مهم زندگی تاثیر قابل ملاحظه‌ای می‌گذارد. جریان خلق و هیجان فرد مانند جریان تفکر از منابع و ریشه‌های مختلفی تغذیه می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد از آن‌جا که افسردگی یک واکنش جامع نسبت به مجموعه‌ای از عوامل و شرایط است، نیازمند ترکیبی از مداخلات درمانی جهت بهبود علائم و نشانه‌های بیماری و پایدار کردن این بهبودی بعد از دریافت مداخلات روانشناختی است. سبک زندگی نیز مفهومی وسیع و چندبعدی است و به دلیل همین ماهیت در سال‌های اخیر این مفهوم به حوزه درمان بسیاری از اختلالات جسمی و روانی مزمن به عنوان مداخله‌ای کمکی یا مستقل ورود پیدا کرده که یکی از جدیدترین آن‌ها درمان افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی است.

این پژوهش با هدف کلی تعیین اثربخشی آموزش سبک زندگی بر نشانه‌های افراد مبتلا به افسردگی عمده انجام شد. به منظور دستیابی به این هدف، سه سوال اختصاصی مطرح گردید. سوال اول این بود که آیا آموزش سبک زندگی بر نشانه‌های شناختی افراد مبتلا به افسردگی عمده تاثیر دارد؟ سوال دوم این بود که آیا آموزش سبک زندگی بر نشانه‌های هیجانی افراد مبتلا به افسردگی عمده تاثیر دارد؟ سوال سوم نیز به این بررسی پرداخت که آیا آموزش سبک زندگی بر نشانه‌های رفتاری افراد افسرده تاثیر دارد؟ یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش سبک زندگی در هر سه مورد بر بهبودی معنادار علائم و نشانه‌های افراد مبتلا به افسردگی عمده اثربخش است و منجر به کاهش قابل ملاحظه علائم و نشانه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری افسردگی در مرحله پس آزمون نسبت به نمرات پیش آزمون گردید.

این یافته با بسیاری از پژوهش‌هایی که در گذشته در این زمینه انجام شده همسوست. نتایج بررسی بسیاری از پژوهشگران اثربخشی اصلاح سبک زندگی بر بهبود علائم و نشانه‌های افسردگی عمده

را نشان داده است. ابت، شروین، کلاف و همکاران (۲۰۲۰) که به منظور بررسی اثربخشی مداخله آنلاین سبک زندگی بر علایم افسردگی و کیفیت زندگی افرادی با سابقه اختلال افسردگی اساسی اصلاحاتی در رژیم غذایی، فعالیت بدنی، مدیریت استرس و ذهن آگاهی افراد نمونه خود ایجاد کرده بودند، نشان دادند این یک مداخله موثر در بهبود علایم و نشانه‌های افسردگی عمده است. پژوهش یانگ، ترینی، داوسن و همکاران (۲۰۱۸) با موضوع بررسی اثربخشی مداخلات آنلاین سبک زندگی در جمعیت افسرده نیز پتانسیل مداخلات سبک زندگی را به عنوان مداخله‌ای موثر برای افسردگی را برجسته می‌کند. همچنین تبیین افسردگی بر اساس سبک زندگی با واسطه‌گری سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی که توسط اسکندری، گاطع‌زاده، برجعلی و همکاران (۲۰۱۷) انجام شد، نشان داد سبک زندگی بر افسردگی اثر مستقیم دارد. مطالعاتی از این دست نشان می‌دهند که این رویکرد می‌تواند به عنوان مداخله موثر مستقل یا کمکی برای افراد مبتلا به افسردگی در نظر گرفته شود.

References

- Braam, A. W., & Koenig, H. G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 257, 428-438.
- Cahuas, A., He, Z., Zhang, Z., & Chen, W. (2020). Relationship of physical activity and sleep with depression in college students. *Journal of American college health*, 68(5), 557-564.
- Currier, D., Lindner, R., Spittal, M. J., Cvetkovski, S., Pirkis, J., & English, D. R. (2020). Physical activity and depression in men: Increased activity duration and intensity associated with lower likelihood of current depression. *Journal of affective disorders*, 260, 426-431.
- Depression, W. H. O. (2017). Other common mental disorders: global health estimates. *Geneva: World Health Organization*, 1-24.
- Farhud, D. D. (2015). Impact of lifestyle on health. *Iranian journal of public health*, 44(11), 1442.
- Furihata, R., Saitoh, K., Suzuki, M., Jike, M., Kaneita, Y., Ohida, T., ... & Uchiyama, M. (2020). A composite measure of sleep health is associated with symptoms of depression among Japanese female hospital nurses. *Comprehensive psychiatry*, 97, 152151.
- Gascon, M., Sánchez-Benavides, G., Dadvand, P., Martínez, D., Gramunt, N., Gotsens, X., ... & Nieuwenhuijsen, M. (2018). Long-term exposure to residential green and blue spaces and anxiety and depression in adults: A cross-sectional study. *Environmental research*, 162, 231-239.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons.
- Hearn, J. H., & Cross, A. (2020). Mindfulness for pain, depression, anxiety, and quality of life in people with spinal cord injury: a systematic review. *BMC neurology*, 20(1), 1-11.
- Khan, S., & Khan, R. A. (2017). Chronic stress leads to anxiety and depression. *Ann Psychiatry Ment Health*, 5(1), 1091.
- Li, S. Y. H., & Bressington, D. (2019). The effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, and stress in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International journal of mental health nursing*, 28(3), 635-656.
- Lifshitz, R., Nimrod, G., & Bachner, Y. G. (2019). Spirituality and wellbeing in later life: a multidimensional approach. *Aging & mental health*, 23(8), 984-991.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*, 3(11), e442.
- Molendijk, M., Molero, P., Sánchez-Pedreño, F. O., Van der Does, W., & Martínez-González, M. A. (2018). Diet quality and depression risk: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Journal of affective disorders*, 226, 346-354.

- Opie, R. S., Itsiopoulos, C., Parletta, N., Sanchez-Villegas, A., Akbaraly, T. N., Ruusunen, A., & Jacka, F. N. (2017). Dietary recommendations for the prevention of depression. *Nutritional neuroscience*, 20(3), 161-171.
- Rahmani, M., Rahmani, F., & Rezaei, N. (2020). The brain-derived neurotrophic factor: missing link between sleep deprivation, insomnia, and depression. *Neurochemical research*, 45(2), 221-231.
- Schinckus, L., Dangoisse, F., Van den Broucke, S., & Mikolajczak, M. (2018). When knowing is not enough: Emotional distress and depression reduce the positive effects of health literacy on diabetes self-management. *Patient education and counseling*, 101(2), 324-330.
- Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2003). Structured interviewing and DSM classification.
- Skandari, H., & Gatezadeh, A. (2016). Explanation of Depression Level Based On Lifestyle through the Mediation of Social Health and Quality Life. *International Journal of Behavioral Sciences*, 10(3), 97-103.
- Tafet, G. E., & Nemeroff, C. B. (2016). The links between stress and depression: psychoneuroendocrinological, genetic, and environmental interactions. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 28(2), 77-88.
- Tran, G. Q., & Smith, G. P. (2004). Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. *Comprehensive handbook of psychological assessment*, 3, 269-290.
- Walsh R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychological Association*, (66)7: 569-592.
- Xiao, C., Mou, C., & Zhou, X. (2019). Effect of mindfulness meditation training on anxiety, depression and sleep quality in perimenopausal women. *Nan Fang yi ke da xue xue bao= Journal of Southern Medical University*, 39(8), 998-1002.
- Young, C. L., Trapani, K., Dawson, S., O'Neil, A., Kay-Lambkin, F., Berk, M., & Jacka, F. N. (2018). Efficacy of online lifestyle interventions targeting lifestyle behaviour change in depressed populations: a systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(9), 834-846.
- Zhang, Y., Mavoa, S., Zhao, J., Raphael, D., & Smith, M. (2020). The association between green space and adolescents' mental well-being: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6640.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 15 (No. 57), pp.57-66, 2020

The Effectiveness of Lifestyle Training on Cognitive, Emotional and Behavioral Symptoms of Depressed Individuals

Parvin, Maydeh¹., Babapour., Kheiroddin Jalil¹., &
Zarean, Mostafa³

Received: 2020/05/01

Received: 2020/05/01

Depression is one of the most common mental disorders among men and women, which is associated with cognitive, emotional, behavioral and physiologic symptoms. This disorder is relatively chronic and a significant percentage of people who suffer from this disorder experience frequent recurrence. Research about the impact of lifestyle on both the physical and mental illnesses, particularly chronic illnesses, has been considered in the contemporary age. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of lifestyle training on cognitive, emotional and behavioral symptoms in people who suffer from major depression. In order to this, an experimental and single case study with multiple baselines with three patients with major depressive disorder who were selected by using purposive method was implemented. The sample of study was chosen from people with major depression who refer to the counseling and psychological services centers in Tehran. Visuals inspection, improvement percentage and effect size showed that lifestyle training is clinically efficient on the reduction of cognitive, emotional and behavioral symptoms in people who suffer from depression. Lifestyle training has appropriate efficacy in the reduction of cognitive, emotional and behavioral symptoms.

Keywords: Major Depressive Disorder (MDD), Lifestyle, Psychological Symptoms

-
1. Dept. of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. (Corresponding Author), maedeh.parvin@ut.ac.ir
 2. Dept. of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
 3. Dept. of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran