

اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی،

اجتناب شناختی - رفتاری خانواده‌های دانشجویان شاهد و ایثارگر

The impact of behavioral activation group therapy on the reduction of depressive symptoms and cognitive-behavioral avoidance among the students from the martyr and dedicated families

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۵

Paknejad F., Salimi M., Movahedzadeh B. Ph.D[✉], Galehdar N., Dinparast O., Azizmohammadi Z.فرشته پاک‌نژاد^۱، معصومه سلیمی^۲، بهرام موحدزاده[✉]، نسیم گله‌دار^۳، امید دین‌پرست^۴، زهرا عزیزمحمدی^۵**Abstract**

Introduction: One of the common mental problems and disorders among the university students from the Martyr and Dedicated families is depression and its symptoms. The aim of this study was to evaluate the impact of behavioral activation group therapy on the reduction of depressive symptoms and cognitive-behavioral avoidance among the students from the Martyr and Dedicated families.

Method: Using the pretest-posttest, control-group design, a group of 30 subjects was selected through the convenience sampling method and were randomly assigned into two groups: behavioral activation therapy group and control group. The statistical population included all the students from the Martyr and Dedicated families studying at Ahvaz Branch, Islamic Azad University. The data collection instruments were the Depression Inventory and the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAD). The obtained data were analyzed using the multivariate analysis of covariance.

Results: The results revealed that behavioral activation therapy was effective in reducing the symptoms of depression ($P < 0.01$, $F = 11.26$) and cognitive-behavioral avoidance ($P < 0.05$, $F = 7.02$).

Discussion: The results suggest that behavioral activation therapy is an effective way to reduce depressive symptoms and cognitive-behavioral avoidance. Given the impact of cognitive-behavioral therapy on depression symptoms and cognitive-behavioral avoidance, cognitive-behavioral group therapy could be a treatment option for the clients seeking effective, short-term treatment in university counseling centers.

Keywords: behavioral activation group therapy, depression, cognitive-behavioral avoidance.

چکیده

مقدمه: یکی از مشکلات و ناراحتی‌های روانی شایع بین فرزندان شاهد و ایثارگر، افسردگی و وجود نشانه‌های آن است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و اجتناب شناختی - رفتاری دانشجویان شاهد و ایثارگر بود.

روش: در یک طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه کنترل قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان خانواده‌های شاهد و ایثارگر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بود. ابزارهای مورد استفاده، پرسشنامه افسردگی و پرسشنامه اجتناب شناختی - رفتاری بود. داده‌ها نیز به کمک تحلیل کواریانس چندمتغیره تحلیل شد.

نتایج: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی ($F = 11.26$, $P < 0.01$) و اجتناب شناختی - رفتاری ($F = 7.02$, $P < 0.05$) اثربخش بود.

بحث: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و اجتناب شناختی - رفتاری اثربخش بود. باتوجه به اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر علائم افسردگی و اجتناب شناختی - رفتاری، درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند برای مراجعینی که جهت دریافت درمان کارآمد و کوتاه‌مدت به مراکز مشاوره دانشجویی مراجعه می‌کنند، گزینه درمانی مناسبی باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری؛ افسردگی؛ اجتناب شناختی - رفتاری

[✉] **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Payam-e Noor University, Tehran, Iran
E-mail: movahedbahram@yahoo.com

۱. کارشناسی‌ارشد دانشگاه علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
۲. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه، ساوه، ایران
[✉] استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، اهواز، ایران
۴- کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد امارات، رودهن، اهواز، اهواز، ایران
۵- کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

افسردگی، یکی از رایج‌ترین انواع ناراحتی‌های روانی است که می‌تواند برخاسته از شناخت‌های معیوب باشد. این اختلال، هیجان‌ها، افکار و عملکرد جسمانی را در برمی‌گیرد و نوعی اغتشاش در خلق است که با درجات متفاوت غمگینی، یأس، تنهایی، ناامیدی، شک در مورد خویش و احساس گناه مشخص می‌شود (گیلبرت^۱، ۱۳۸۹). افسردگی، بین دانشجویان بسیار شایع است. حدود ۷۸ درصد از دانشجویان از برخی نشانه‌های بیماری این اختلال رنج می‌برند و ۴۶ درصد از دانشجویان تا آن اندازه دچار افسردگی شدید هستند که به کمک‌های تخصصی مناسب نیازمندند (اسلاویچ^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). اختلال افسردگی در دانشجویان موجب عدم موفقیت آنان در رابطه با فعالیت‌های علمی دانشگاه شده و در نتیجه، مانع دستیابی به اهداف آموزشی و پرورشی در دانشگاه‌ها می‌شود و این مشکل هم از بعد اجتماعی و هم از بعد اقتصادی مورد توجه است. با این حال، اگر دانشجویان با بهره‌گیری از درمانی‌های روان‌شناختی یاد بگیرند که به‌گونه‌ای متفاوت دربارهٔ خودشان و حوادث و رویدادها بیندیشند، فرصتی به دست می‌آورند تا بتوانند همه‌چیز را به حالت توازن و تعادل برگردانند که این امر موجب بهبود عملکرد آنها در زمینه‌های مختلف، از جمله تحصیل علم در محیط آموزشی می‌شود (فابری^۳ و همکاران، ۲۰۰۶).

دلایل احتمالی زیادی وجود دارد که این گروه از دانشجویان دچار اختلال افسردگی می‌شوند. دوری از خانواده، مشکلات اقتصادی و عدم سازش با محیط جدید، عواملی هستند که موجبات افسردگی را در این قبیل از دانشجویان فراهم می‌سازند (آزاد، ۱۳۷۹). یکی از عوامل ایجاد افسردگی در کشور ما جنگ بوده، به‌طوری‌که عواقب روانی کوتاه‌مدت یا درازمدت جنگ

به‌عنوان یک فاجعهٔ انسان‌ساخته مشکلات متعددی را به بار آورده است و می‌تواند به‌عنوان منبعی برای استرس عمل کرده و به بروز افسردگی منجر شود. از دیدگاه روان‌شناسی، جنگ به‌عنوان یک رویداد استرس‌زا، قابل‌تأمل و تعمق است. کشور ما در طول هشت سال، شاهد جنگ تحمیلی مخوفی بود که تأثیرات آن بدون شک بر طیف گسترده‌ای از جامعه قابل بررسی است. تأثیرات جنگ را می‌توان در گروه‌هایی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم درگیر جنگ بوده‌اند، مشاهده کرد (حمدیه و همکاران، ۱۳۸۷). یکی از پیامدهای منفی جنگ، عوارض و آثار روانی آن بر خانواده‌های رزمندگان است. شهید، مجروح، معلول و مفقودشدن رزمندگان، عوارض و آثار روانی زیادی بر خانواده‌های آنها به‌جا می‌گذارد. فرد آسیب‌دیده نه‌تنها خود دچار مشکل خواهد شد، بلکه محیط خانواده نیز بی‌تأثیر از او نخواهد بود (خاقانی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۳).

افسردگی، اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهائی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود (کاپلان^۴ و همکاران، ۲۰۱۳) که در نتیجه افراد برای مقابله با فشارهای روانی مختلف (که نتیجه‌ای از درک ارتباط بین فرد و محیط است) از جمله افسردگی، از سبک‌های مقابله‌ای مختلفی استفاده می‌کنند (بالوک^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). یکی از این سبک‌های مقابله‌ای، سبک اجتناب‌شناختی - رفتاری است. افرادی که از این سبک مقابله‌ای استفاده می‌کنند، چون از فعالیت‌های لذت‌بخش دست می‌کشند، دچار احساسات غمگینانه می‌شوند. این احساسات بین آنها و دنیای بیرونی فاصله می‌اندازد، این فاصله به کاهش فعالیت‌ها و احساسات غمگینانه بیشتر و درنهایت افسردگی منجر می‌شود (جیکوبسن^۶ و همکاران،

توصیه نمی‌کنند که باید در فعالیتهای خوشایند بیشتری شرکت کنند، بلکه این شیوه‌ها بر ارزیابی عینی هدف‌های مراجع و کارکرد کنونی او تأکید دارند تا بتوانند مجموعه‌ای از هدف‌های فعال‌سازی رفتاری را برای هر مرجع تعیین کنند (کانتر^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۴). اولین مفهوم BA، نخست بر برانگیختگی افراد افسرده با استفاده از فن‌های گوناگون مانند برنامه‌ریزی رویدادهای خوشایند یا فعالیتهای روزانه به‌منظور تجربه تقویت‌های مثبت، تأکید می‌کند (لیجوز و همکاران، ۲۰۱۱). این درمان به افراد افسرده کمک می‌کند تا از طریق راهبردهای متمرکز بر فعالیت مجدداً درگیر زندگی شوند. این راهبردها با الگوی اجتناب، کناره‌گیری و نفعالی که با ایجاد مشکلات ثانویه اضافی، موجب تشدید افسردگی می‌شوند، مقابله می‌کنند. فعال‌سازی رفتاری به‌منظور کمک به افراد در نزدیک‌شدن و دسترسی به منابع تقویت مثبت در زندگی که دارای کارکرد ضدافسردگی طبیعی هستند، طراحی شده است (اکرز^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۴).

در بزرگ‌ترین مطالعه‌ای که تاکنون در زمینه مقایسه اثربخشی درمان‌های افسردگی انجام شده است (دیمیجان و همکاران، ۲۰۰۶) مشخص شد که درمان فعال‌سازی رفتاری در درمان بیماران افسرده شدید نسبت به دارودرمانی و درمان‌شناختی نتایج بهتری داشته است. لازم به ذکر است که این نتایج تا دو سال پیگیری حفظ شده است. در ایران نیز، درمان‌گر فعال‌سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و تغییر نگرش‌های ناکارآمد دانشجویان مؤثر بوده است (جلیلی، ۲۰۰۶). فعال‌سازی رفتاری در کاهش میزان مصرف مواد و میزان عود پس از ترک و نیز افزایش شاخص‌های سلامت روان سوء‌مصرف‌کنندگان مواد نیز مؤثر بوده است (گودرزی، ۲۰۰۶). عطایی و همکاران

(۲۰۰۱). یافته‌های تحقیقی مختلف نشان می‌دهد که انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه به‌جای حل تعارضات می‌تواند به بروز انواع مشکلات روانی از جمله افسردگی و علائم آن منجر می‌شود (دیمیجان^۷ و همکاران، ۲۰۱۱). توجه و رسیدگی خاص به بهداشت روانی این گروه سنی و اقدامات درمانی مناسب، مسئله عمده‌ای است که باید با دقت بیشتری بدان پرداخت. امروزه درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای افسردگی وجود دارد، اما تعداد کمی از آنها توانسته‌اند در کار آزمایشی‌های تصادفی بالینی، اثربخشی خود را به اثبات برسانند. عمده‌ترین این درمان‌ها عبارتند از: رفتاردرمانی، روان‌درمانی بین‌فردی و شناخت‌درمانی (کوجیپرس^۸ و همکاران، ۲۰۰۸). هرچند هر سه این درمان‌ها دارای اثربخشی هستند، اما در میان آنها، تفاوت‌هایی از نظر میزان اثربخشی و باصرفه‌بودن، وجود دارد (جیکوبسن و همکاران، ۲۰۰۱).

درمان فعال‌سازی رفتاری نوعی رفتاردرمانی محض است که مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار است و از نظریه رفتاری افسردگی ریشه گرفته است (لیجوز^۹ و همکاران، ۲۰۱۱). اثربخشی این درمان در تحقیقات متعددی به اثبات رسیده است و نسبت به شناخت‌درمانی و دارودرمانی در درمان بیماران افسرده برتری دارد (مانوس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰). در سال‌های اخیر، دو راهبرد رفتاری با عنوان فعال‌سازی رفتاری^{۱۱} (مارتل^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۱) و فعال‌سازی رفتاری برای درمان افسردگی^{۱۳} (BATD) (لیجوز و همکاران، ۲۰۰۱) به‌کار برده شده است. هر دو شیوه، مراجعان را برای جست‌وجوی تقویت‌های مثبت برمی‌انگیزند، اما تفاوت آن با نسخه‌های پیشین رفتاردرمانی در این است که این شیوه‌ها، کارکردگراتر و فردی‌تر از شیوه‌های قدیمی هستند. برای نمونه، شیوه‌های نوین رفتاردرمانی (BA و BATD) به همه افراد افسرده

(۲۰۱۳) در بررسی خود نشان داد که تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش معنادار نمرات افسردگی گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد شده است. ریتچل^{۱۶} و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش معنادار در علائم افسردگی و افزایش معنادار در نمره امیدواری نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MMD) می‌شود. آرمنتو^{۱۷} و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش قابل‌توجهی در افسردگی و علائم اضطراب و افزایش کلی کیفیت زندگی و عملکردهای پزشکی می‌شود. باتوجه‌به آنچه گفته شد، هدف عمده پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی، اجتناب شناختی - رفتاری و کیفیت زندگی دانشجویان دختر فرزند شاهد و ایثارگر بود.

روش

در این پژوهش از روش شبه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شده است. از مداخله هر دو گروه در متغیرهای افسردگی، اجتناب شناختی - رفتاری پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس، گروه آزمایشی (درمان فعال‌سازی رفتاری) به‌صورت مجزا تحت درمان قرار گرفت. ولی گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام دوره زمانی، بلافاصله از هر دو گروه در تمامی متغیرها پس‌آزمون به عمل آمد و برای پیگیری نیز یک ماه پس از درمان، آزمودنی‌ها مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه دانشجویان خانواده‌های شاهد و ایثارگر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بود که در سال تحصیلی ۹۵ -

۱۳۹۴ برای مشاوره به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده بودند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از جامعه مذکور بود که برای انتخاب آنها از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شده است. ابتدا و سپس سه پرسشنامه: افسردگی بک، اجتناب شناختی - رفتاری و کیفیت زندگی بهداشت جهانی، بین ۷۳ نفر از آنها پخش شد. سپس از بین کسانی که در پرسشنامه افسردگی بک نمره بالا (۲۰ و بالاتر) را کسب کرده بودند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی (درمان فعال‌سازی رفتاری) و گروه کنترل (لیست انتظار) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که ۳ جلسه غیبت از جلسات، به‌عنوان ملاک افت آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد و چنانچه فردی ۳ جلسه از درمان غیبت داشت، داده‌های وی از تحلیل کنار گذاشته می‌شد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به تحقیق عبارت بودند از: کسب نمره ۲۰ و بالاتر (افسردگی متوسط) در آزمون افسردگی بک، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی (دست‌کم از یک سال قبل از ورود به پژوهش)، داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۳۰ سال.

پرسشنامه جمعیت‌شناختی: اطلاعات جمعیت‌شناختی موردنیاز این پژوهش از جمله: سن، جنس، تعداد فرزندان، سن و تحصیلات پدر و مادر، درصد جانبازی، مدت اسارت و یا زمان شهادت پدر می‌باشد.

پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه از نوع آزمون‌های خودسنجی است و ماده‌های آزمودن از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف افسردگی تشکیل می‌شود. مطالعات مربوط به پایایی و روایی این آزمون رضایت‌بخش بود. برای نمونه ضریب آلفای کرونباخ آزمون بک^{۱۸} را ۰/۸۲ و بک و همکاران (۱۹۸۸) را ۰/۸۸ به دست آورده‌اند. رجیبی و همکاران (۲۰۰۱)، ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی دونیمه‌سازی

پایایی بازآزمایی آن به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۶۵ به دست آمده است (عطایی و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه اجتناب‌شناختی - رفتاری ۰/۷۲ به دست آمد.

درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری در قالب ۱۰ جلسه آموزشی و تنها بر گروه آزمایش اعمال شد و به دلیل رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، دوره‌ای فشرده برای گروه کنترل برگزار شد. کفایت حجم نمونه براساس توان آماری مشخص شد. حجم نمونه بستگی به سطح آلفا یا میزان معناداری، میزان تفاوت یا رابطه (مجذور اتا)، میزان خطای استاندارد نمونه‌گیری و توان آماری دارد. کلیه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss22 و با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند. جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت: درمان فعال‌سازی رفتاری شیوه مداخله‌ای کوتاه‌مدت است که شامل جلسات درمانی مبتنی بر راهنمای عملی نسخه تجدیدنظرشده که توسط لیجوز و همکاران (۲۰۱۱)، ارائه و در ۱۰ جلسه اجرا شد. خلاصه برنامه جلسات به شرح زیر است.

آزمون را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. همبستگی آن با فهرست افسردگی همیلتون برابر با ۰/۷۳ با مقیاس خودسنجی زانک برابر با ۰/۷۶ و با فهرست افسردگی MMPI برابر با ۰/۷۴ است.

پرسشنامه اجتناب‌شناختی - رفتاری: مقیاس اجتناب‌شناختی - رفتاری (CBAS) ۳۱ گویه دارد که روی مقیاس لیکرت (یک) تا (پنج) پاسخ داده می‌شود (اوتنبریت^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۴). CBAS چهار خرده‌مقیاس: اجتناب‌شناختی اجتماعی، اجتناب‌شناختی غیراجتماعی، اجتناب رفتاری اجتماعی و اجتناب رفتاری غیراجتماعی دارد. میان خرده‌مقیاس‌های CBAS همبستگی درونی متوسط ۰/۵۷ - ۰/۳۹ وجود دارد. همسانی درونی کل و خرده‌مقیاس‌های شناختی غیراجتماعی، رفتاری غیراجتماعی، رفتاری اجتماعی و شناختی اجتماعی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۷۸ گزارش شده است. همسانی درونی نسخه فارسی خرده‌مقیاس‌های اجتناب اجتماعی و غیراجتماعی در یک نمونه ۶۹۸ نفری در ایران به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹ و

جدول ۱. محتوای آموزشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری

جلسات	شرح
اول	الف) معرفی / مقدمه؛ ب) تشریح افسردگی؛ ج) معرفی منطق درمان: - از ضربه (آسیب) و فقدان در زندگی‌تان چه اطلاعی دارید؟ - چرا حضور در همه جلسات درمانی اهمیت دارد؟ (د) معرفی کاربرگه بازبینی روزانه (کاربرگه ۱)؛ - درجه‌بندی لذت و اهمیت؛ ه) تکلیف: انجام کاربرگه بازبینی روزانه.
دوم	الف) بازبینی روزانه: - بررسی تکلیف (کاربرگه ۱). - رفع اشکال؛ ب) منطق درمان: - بررسی تکلیف؛ ج) نکات مهم در مورد ساختار درمان: - بررسی تکلیف؛ د) اجرای سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (کاربرگه ۲)؛ ه) تکلیف: - تکمیل کاربرگه بازبینی روزانه (کاربرگه ۱)؛ - بررسی سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (کاربرگه ۲).
سوم	الف) بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (کاربرگه ۱)؛ ب) سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: - بررسی تکلیف (کاربرگه ۲)؛ ب) انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها (کاربرگه ۳)؛ ج) تکلیف: - بازبینی روزانه (کاربرگه ۱)، - ادامه بررسی و تغییر سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (کاربرگه ۲)، - بررسی و تغییر انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها.
چهارم	الف) بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (کاربرگه ۱)؛ ب) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها (کاربرگه ۱)؛ ج) تکلیف: - بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده.
پنجم	الف) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (کاربرگه ۱)؛ ب) قراردادهای (کاربرگه ۴)؛ ج) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (کاربرگه ۱)؛ د) تکلیف: - بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (کاربرگه ۱)، - تداوم افزودن/اصلاح قراردادهای (کاربرگه ۴).
ششم	الف) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (کاربرگه ۱)؛ ب) قراردادهای: بررسی تکلیف (کاربرگه ۴)؛ ج) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (کاربرگه ۱)؛ د) تکلیف: - بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (کاربرگه ۱)، - تداوم افزودن/تغییر قراردادهای (کاربرگه ۴).
هفتم	الف) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (کاربرگه ۱)؛ ب) سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (کاربرگه ۲)؛ ج) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (کاربرگه ۱) - تداوم افزودن/تغییر قراردادهای (کاربرگه ۴).
هشتم	الف) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (کاربرگه ۱)؛ ب) انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (کاربرگه ۳)؛ ج) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (کاربرگه ۱)؛ د) تکلیف: - بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (کاربرگه ۱)، - تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادهای (کاربرگه ۴).
نهم	الف) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (کاربرگه ۱)؛ ب) قراردادهای: مرور و بازنگری مفاهیم (کاربرگه ۴)؛ ج) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (کاربرگه ۱)؛ د) تکلیف: - بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (کاربرگه ۱)، تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادهای (کاربرگه ۴).
دهم	الف) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (کاربرگه ۱)؛ ب) بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (کاربرگه ۱)؛ ج) آمادگی برای خاتمه (پایان‌دهی)؛ د) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (کاربرگه ۱)، -تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادهای (کاربرگه ۴).

نتایج

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین (انحراف استاندارد) سن شرکت‌کنندگان ۲۴/۲۱ (۴/۳۰) بود. تعداد ۱۷ نفر (۵۶/۶٪) دانشجوی دوره کارشناسی و تعداد ۱۳ نفر (۴۳/۴٪) نیز دانشجوی کارشناسی ارشد بودند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار افسردگی، اجتناب شناختی - رفتاری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	افسردگی	۳۹/۷	۶/۰	۳۱/۸	۸/۵
	اجتناب شناختی - رفتاری	۶۰/۷	۱۴/۹	۵۲/۲	۱۶/۳
کنترل	افسردگی	۳۲/۹	۲/۲	۳۳/۹	۳/۰
	اجتناب شناختی - رفتاری	۶۱/۰	۱۸/۱	۶۰/۹	۱۷/۸

نتایج جدول تحلیل کوواریانس بیان‌گر آن است که بین دانشجویان گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی، اجتناب شناختی - رفتاری) تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۴۰۴/۳۷	۱	۴۰۴/۳۷	۱۴/۵۳	۰/۰۰۱
گروه‌ها	۳۱۳/۲۳	۱	۳۱۳/۲۳	۱۱/۲۶	۰/۰۰۲
خطا	۱۰۲۹/۰۷	۲۷	۲۷/۸۱		

باتوجه به مندرجات جدول ۳، مقدار F در متغیر افسردگی برابر ۱۱/۲۶ است که در سطح ۰/۰۰۲ معنادار است، این بدین معناست که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر افسردگی، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری اجتناب - شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۹۰۷۴/۹	۱	۹۰۷۴/۹	۲۳۴/۳	۰/۰۰۱
گروه‌ها	۲۹۰/۸	۱	۲۹۰/۸	۷/۰	۰/۰۱۲
خطا	۱۵۳۲/۴	۲۷	۴۱/۴		

باتوجه به مندرجات جدول ۴، مقدار F در متغیر اجتناب شناختی برابر ۷/۰۲ است که در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار است، این بدین معناست که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر اجتناب شناختی، تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، اثر بخشی درمان گروهی فعال سازی

در متغیر افسردگی، تفاوت معناداری وجود دارد.

حمایت‌های دیگران و...) بروز کند. در مورد ارتباط اجتناب و افسردگی، چند نظریه مطرح شده است؛ یکی از این نظریه‌ها، نظریهٔ فعال‌سازی رفتاری است که به نقش الگوهای ناکارآمد اجتناب و عدم فعالیت در رشد و حفظ افسردگی می‌پردازد و مداخله‌های درمانی مبتنی بر این نظریه بر این موضوع تأکید می‌کند که به مراجعان، آموزش داده شود با الگوهای رفتاری غامض روبه‌رو شوند (دمیچیان و همکاران، ۲۰۱۱). فعال‌سازی رفتاری به درمان‌جویان کمک می‌کند با فعال‌سازی ساختاریافته و مسئله‌گشایی مؤثر به جنگ با اجتناب بروند. درمان‌جویان در این درمان یاد می‌گیرند، الگوهای اجتنابی خود را شناسایی کنند و برای نزدیک‌شدن و درگیرشدن با مسائل، راهبردهای مقابله‌ای جایگزین را به کار گیرند (دمیچیان و همکاران، ۲۰۱۱). درمان فعال‌سازی رفتاری علاوه‌بر کاهش علائم افسردگی، در حذف الگوهای اجتنابی و در نتیجه کاهش اجتناب شناختی - رفتاری در افراد افسرده مؤثر است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و اجتناب شناختی - رفتاری اثربخش بود. باتوجه‌به اینکه پژوهش حاضر براساس رویکرد ابعادی به آسیب‌شناسی روانی انجام می‌شود، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که نتایج این پژوهش را می‌توان به جمعیت‌های بالینی و غیربالینی تعمیم داد. این روش درمانی را می‌توان برای کسانی که از علائم افسردگی در رنج هستند، به‌عنوان روش تسکینی سریع به‌کار گرفت. برای نمونه در مراکز مشاوره‌ای که عده‌ای از مراجعان در صف انتظار قرار دارند، این روش درمانی می‌تواند به‌منظور کاستن از ناراحتی و پریشانی آنها اعمال شود. همچنین به افراد آموزش داده می‌شود تا اجتناب خود را متوقف کرده و به‌شکلی متفاوت با آنچه تا به حال انجام می‌دادند، مقابله کنند و افراد یاد

رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و اجتناب شناختی - رفتاری دانشجویان خانواده‌های شاهد و ایثارگر مورد مطالعه قرار گرفت. مطالعه نشان داد که درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری موجب کاهش علائم افسردگی و اجتناب شناختی - رفتاری در دانشجویان خانواده‌های شاهد و ایثارگر شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پیشین در این زمینه همسوست (ریچل و همکاران، ۲۰۱۱؛ آرمنتو و همکاران، ۲۰۰۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت که نظریهٔ رفتاری افسردگی پیشنهاد می‌کند که درمان فعال‌سازی رفتاری به این دلیل اثربخش است که به افزایش تقویت مثبت منجر می‌شود (مازوحلی، ۲۰۱۴). هدف فعال‌سازی رفتاری، افزایش رفتارهایی است که احتمالاً به دریافت پاداش از سوی بیمار منجر می‌شوند. پاداش‌ها ممکن است درونی (لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) باشند. این افزایش پاداش‌ها به ارتقای خلق بیمار کمک می‌کند (لی‌هی^{۲۱} و همکاران ۲۰۱۱). درمان فعال‌سازی رفتاری، راهبرد شکستن تکالیف دشوار به عناصر ساده‌تر را به‌کار می‌برد. بنابراین افراد افسرده با اجرای این راهبرد، می‌توانند به شیوه پیش‌رونده به فعالیت‌هایی دست یابند و این نیز متعاقباً دستیابی به تقویت مثبت را تسهیل می‌کند (مازوحلی، ۲۰۱۴). از نظر مارتل و همکاران (۲۰۱۳) درمان فعال‌سازی رفتاری با کاهش علائم افسردگی، باعث کاهش هم‌زمان اجتناب شناختی - رفتاری در افراد افسرده می‌شود. بنابراین افراد افسرده از میان انواع سبک‌های مقابله با فشار روانی از سبک مقابله اجتنابی استفاده می‌کنند. مقابله اجتنابی، تلاش در جهت اجتناب از رخدادها و رویدادهای منفی است که می‌تواند به شکل شناختی (انکار، فرونشانی و سرکوب افکار) و رفتاری (فرار از پذیرش مسئولیت، تلاش برای جلب

2. Ataei S, Fata L, Abhari Ahmadi SA. (2013). Rumination avoidance of cognitive - behavioral depression in people with social anxiety disorder: comparison of two floors and spectral class perspective, *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 19 (4): 283-295. [Full Text in Persian]

3. Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.

4. Blalock, J. A., & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive therapy and research*, 24(1), 47-65.

5. Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies.

6. Dimidjian, S., Barrera Jr, M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.

7. Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... & Atkins, D. C. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 658.

8. Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PloS one*, 9(6), e100100.

9. Fabry, M ; Aubry, J. (2006). Impact of the life goals group therapy program for depressive patients: An open study. *Journal of Affective Disorders*. 93(8):253-257.

10. Ferster, C. (1973). A functional analysis of depression. *American psychologist*, 28(10), 857.

11. Goudarzi N. (2006). The Effectiveness of Group Contracting and Behavioral Activation Therapy for the treatment of opioid use disorders. *Health Psychology PhD thesis*, Tehran University. [Full Text in Persian]

12. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, Gortner E, Prince SE. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 64(2):295.

13. Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to

می گیرند به جای استفاده از الگوها و رفتارهای اجتنابی که به افسردگی بیش تر منجر می شود، رفتارهای مقابله جابگزين را آزمایش کنند و در نتیجه باعث کاهش رفتارهای منفعلانه و اجتنابی و بهبود علائم افسردگی می شود.

پی نوشت

1. Gilbert
2. Slavich
3. Fabry
4. Kaplan
5. Blalock
6. Jacobson
7. Dimidjian
8. Cuijpers
9. Lejuez
10. Manos
11. behavioral activation (BA)
12. Martell
13. behavioral activation treatment for depression
14. Kanter
15. Ekers
16. Ritschel
17. Armento
18. Beck
19. Ottenbreit
20. Mazzucchelli
21. Leahy

منابع

۱. آزاد، حسین (۱۳۷۹)، روان شناسی مرضی، تهران: انتشارات بارنگ.
۲. حمدیه، مصطفی و شهیدی، شهریار (۱۳۸۷)، اصول و مبانی بهداشت روانی تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه ها (سمت)، چاپ سوم.
۳. خاقانی زاده، مرتضی و سیرتی، مسعود (۱۳۸۳)، بررسی مشکلات ایثارگران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
۴. گیلبرت، پاول (۱۳۸۹)، غلبه بر افسردگی، ترجمه سیاوش جمالزاده، تهران: انتشارات رشد.

1. Armento, M. E., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation of a breast cancer patient with coexistent major depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies*, 8(1), 25-37.

- model of depression. *Clinical psychology review*, 30(5), 547-561.
20. Martell, C., Addis, M., & Dimidjian, S. (2004). Finding the Action in Behavioral Activation: The Search for Empirically Supported Interventions and Mechanisms of Change.
21. Mazzucchelli TG. (2014). Behavioural activation interventions for depression and well-being (Doctoral dissertation, Curtin University of Technology, School of Psychology and Speech Pathology).
22. Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: the construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour research and therapy*, 42(3), 293-313.
23. Rajabi GR, Attari Y, Haghghi J. (2001). Factor analysis of the questionnaire Beck (BDI-21) on the male student Shahid Chamran. 3 (8): 49- 66. [Full Text in Persian]
24. Ritschel, L. A., Ramirez, C. L., Jones, M., & Craighead, W. E. (2011). Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(2), 281-299.
25. Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. *Psychological bulletin*, 140(3), 774.
- contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice*, 8(3), 255-270.
14. Jalili A. (2006). Effectiveness in reducing depressive symptoms and behavioral activation therapy in reducing the impact of dysfunctional attitudes. Thesis MA in Clinical Psychology, Institute of Psychiatry Tehran. [Full Text in Persian]
15. Kaplan, H., & Saduk, B. (2003). Summary of psychiatry, behavioral science and clinical psychiatry. Trans. Purafkary, (10th).
16. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. (2011). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. Guilford press.
17. Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression (BATD): revised treatment manual (BATD-R). *Behavior Modification*, 35 111-161.
18. Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior modification*, 35(2), 111-161.
19. Manos, R. C., Kanter, J. W., & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation