



اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش استرس در دانشجویان با نشانگان بالینی افسردگی

راضیه فتوحی اردکانی^{۱*}، حامد مستوفی^۲

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف، اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش استرس در دانشجویان با نشانگان بالینی افسردگی انجام شد. **روش:** پژوهش از نوع روش پیش آزمون - پس آزمون، همراه با گروه کنترل استفاده شد. گروه نمونه این تحقیق دانشجویانی که نمرات بالایی در پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) آوردند به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، قبل و بعد از درمان تکمیل کردند. جلسات درمانی طی ۱۰ جلسه تشکیل شد. اطلاعات از طریق پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) جمع‌آوری شد. وبا روش تحلیل کواریانس، بوسیله نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش استرس در دانشجویان با نشانگان بالینی افسردگی اثربخش بوده است. **نتیجه‌گیری:** بنابراین براساس یافته‌ها فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت سبب کاهش علائم استرس در دانشجویان با نشانگان بالینی افسردگی می‌شود.

واژگان کلیدی: درمان فعال سازی کوتاه مدت، کاهش استرس، نشانگان بالینی افسردگی

^{۱۱} کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران (نویسنده مسئول)

(razeahfotoohi@gmail.com)

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران (h.mostofi59@yahoo.com)

مقدمه

افسردگی از زمان‌های قدیم در نوشته‌ها آمده است و توصیف‌هایی از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می‌خوانیم در بسیاری از مدارک طبّی قدیم وجود دارد. داستان عهد عتیق شاه سائول و داستان خودکشی آژاکس در ایلید هومر، هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده‌اند. حدود ۴۵۰ سال قبل از میلاد، سقراط اصطلاح مانی و مالیخولیا را برای توصیف اختلالات روانی بکار برد. در حدود ۱۰۰ سال قبل از میلاد پزشک رومی به نام سلوس در کتاب De Medicina افسردگی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود. این اصطلاح را پزشکان دیگر از جمله ارسطو (۱۲۰ تا ۱۸۰ سال بعد از میلاد) و جالینوس (۱۲۹ تا ۱۹۹ سال بعد از میلاد) نیز بکار بردند. در قرون وسطی طبابت در ممالک اسلامی رونق داشت و رازی و ابن سینا و پزشک یهودی، میموند، ملانکولی را بیماری مشخص تلقی می‌نمودند. در سال ۱۸۵۴ ژان پیرفالر حالتی را توصیف نمود و آن را جنون ادواری نامید.

امیل کراپلین در سال ۱۹۸۶ بر اساس معلومات روانپزشکان فرانسوی و آلمانی، مفهوم بیماری مانیک-دپرسیو را شرح داد که شامل اکثر ملاک‌های تشخیصی است که امروزه روانپزشکان برای تشخیص این بیماری از آن‌ها استفاده می‌کنند. کراپلین همچنین نوع خاصی از افسردگی را به نام «افسردگی رجعتی» که پس از یائسگی در زن‌ها و در اواخر بزرگسالی در مردها شروع می‌شود را شرح داد. (پورافکاری، ۱۳۶۸)

افسردگی یکی از مهمترین بیماری‌های نگران کننده است. افسردگی یک حالت خلقی مداوم و پایدار است که می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی فرد را در بر بگیرد. افسردگی توانایی فرد در تفکر، احساس، رفتار و جسم تحت تاثیر قرار می‌دهد. فرد افسرده بصورت کاملاً منفی درباره خودش فکر می‌کند. این افکار منفی نظر او را نسبت به خود، دنیا و آینده تحت تاثیر قرار می‌دهند. افراد افسرده خود را سرزنش می‌کنند، وقتی شکست می‌خورند خود را مسئول آن می‌دانند و احساس گناه می‌کنند. وقتی با مسئله‌ی رو برو می‌شوند احساس می‌کنند که شکست خواهند خورد و علت شکست را به خود نسبت می‌دهند. افراد افسرده آینده را با بد بینی و ناامیدی تصور می‌کنند، آن‌ها معتقدند که اعمال آن‌ها محکوم به شکست است. تصور می‌کنند که پاسخ هایشان نمی‌تواند تاثیری در رمز موفقیت آتی داشته باشد. بنابراین شدیداً احساس درماندگی می‌کنند. آن‌ها بطور مکرر از خود انتقاد کرده و احساس بازنده بودن می‌کنند. افسردگی انگیزه‌ی فرد را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش انرژی و علاقه‌ی فرد به همه چیز می‌شود. فرد احساس خلا و پوچی، خشم، ناراحتی، اضطراب و احساس گناه می‌کند، فرد افسرده مشکل زیادی در شروع فعالیت دارد. تمرکز و حافظه‌ی افراد افسرده معمولاً دچار مشکل بوده و آنها مشکلاتی در زمینه تصمیم‌گیری دارند. تقریباً در بیشتر طول روز افسرده، ناراحت و غمگین هستند. در نشانه‌های فیزیولوژیک مثل اشتها، خواب، وزن، میل جنسی، میزان هورمون‌ها و مواد شیمیایی نیز دچار اختلال می‌شوند. افراد مبتلا به اختلال افسردگی از یک حالت خلقی شدید و طولانی مدت در عذاب هستند. شکایت اولیه‌ی این بیماران از ماهیت هیجانی برخوردار است. معمولاً فرد می‌تواند استدلال کند و با واقعیت تماس دارد، در موارد شدیدتر ممکن است لازم باشد تا بیمار بستری شود. (سپینگتون، ۱۹۸۲، به نقل از شاهی، ۱۳۸۵).

فعال سازی رفتاری نوعی رفتار درمانی موج‌سومی است که برای درمان افسردگی تدوین شده است. این درمان یکی از انواع درمان‌های تحلیلی کارکردی است که بر پایه الگوی روانشناختی مدنظر اسکینر درباره تغییر رفتار قرار دارد. این الگو عموماً تحلیل رفتار نامیده می‌شود. این حوزه همچنین بخشی از آنچه است که تحلیل رفتار بالینی نام دارد و یکی از موثرترین شیوه‌ها در کاربرد حرفه‌ای تحلیل رفتار را بازنمایی می‌کند. (دیمیچیان، دون، ۱۳۹۲)

درمان فعال سازی رفتاری توسط چهار تن از پیشگامان بزرگ روان‌شناسی معاصر بنام‌های چارلز بی. فرستر، پیتر ام. لویسنس، لین پی. رم و آرون تی. بک بنا نهاده شده است.

بنیادهای نظری فعال سازی رفتاری برای افسردگی تحلیل کارکردی است که چارلز فرستر درباره افسردگی انجام داده است. سه اتفاق باعث قوی تر شدن الگوی اصلی فرستر شد: اول توسعه بیشتر مطالعه اصول تقویتی که منجر به تدوین اصل جور شدن شد، دوم پیشرفت های نظری مداوم در کارکردهای احتمالی افسردگی و سوم نگاهی به تحلیل رفتار رشد کودک که به منظور تعیین الگوهای بلندمدت منجر به افسرده خویی، انجام شد.

در ادامه به بحث در خصوص نقش ها و تأثیری که پیشگامان مذکور در شکل گیری فعال سازی رفتاری داشته اند، پرداخته می شود:

فرضیه فرستر (۱۹۷۳): کاهش بسامد برخی فعالیت ها و افزایش بسامد فعالیت های دیگر باعث افسردگی می شود.

فرضیه پیترام. لوینسون (۱۹۷۴): اهمیت نقصان تقویت مثبت در زندگی بیماران افسرده را برجسته کرد. لوینسون معتقد بود که تجربه ی ذهنی حاصل از پاداش های محیطی در تعیین ماهیت اثر گذاری بعدی آنها، در رفتار یا حالت خلقی، نقش دارد.

لوینسون و لیبت (۱۹۷۲) دریافتند که افراد افسرده در برابر پستی و بلندی های زندگی آسیب پذیرتر هستند. آنان در مقایسه با افراد غیر افسرده، به محرک های آزارنده پاسخ شدیدتری می دهند و نسبت به موقعیت های دردناک زندگی، واکنش فیزیکی و هیجانی بیشتری نشان می دهند. برای رفع این معضل تکنیک های حساسیت زدایی برای موقعیت های آزارنده پیشنهاد شد. لوینسون راهبرد های پایش هفتگی و برنامه ریزی فعالیت ها را نیز عنوان کرد.

فرضیه لین پی. رم (۱۹۷۷): رم مدل خویشتن داری و درمان افسردگی را عرضه نمود. مدل خویشتن داری رم شامل موارد ۱-پایش خویش، ۲-ارزیابی خویش، تقویت خویش می باشد. براساس مدل خویشتن داری رم افسردگی پیامد بسامد نسبتاً پایین تقویت خویشتن و بسامد نسبتاً بالایی تنبیه خویشتن است. افراد افسرده به جای اینکه جهت افزایش بسامد و تداوم رفتار، قطع نظر از رویدادهای بیرونی، به خود پاداش دهند، تحت تأثیر نوسان های خلقی قرار دارند. نقص در تقویت خویشتن از میزان تلاش های فرد می کاهد و او را در گیر رفتاری می کند که فوراً تقویت می شود این عامل ممکن است به افزایش بسامد رفتارهای اجتنابی دامن بزند. تنبیه مفرط خویشتن ممکن است به سرکوبی خود و سرکوبی بی جهت افکار، گفتار، یا کنش های مناسب یا افراط در خودکویی ها و ارزیابی های منفی شود.

فرضیه آرون تی. بک (۱۹۷۹): بک در رویکرد خود راهبردهای فعال سازی رفتاری را درچار چوبی شناختی ادغام کرده است.

از نظرگاه بک، پیش از پایش و اصلاح باورهای خاص افراد افسرده، باید درمان را با فعال سازی —خاصه برای درمانجویان شدیداً افسرده آغاز کرد. افزون بر این، راهبردهای رفتاری، به عنوان ابزار شناسایی و ارزیابی شناخت واره ها، در سرتاسر شناخت درمانی افسردگی، به کار گرفته می شود.

بک، قالب ریزی شیوه ای برای پایش و برنامه ریزی فعالیت عرضه نمود، در فهرست فعالیت دو مورد ثبت می شود ۱-فعالیت های فرد، ۲-میزان احساس لذت و تسلط فرد.

درمان فعال سازی رفتاری، به جهت بسیاری، برای افسردگی "عمل متضاد" تلقی می شود تمایل افراد افسرده این است که دست به عمل نزنند، یا اقدام به گریز یا اجتناب بکنند. فعال شدن با چنین تمایلاتی در تضاد است. (دیمیجیان و مارتل، ۲۰۰۸)

فعال سازی رفتاری رویکردی است که متناسب با بافتار منحصر بفرد هر درمانجو بکار گرفته می شود، خشت اول فعال سازی رفتاری فرایند سنجش می باشد. طی فرایند سنجش است که درمانگر فعال سازی رفتاری تشخیص می دهد درمان را چگونه فرد-ویژه کند. سنجش، نه تنها فرایندی جاری است بلکه درمانگر را در سرتاسر روند درمان هدایت می کند (دیمیجیان، دون، ۱۳۹۲).

تکنیک های فعال سازی رفتاری شامل برنامه ریزی فعالیت ها، مسائل گشایی رفتار های مساله ساز مربوط به افکار، تمرکز بر اجتناب، پیش گیری از عود می باشد.

درمانگران فعال سازی رفتاری همچون مربی فعال و خلاق عمل می کنند و نقش تسهیل گری را در تمام جلسات درمان رعایت می کنند و درمانگران سبک و سیاق این رویکرد را که شامل موارد زیر می باشد در نظر می گیرند:

- حفظ ساختار هر جلسه درمان

- رویکرد کنش محور

- تایید تجارب درمانجو

- همکاری با درمانجو برای اتخاذ تصمیمات مناسب

- غیر قضاوتی بودن

- ابراز صمیمیت و صادق بودن با درمانجو

- تقویت گزارش ها یا نمونه هایی از رفتار که درمانجو در جلسه درمان عرضه می دارد.

ساختار هر جلسه درمانی این رویکرد شامل: هدف؛ مرور آنچه بعد از جلسه ی قبل رخ داده؛ تنظیم دستور جلسه؛ توجه به درک درمانجو از فرایند درمان؛ باز خورد خواستن از درمانجو؛ تعیین تکلیف خانگی و حفظ تمرکز بر فعال سازی است (دیمیجیان، دون، ۱۳۹۲).

مدل فعال سازی رفتاری، همچنین بر نقش نشخوار فکری در ایجاد و تداوم افسردگی تاکید می ورزد. درمان فعال سازی رفتاری آشکارا بر کاهش نشخوار فکری از دیدگاه کارکردی - تحلیلی تمرکز می کند (آدیس و مارتل، ۲۰۰۶).

درمانگران فعال سازی رفتاری به جای محتوای نشخوار فکری، فرایند آنرا مورد هدف قرار می دهند. در مدل فعال سازی رفتاری نشخوار فکری به عنوان شکلی از اجتناب مفهوم سازی شده است که مراجع را از رو به رو شدن با موقعیت های دشوار باز می دارد. درمان گران فعال سازی رفتاری به مراجعان کمک می کنند چندین تکنیک را یاد بگیرند تا با افکارشان مقابله کرده و در فعالیت های مهم زندگی شان درگیر شوند (مارتل، دیمیجیان و هرمن، ۲۰۱۰).

درمانگران فعال سازی رفتاری برای مقابله با افکار نشخوار گون از تکنیکهایی مانند: توجه برگردانی، برجسته سازی افکار نشخوار گون، مساله گشایی، تمرکز مجدد به فعالیت در حال انجام، توجه موشکافانه به ادراک حسی، استفاده می کنند. (دیمیجیان-دون، ۱۳۹۲).

فعال سازی رفتاری از یکسری فعالیت ها و مهارت ها برای پیشگیری از عود بیماری مثل: تشخیص عناصر رفتار ضد افسرده، تعمیم دان فعال سازی به بافتار زندگی، تشخیص و آماده شدن برای موقعیت های پر خطر، برگزاری جلسات تقویتی و نگهدارنده، می پردازد.

در رویکرد فعال سازی رفتاری اجتناب یکی از موانع اساسی مساله گشایی است، مقابله با اجتناب درمانجو، بخش مهم گشایش مسائل در این درمان به شمار می رود.

درمان فعال سازی رفتاری جزء درمان های موج سوم است که تکنیک عینی و با قابلیت اجرای آسان را برای درمان افسردگی ارائه می دهد و در مطالعات و گروه های تحقیقاتی متعدد اثر بخشی خود را به اثبات رسانده است. (وان استراتن، اندرسون، ۲۰۰۸ و ریکاردز، گیلبد، ۲۰۰۸ و مازوک چلی، کن وریس، ۲۰۰۹).

روش شناسی

پژوهش حاضر از نظر نحوه گرد آوری اطلاعات شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل می باشد و از نظر هدف کاربردی و به صورت میدانی اجرا می شود، پژوهش کاربردی پژوهشی است که با استفاده از نتایج تحقیقات بنیادی به منظور بهبود و به کمال رساندن رفتارها، روشها، ابزار ها، وسایل، تولیدات، ساختارها و الگوهای مورد استفاده جوامع انسانی انجام می شود. نمونه تصادفی نوعی نمونه گیری است که در آن هر عضوی از جامعه شانس برابری برای انتخاب شدن دارد (عیسوی، ۱۳۸۵). در

این پژوهش متغیر مستقل شامل ۱۰ جلسه آموزش مبتنی بر فعال سازی رفتاری به صورت مشاوره گروهی بود. این جلسات به صورت ۴۵ دقیقه با تواتر هفته ای دو بار تشکیل شد. جامعه آماری این پژوهش عبارت است از دانشجویان کارشناسی ارشد رشته علوم تربیتی دانشگاه آزاد اردکان از سال ۹۱-۹۲ تا سال ۹۳-۹۴ که این افراد ۱۶۰ نفر بوده و براساس جدول مورگان حجم نمونه ۱۱۳ نفر می باشد و براین اساس پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) رابین ۱۱۳ نفر اجرا کردیم و ۳۳ نفر از این افراد دارای اختلال افسردگی تشخیص داده شدند. نمونه پژوهش بصورت کاملاً تصادفی شامل ۳۰ نفر است. در گروه آزمایش (رویکرد درمان فعال سازی رفتاری برای افراد دارای اختلال افسردگی) ۱۵ نفر و در گروه گواه نیز ۱۵ نفر بصورت مساوی قرار گرفتند.

معیارهای ورود آزمودنی ها به مطالعه:

- داشتن نمره بالاتر از ۷ در پرسشنامه و تایید تشخیص اضطراب از طریق مصاحبه بالینی
- سن افراد شرکت کننده از ۲۴ تا ۴۵ سال
- عدم وجود دوره های شدید حمله و عود بیماری
- عدم ابتلا همزمان به بیمارهای دیگر
- توانایی برقراری ارتباط و همکاری
- علاقه و تمایل به شرکت در مطالعه
- معیارهای خروج آزمودنی ها از مطالعه:
- داشتن دوره های شدید حمله و عود بیماری
- ابتلا به سایر اختلالات مزمن
- عدم داشتن انگیزه و رضایت آگاهانه نسبت به انجام اصول درمانی
- غیبت بیش از ۳ جلسه
- سن بیش از ۴۵ سال

ابزار مورد استفاده پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) بود. در این پژوهش حاضر با استفاده از پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) اطلاعات جمع آوری شد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوندو و لایبوند تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هریک از سازه های روانی «افسردگی»، «اضطراب» و «استرس» را توسط ۷ عبارت متفاوت، مورد ارزیابی قرار می دهد. فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت است که هریک از ۱۴ عبارت یک عامل یا سازه روانی را اندازه گیری می کند. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) برای جمعیت ایرانی اعتبار یابی شده است.

ویژگی های روانسنجی

لویابند و لویابند (۱۹۹۵) در یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس DASS ($r=.4$) همبستگی بالایی را نشان دادند. علاوه بر این آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) الگوی مشابهی از همبستگی را در نمونه های بالینی بدست آوردند. کرافورد و هنری (۲۰۰۳) نیز در نمونه ۱۷۷۱ نفری انگلستان این ابزار را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب مقایسه و پایایی این ابزار را با آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰ و استرس ۰/۹۳ و برای نمرات کل ۰/۹۷ گزارش نمود. در ایران نیز توسط مرادی پناه، صاحبی و عاقبتی اعتبار این ابزار تایید شده است. به طوری که در مطالعه مرادی پناه، آلفای کرونباخ در حیطه افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۲ گزارش گردیده است.

کلید آزمون

۱- زیر مقیاس افسردگی (۷ عبارت): ۲۱-۱۷-۱۶-۱۳-۱۰-۵-۳،

۲- زیر مقیاس اضطراب (۷ عبارت): ۲۰-۱۹-۱۵-۹-۷-۴-۲،

۳- زیر مقیاس استرس (۷ عبارت): ۱۸-۱۴-۱۲-۱۱-۸-۶-۱،

نمره گذاری و روش اجرا

مقیاس DASS-21 توانایی تشخیصی و غربالگری نشانه های اضطراب، افسردگی و استرس را در طی یک هفته گذشته دارد کاربرد این مقیاس جهت افراد بزرگسال است. هرچند این آزمون توانایی غربالگری و تشخیص در دوره نوجوانی را نیز دارد، ولی بهتر است برای افراد بالاتر از ۱۵ سال مورد استفاده قرار گیرد.

نحوه پاسخ دهی به پرسش ها به صورت چهار گزینه ای است که به صورت خود سنجی تکمیل می شود. دامنه پاسخ ها از "هیچ وقت" تا "همیشه" متغیر است، به طوری که افراد می توانند پاسخ های خود را به صورت یکی از گزینه های مقابل پرسش مربوطه به صورت "هیچ وقت"، "کمی"، "گاهی" و "همیشه" با علامت ضربدر (x) مشخص نمایند. نمره گذاری از "صفر" تا "سه". نمره یک برای گزینه "کمی"، نمره دو برای گزینه "گاهی" و نمره سه برای گزینه "همیشه" در نظر گرفته شده است مجموع نمرات جمع شده و بر اساس جدول زیر تفسیر می شود.

جدول ۱: مجموع نمرات جمع شده

درجه بندی	افسردگی	اضطراب	استرس
طبیعی	۹-۰	۷-۰	۱۴-۰
خفیف	۱۳-۱۰	۹-۸	۱۸-۱۵
متوسط	۲۰-۱۴	۱۴-۱۰	۲۵-۱۹
شدید	۲۷-۲۱	۱۹-۱۵	۳۳-۲۶
خیلی شدید	۲۸ و بیشتر	۲۰ و بیشتر	۳۴ و بیشتر

در پژوهش حاضر پس از هماهنگی های لازم که با مسئولین دانشگاه آزاد اردکان صورت پذیرفت، پرسشنامه بین جامعه آماری توزیع گردیده و ۳۰ نفر از دانشجویان دارای اختلال افسردگی تشخیص و سپس بصورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین گردیدند. سپس اهداف پژوهش برای گروه آزمایش بطور کامل و برنامه ریزی شده، تشریح شده و ضمن ایجاد انگیزه در آن ها، پروتکل درمانی فعال سازی رفتاری در ۱۰ جلسه ی ۴۵ دقیقه ای و هر هفته ۱ جلسه در یکی از کلاس های دانشگاه روی آن ها اجرا گردید، در صورتی که گروه کنترل هیچ گونه برنامه ای در مورد فعال سازی رفتاری دریافت نداشتند. پس از پایان جلسات مجدداً ابزار پژوهش (پرسشنامه) به عنوان پس آزمون در اختیار دو گروه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها در پژوهش، آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) بود و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته ها

یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول (۲) آورده شده است. فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افسردگی دانشجویان بانسانگان بالینی افسردگی تاثیر دارد.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
ثابت	۵/۰۸۵	۱	۵/۰۸۵	۱/۱۹۹	۰/۲۸۳	۰/۰۴۳	۰/۱۸۴
پیش آزمون	۳۸/۱۲۶	۱	۳۸/۱۲۶	۸/۹۸۷	۰/۰۰۶	۰/۲۵۰	۰/۸۲۴
گروه	۱۷۲/۲۹۱	۱	۱۷۲/۲۹۱	۴۰/۶۱۳	۰/۰۰۵	۰/۶۰۱	۱
خطا	۱۱۴/۵۴۱	۲۷	۴/۲۴۲				
کل	۴۷۴۲/۰۰۰	۳۰					

براساس نتایج جدول ۲ میزان F مشاهده شده برای هم گروه کنترل-آزمایش و هم برای پیش آزمون-پس آزمون محاسبه شده است. همانطور که مشاهده می شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با ۸/۹۸۷ است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=006/0$)، نشان داده شد که استرس در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش-کنترل) برابر با ۴۰/۶۱۳ است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=005/0$)، نشان داده شد که استرس در گروه های آزمایش و کنترل متفاوت است. نتایج تحلیل کواریانس حاکی از این است که فعال سازی رفتاری کوتاه مدت به کار رفته در مطالعه سبب کاهش استرس در دانشجویان با نشانگان بالینی افسردگی گروه نمونه شده است ($F=8/987, P<0/05$) و ($F=40/613, P<0/05$).

بحث و نتیجه گیری

اجتناب از فعالیت ها و موقعیت ها و نشخوار فکری، که در زمان بروز مسائل اولیه بیشتر خود را نشان می دهد. در بروز افسردگی و ایجاد اضطراب موثر تر هستند، بروز مسائل اولیه مانند، عدم وجود شغل و درآمد مناسب و نبود امکانات ازدواج و... که در زمان تحصیلات عالی برای دانشجویان بوجود می آید باعث می شود که دانشجویان دچار نشخوار فکری و نگرانی و اضطراب و بدنبال آن غم و ناامیدی شده و اگر این مسائل شدیدتر باشد گاه در برخی افراد سبب ایجاد افسردگی و اختلالات اضطرابی می شود. با توجه به تحقیقات قبلی که نشان داده است، مسائل اولیه و در کنار آن بیشتر مسائل ثانویه، چگونه سبب اختلال می شود، در این پژوهش نیز پژوهشگر در طی اجرای طرح درمان متوجه شد که افراد به دلیل مسائل ثانویه (اجتناب و نشخوار فکری و عدم برنامه ریزی فعالیت ها و نداشتن مهارت مساله گشایی) مدت زمان بیشتری را در این حالات غمگانه و نگرانی بسر می برند و خود را درمانده می یابند. رویکرد فعال سازی رفتاری با تلفیق تکنیک های شناختی و رفتاری در افراد شرکت کننده باعث از بین رفتن نشخوار فکری و اجتناب می شود. رویکرد فعال سازی رفتاری باعث ایجاد تسلط در امور و لذت بردن بیشتر از فعالیتها و موقعیت ها و اعتماد به نفس بالاتر فرد می شود. با توجه به ادبیات پژوهشی درمان فعال سازی رفتاری می توان نتیجه گرفت که این رویکرد که بر دو فرضیه اساسی، ۱- فرضیه فعال سازی ۲- فرضیه مهارت های مقابله ای بنا شده است تاثیر بسزایی بر درمانجویان برای دوباره فعال شدن داشته و با طرحهایی که در این رویکرد ایجاد شده درمانجویان توانسته اند به مدد آنها، با تقویت کننده های موجود در محیط، تماس برقرار کرده و با رویداد های غم انگیز و افکار افسرده مقابله کنند.

رویکرد فعال سازی رفتاری روی این موارد تمرکز می کند: سنجش (بر اساس اصل ۲ و اصل سوم انجام می گیرد)، مقابله با اجتناب از طریق فعال سازی ساختار یافته و مساله گشایی موثر (بر اساس اصل ۱ و اصل ۴ انجام می گیرد)، وقت صرف کردن برای سر در آوردن از جزئیات رفتار مساله ساز، پایش، تایید کردن، تعیین فعالیت ها (بر اساس اصل ۴، اصل ۵ و اصل ۹ انجام می گیرد)، گره گشایی مسائل (بر اساس اصل ۸، اصل ۱۰ و اصل ۷ انجام می گیرد).

در رفتار درمانی ما با رفتار کردن و عمل کردن است که می توانیم افکار و احساس را کنترل کنیم رویکرد فعال سازی رفتاری که برگرفته از رویکرد رفتار درمانی است دست به مغز فرمان می دهد و با انجام فعالیت ها است که باعث می شود افکار نشخوارگون و احساسات ناخوب به کنترل در آیند. بنابراین می توان نتیجه گرفت، رویکرد فعال سازی رفتاری با درگیر کردن افراد در فعالیت ها و برنامه ریزی و هدف گزینی در زندگی از نظر کارکرد، باعث می شود آنها در سطح مناسبی قرار گیرند و فعالیت های روز مره و امور مهم زندگی خود را بخوبی انجام دهند و در نهایت احساس بسیار خوبی به آنها دست می دهد. این رویکرد افسردگی را شناسایی، ترمیم و اصلاح می کند.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۸۱). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. (مترجمان؛ محمدرضا نیکخو، هامایک آوادیس یانس). انتشارات سخن، تهران
- آریانا کیا، المیرا مرادی، علیرضا جاتمی، محمد. (۱۳۹۳-۱۳۹۲). اثر بخشی درمان ترکیبی فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، مجله روان شناسی بالینی، سال ششم، شماره (۱) پیاپی ۲۱. صص ۱۵-۲۷
- باچر و دیگران. (۲۰۰۷). آسیب شناسی روانی (جلد دوم). ترجمه؛ یحیی سید محمدی (۱۳۸۸). انتشارات ارسباران، تهران
- برانج، رنا. ویلسون، راب. (۱۳۹۱)، رفتار درمانی شناختی با دامیز. (مترجم؛ مهدی قراچه داغی). ارجمند
- بیدگلی، ایمان الله. رحیمیان بوگر، اسحاق. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری و قرار پروچاسکا. او. نورکراس، جان، سی. (۱۳۸۱). نظریه های روان درمانی، (مترجم؛ یحیی سید محمدی)، ویرایش چهارم. انتشارات رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۹)، تهران.
- پرهون، هادی. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی و مقایسه ی درمان فعال سازی کوتاه مدت و درمان فرا شناختی بر کاهش شدت نشانه ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی، پایان نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- جلیلی، امیر. (۱۳۸۵). اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش علائم افسردگی و تاثیر این درمان در کاهش نگرش های نا کارآمد. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی تهران، چاپ نشده.
- دیمیدجیان، مارتل. دون، هرمان. (۱۳۹۲). درمان افسردگی با فعال سازی رفتاری. (مترجمان؛ سامان نونهال، دکتر سید علی محمد موسوی)، ارجمند
- رایت، جسی. (۱۳۹۲)، آموزش درمان شناختی - رفتاری. (مترجم؛ دکتر حسن حمید پور). ارجمند
- روز نهان، دی. ال. وسلینگمن، ام، ای. پی. (۱۳۷۹). روان شناسی نا بهنجاری، آسیب شناسی روانی (مترجم؛ یحیی سید محمدی) جلد دوم. انتشارات ارسباران (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۵)، تهران.
- زمستانی، مهدی. داودی، ایران. مهرابی زاده هنرمند، مهناز. زرگر، یدالله. (۱۳۹۲). اثر بخشی درمان فعال سازی گروهی بر علائم افسردگی و اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب، مجله روان شناسی بالینی، سال پنجم، شماره ۴ (پیاپی ۲۰)، صص ۷۳-۸۴.
- کاپلان، لچ. کی. و سادوک، بی. جی. (۱۳۸۷). خلاصه روان پزشکی. (مترجمان؛ حسن رفیعی، فرزین رضایی)، انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۸)، تهران.
- کانتر، جان. اتان. بوش، آندرو. راش، لورا. (۱۳۹۱). تند آموزش فعال سازی رفتاری. (مترجمان؛ مصلح میرزایی- صمدفردونی). ارجمند
- نداف، مجید. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد فعال سازی رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی مدد جوینان وابسته به مواد، پایان نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی فردوسی مشهد
- هی، لی. (۱۳۹۳). تکنیک های شناختی درمانی. (مترجم؛ دکتر حسن حمید پور). ارجمند
- Armento MEA, Hopko DR. (2009). Behavioral activation of a breast cancer patient with co-existent major depression and generalized anxiety disorder. Clin Case Studies. (8):25-37.

- Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED.(2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Arch of Suicide Res.* (13):230–246.
- Barlow DH.(2008). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Baruch DE, Kanter JW, Bow M.(2011). Pfenning SL Improving homework compliance in career counseling with a behavioral activation functional assessment procedure: A pilot study. *Cog and Behav Prac.* (18):256–266.
- Bottonari KA, Roberts JE, Thomas SN, Read JP.(2008). Stop thinking and start doing: Switching from cognitive therapy to behavioral activation in a case of chronic treatment- resistant depression. *Cog and Behav Prac.* (15):376-386.
- Bottonari KA, Roberts JE, Thomas SN, Read JP.(2008). Stop thinking and start doing: Switching from cognitive therapy to behavioral activation in a case of chronic treatment- resistant depression. *Cog and Behav Prac.* (15):376-386.
- Cranford JA, Eisenberg D, Serras AM.(2009). Substance use behaviors, mental health problems, And use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behav.*(34): 134-145.
- Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al.(2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult and Clin Psychol.* (74):658–670.
- Hopko DR, Lejuez C, LePage J, Hopko S, McNeil D.(2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behav Modification.*(27):458-469.
- Hopko DR, Robertson SMC, Lejuez CW.(2006). Behavioral activation for anxiety disorders. *Behav Analyst Today.* (7): 212-231.
- Kenney BA, Holahan CJ.(2008). Depressive symptoms and cigarette smoking in a college sample *J American College Health.* (56):409–414.

The effectiveness of short-term behavioral activation therapy on stress reduction in students with clinical depressive symptoms

Raziyeh Fotohi Ardakani¹ Hamed Mostofi²

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of short-term behavioral activation therapy on reducing stress in students with clinical symptoms of depression. **Method:** The research was a pre-test-post-test method with a control group. The sample group of this study Students who scored high in the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) questionnaire were selected by simple random sampling method and two groups of 15 people were tested and controlled. The experimental and control groups completed the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) questionnaire before and after treatment. The treatment sessions consisted of 10 sessions. Data were collected through the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) questionnaire. The analysis of covariance was performed by SPSS software. **Results:** The findings showed that short-term behavioral activation therapy was effective in reducing stress in students with clinical symptoms of depression. **Conclusion:** Therefore, based on the findings, short-term behavioral activation reduces stress symptoms in students with clinical symptoms of depression.

Keywords: Short-term activation therapy, stress reduction, clinical symptoms of depression

¹ M.A of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran

² M.A of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran