



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

حامد مستوفی^۱، راضیه فتوحی اردکانی^۲

شماره ۳۴،
دوره اول،
سال چهارم،
پاییز ۱۴۰۰،
صص ۹-۱

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف، اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش استرس در دانشجویان با نشانگان بالینی اضطراب انجام شد. **روش:** پژوهش از نوع 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 نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه مقیاس افسردگی، 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) جمع آوری شد و با روش تحلیل کواریانس، بوسیله نرم افزار 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 اضطراب اثربخش بوده است. **نتیجه‌گیری:** بنابراین براساس یافته‌ها فعال سازی رفتاری کوتاه مدت سبب کاهش علائم استرس در دانشجویان با نشانگان بالینی اضطراب می‌شود. **واژگان کلیدی:** درمان فعال سازی کوتاه مدت، کاهش استرس، دانشجویان

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران (h.mostofi59@yahoo.com)
^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران (razeahfotoohi@gmail.com)

مقدمه

بر اساس آمارهای اعلام شده در ایران، تعداد زیادی از دانشجویان دچار اختلالات اضطرابی می‌باشند. شیوع اضطراب در جامعه ایران نیز همانند افسردگی است (کاویانی، احمدی المیری، دهقان و همکاران، ۱۳۸۱). از آنجایی که مطالعات متعددی اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری را در افسردگی نشان داده اند (امیری، جلیلی، پرهون، ۱۳۹۰). و همچنین از آنجا که برخی تحقیقات نشان می‌دهند هم آیندی مرضی افسردگی و اضطراب در جامعه ایران احتمالا اندکی کمتر از ۶۰ درصد و همپوشی این علائم در جامعه ایرانی بسیار بالا است (کاویانی و قاسم زاده، ۱۳۸۲) بنابراین این پژوهش بر آن شد تا اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش اضطراب دانشجویان را بررسی نماید.

فعال سازی رفتاری در مقایسه با دارو درمانی که معمولا اولین و شایع‌ترین درمان انتخابی دانشجویان می‌باشد نه تنها تبعات منفی نداشته بلکه تجربه‌ای خوشایند را در زندگی دانشجو ایجاد می‌کند. رویکرد فعال سازی رفتاری کوتاه مدت در این راستا می‌تواند با پویا نمودن دانشجو در ظرف مدت کوتاهی او را دوباره به اجتماع برگرداند.

ولی مصرف دارو تبعات و اثرات خاص خود را دارد و در بعضی از مواقع می‌تواند دانشجو را از ادامه‌ی تحصیل بطور موثر باز دارد.

از دیگر مزایای این رویکرد رفتاری برای درمان اضطراب دانشجویان می‌توان به این موارد نیز اشاره کرد که از آنجا که این نوع درمان دارای راهنمای درمانی می‌باشد دانشجویان می‌توانند مانند یک پژوهش عملی آنرا در زندگی واقعی خود به کار گرفته و اثرات آنرا به عینه مشاهده کنند. همچنین دلیل اینکه این رویکرد تاکید بر انعطاف پذیری زیاد و انطباق شیوه درمانی با ویژگی‌های فردی، نیازها و محدودیتهای درمانجو در فرایند درمان دارد، دانشجو می‌تواند با استفاده از خلاقیت امکانات، محدودیتها و فرصت های خود در راستای طرح درمانی مدون گام بر دارد. یکی از امتیازات ویژگی‌های منحصر بفرد این رویکرد نسبت به بسیاری از رویکردها که نقش کنترل علائم و درمان را بعده دارند این است که این شیوه‌ی درمانی علاوه بر نقش کنترل و درمان، بیمار را از عود بیماری تا حدود زیادی مصون داشته و موجب افزایش کارایی، احساس ارزش مندی و عزت نفس و در نتیجه خود شکوفایی فرد می‌گردد.

درمان فعال سازی رفتار نوعی رویکرد روان درمانی کوتاه مدت است که برای کاهش علائم افسردگی و جلوگیری از بازگشت اختلال افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این نوع درمان بر اساس این فرضیه ساخته شده است که روبرو شدن اشخاص مستعد به ابتلا به اختلال افسردگی و پاسخ نامناسب آنان به این مشکلات می‌تواند توانایی آنان را برای بدست آوردن پاداش‌ها در محیط زندگی شان را کاهش داده و در نتیجه علائم اختلال افسردگی را در آنان ظاهر سازد. اهداف درمان فعال سازی رفتار افزایش دادن سیستماتیک فعالیت‌ها به شیوه‌ی است که به مراجعان کمک کند تا به منابع بزرگتر پاداش‌ها در زندگی شان دست یافته و بتوانند مشکلات زندگی شان را حل نمایند. فرایند درمان فعال سازی رفتار به صورت مستقیمی بر روی افزایش میزان انجام برخی از فعالیت‌ها و جلوگیری از انجام برخی دیگر از فعالیت‌ها (مانند اجتناب از انجام برخی از رفتارها و یا کاهش دادن میزان نشخوار ذهنی) متمرکز می‌شود (لی، ۱۳۹۳).

رفتار درمانگران اعتقاد دارند که به شواهد تجربی لازم ربرای کارآمد بودن درمان فعال سازی رفتار دست یافته اند. به نظر رفتار درمانگران نظریه‌ی اساسی این نوع درمان را باید در مدل های رفتاری که در مورد علل ابتلا به اختلال افسردگی بیان گردیده جستجو نمود. بر اساس نظر مدل های رفتاری که در مورد علل ابتلا به اختلال افسردگی ارایه شده است نوع خاصی از ارتباط بین رفتارها و محیط می‌تواند زمینه ساز ابتلا به اختلال افسردگی باشد. از نظر این مدل ها رفتارها می‌توانند به صورت های گسترده و در حالت های کلامی و غیر کلامی باشند. و محیط هم به حوزه‌ی وسیعی گفته می‌شود که رفتارها در آن انجام می‌گیرند. بر اساس یکی از مدل های رفتاری که در مورد سبب شناسی ابتلا به اختلال افسردگی توسط یکی از نظریه پردازان رفتار گرایی به نام فستر مطرح شده است افسردگی در نتیجه‌ی وجود تاریخچه‌ی از زندگی است که در آن فعالیت های شخص منجر به دریافت پاداش مثبت از محیط نمی‌گردد. به نظر فستر زمانی که کوشش مردم منجر به ارایه‌ی پاداش به آنان نمی‌شود آنها بیشتر متمرکز به پاسخ دادن به احساس ناکامی خود می‌شوند تا یافتن منابع بالقوه از تقویت مثبت در محیط و ایجاد این حالت کاهش ارایه‌ی وقت به محیط و افزایش دادن وقت به بررسی امور مربوط به گذشته می‌شود. همچنین به نظر فستر کاهش میزان دریافت تقویت کننده های مثبت از محیط کاهش میزان انجام رفتارهای سازگارانه را در پی دارد. کاهش انجام رفتارهای سازگارانه می‌تواند به شکل گیری حالت انفعال بینجامد در این حالت شخص امکان دارد به این نتیجه برسد که کوشش های فعالانه وی منجر به دست یافتن او به نتایج مثبت نمی‌گردد. مدل رفتاری دیگری که در مورد سبب شناسی ابتلا به اختلال افسردگی ارایه شده است توسط لوینسون ارایه شده است بر اساس این مدل رفتاری افزایش تقویت کننده های محیطی در پیشگیری از ظاهر شدن علائم اختلال افسردگی مهم است. همچنین در این مدل رفتاری وجود حالت اجتناب اجتماعی به عنوان یکی از عوامل خطر زای بالقوه برای ابتلا به اختلال افسردگی مطرح است. لوینسون و همکاران طرح درمانی خود را بر اساس مدل رفتاری شان پیشنهاد نمودند بر اساس این مدل رفتاری

برای مقابله با علائم اختلال افسردگی لازم است که از تکنیک های رفتاری و شناختی مانند تکنیک خود نظارت گری و تکنیک برنامه ریزی برای انجام فعالیت های خوشایند استفاده شود (طاهری، ۱۳۸۸).

بک و همکارانشان که درمان شناختی-رفتاری را ابداع نمودند از روش فعال سازی رفتاری در درمان خود استفاده زیادی نمودند. آنان اعتقاد داشتند به کمک این روش می توان قدم های مهمی را برای تغییر شناخت های ناکارآمد برداشت. همچنین بک و همکاران وی تاکید بیشتری بر روی نقش شناخت به عنوان عامل سبب ساز در ابتلا به اختلال افسردگی داشتند. (زمستانی، داودی، مهرابی زاده هنرمند و زرگر ۱۳۹۲).

تکنیک هایی که در درمان فعال سازی رفتار از آن ها استفاده می شود عمدتاً از نظریات فستر، لوپنسون و بک منشا گرفته اند. اگرچه در روش درمان فعال سازی رفتار نقش عوامل زیستی و سایر عوامل به عنوان عامل سبب ساز در ابتلا به اختلال افسردگی مورد اثبات قرار گرفته است اما تمرکز اصلی فعالیت این نوع درمان بر روی تغییر محیط یا تغییر چهار چوب زندگی به عنوان عامل اصلی در برانگیختن حالت افسردگی می باشد. به عبارت دیگر درمانگران روش فعال سازی رفتاری فرض می نمایند یکی از دلایلی که مردم مبتلا به اختلال افسردگی می گردند آن است که محیط زندگی آنان تغییراتی بوجود می آید و ایجاد این تغییرات سبب می شود که آنان سطوح پائینی از تقویت کنندگان مثبت را دریافت نمایند. همچنین از نظر این درمانگران زندگی آن دسته از اشخاصی که کمترین پاداش ها از محیط را دریافت می کنند می تواند همراه با احساس غمگینی و خلق پائین باشد. مورد دیگری که درمانگران فعال سازی رفتار به عنوان عامل سبب ساز در ابتلا به اختلال افسردگی بر روی آن تاکید دارند نقش کنار کشیدن اشخاص از محیط در افزایش میزان خطر ابتلا به اختلال افسردگی می باشد (پرهون ۱۳۹۰).

رویکرد درمانی فعال سازی رفتار تلاش دارد عواملی که در ابتلا به اختلال افسردگی نقش دارند را مورد شناسایی قرار دهد. از نظر این نوع درمان برای کاهش میزان افسردگی لازم است تغییراتی در برخی از جنبه های زندگی انجام گیرد و حالت کناره جویی که عاملی مهم در حفظ یا افزایش میزان علائم افسردگی است کاهش یابد. درمانگران فعال سازی رفتار برای رسیدن به اهداف فوق از روشی به نام روش فعالیت های هدایت شده استفاده می نمایند. در این روش از یک سلسله از رویکردهای مربوط به تغییر رفتار استفاده می شود که در نهایت با استفاده از آن ها مراجع بتواند میزان تقویت کنندگان بیشتری را از محیط بدست آورد. هدف درمان فعال سازی رفتار افزایش فعالیت ها به صورت تصادفی یا انجام فعالیت ها برای لذت بردن یا بهبود یافتن حالت خلق نمی باشد. بلکه هدف این روش درمانی پی ریزی روش هایی است که مراجع بتواند تقویت کنندگان بیشتری را از محیط زندگی خود بدست آورد. نقش درمانگر فعال سازی رفتار به مانند نقش یک مربی می باشد. به عبارت دیگری زمانی که مراجع تلاش دارد تا تکنیک های فعال سازی را اجرا کند درمانگر کمک های تخصصی برای موفقیت در اجرای این تکنیک ها را فراهم می سازد. همچنین درمانگر در طول درمان تلاش می کند مشکلات مراجع را در قالب های کوچک در آورد تا امکان حل آن ها بیشتر گردد (بیدگلی و رحیمیان بوگر ۱۳۸۹).

هانس سلیه نیز معتقد است که استرس را همیشه در زندگی نباید عامل منفی به شمار آورد، از دیدگاه اوقفت زمانی که استرس شخص را مغلوب ساخته و موجب ناراحتی می گردد، آسیب رساننده است.

بنابراین همه استرس ها عوارض ناخوشایند ندارند و به این خاطر استرس را بعضی به سه دسته بزرگ

(الف) استرس منفی

(ب) استرس خنثی

(ج) استرس خوشایند، طبقه بندی می کنند

نگرانی، فشار، خشم و ناکامی، جزء استرس های منفی قلمداد می شوند و چیزهایی مثل سر و صدا، پول و ... استرس خنثی و موفقیت، اگر چه استرس مثبت یا منفی باشد، واکنش های فیزیولوژیک اولیه یکسانی را به همراه خواهد داشت.

میشن بام (۱۹۸۲) معتقد است با فشار روانی را باید از دید شناختی نگاه کرد، یعنی فشار روانی مستلزم ارزیابی شناختی است و افراد تحت این فشار، اغلب دارای افکار تحریف شده و آکنده از سرخوردگی هستند. وی (۱۹۸۵) به منظور کمک به افراد تحت شرایط استرس، آموزش مایه کوبی در برابر فشار روانی را پیشنهاد داده است. آموزش مایه کوبی در برابر فشار روانی میشن بام، دارای سه مرحله مشخص است:

(الف) مرحله ادراک (دادن آگاهی به منظور درک مشکل

(ب) مرحله مهارت آموزی و تمرین (مانند تنش زدایی، راهبردهای حل مسئله و...

(ج) مرحله کاربردی و پیگیری (مهارت های آموخته شده در موقعیت های واقعی به کار گرفته شوند).

هدف نهایی درمان فعال سازی رفتار کمک به مراجعان برای تغییر دادن برخی از رفتارها می باشد تا آنان بتوانند از میزان منابع بیشتری از تقویت کنندگان مثبت محیطی استفاده نمایند. اولین فرایند درمان شامل شناسایی الگوها و یا حوزه های اجتنابی شخص و فرایند دوم شامل برنامه ریزی برای رسیدن به اهداف اولیه یا کوتاه مدت و اهداف بلند مدت درمان است. درمانگر می تواند به مراجع خود کمک کند که به موارد اجتناب یا فرار خود آگاهی بیشتری پیدا نماید و به جای استفاده

از حالت اجتناب یا فرار از روش های مناسبی استفاده کند. همچنین درمانگر در فرایند درمان به مراجع خود کمک می کند تا بتواند اهداف کوتاه مدت و طولانی مدت را در فرایند درمان در نظر بگیرد. اهداف کوتاه مدت درمان کمک به مراجع است تا موقعیتهای زندگی خود را به شیوه ای تغییر دهد که کمتر در معرض افسردگی باشد. برای رسیدن به اهداف فوق درمانگر می تواند مراجع خود را انجام دادن فعالیتهایی مانند صرف وقت با دوستان و خانواده، تمرینات ورزشی و تنظیم برنامه ریزی رفتار تشویق نمایند.

ورود به دانشگاه معمولاً با تغییرات زیاد اجتماعی و انسانی همراه است که در کنار این تغییرات پذیرش نقش جدید دانشجو باعث می شود که او احساس کند نیاز به یک تغییر و تحول شناختی اساسی دارد. طبیعتاً قرار گرفتن در این شرایط، فشارهای روانی و نگرانی هایی را برای دانشجو به همراه می آورد که این استرس ها می توانند عملکرد او را در دانشگاه تحت تأثیر قرار دهند. دوری از خانواده، عدم علاقه به رشته تحصیلی و عدم کفایت امکانات رفاهی دانشگاه ها نیز اغلب باعث افت دانشجویان- چه از لحاظ تحصیلی و چه از لحاظ روانی- می شود. از طرف دیگر پذیرفته شدن دانشجویان در خوابگاه نیز استرس های زیادی را برای فرد به همراه دارد، چون بار فشار پذیرفته شدن از سوی دیگران در زندگی جمعی زیاد است. اضطراب امتحانات نیز علاوه بر خوابگاهی بودن، مشکل عمده ای است؛ چرا که دانشجو می اندیشد باید در مقابل دیگران ابراز وجود کند و این، خود باعث مبتلا شدن به انواع ترس های مرضی، اضطراب ها، اختلالات روان تنی و ناراحتی های گوارشی یا حتی وسواس می شود.

علاوه بر تمامی این مسائل این نکته از سوی روانشناسان و کارشناسان مسائل اجتماعی نیز تأیید شده است که سلامت روانی ارتباط مستقیمی با وضعیت اقتصادی شخص دارد. این موضوع در مورد دانشجویان به شکل دیگری است. به این ترتیب که هر چه وضعیت اقتصادی آنها بهتر می شود سلامت و امنیت روحی و روانی آنها نیز بالاتر می رود. همسرگزینی، ازدواج، تشکیل خانواده، روبه روشن شدن با جنس مخالف و قرار گرفتن در معرض سوءاستفاده های عاطفی و... همه و همه مسائلی هستند که باید با دید بازتری به آنها نگریست.

اختلالات اضطرابی دارای بیش ترین فراوانی در سطح کل جمعیت هستند. اضطراب پدیده ای رایج و شناخته شده و فراگیر به نظر می رسد. کسانی که از اضطراب رنج می برند اغلب در سطح پایینی از سازش یافتگی قرار دارند و معمولاً از راهبردهای مقابله ای مانند اجتناب و گریز از موقعیت استفاده می کنند و با استمرار اجتناب از موقعیتهای اضطراب زا موقتاً آرامش نسبی می یابند و این اجتناب باعث عدم درگیری آنها با عوامل اضطراب زا شده و در نتیجه مسئله لاینحل باقی مانده و بر اضطراب و آسیب زایی آنها در موقعیت های آن افزوده می شود (بک و همکاران، ۱۹۹۸).

در زمانه امروز دانشجویان به دلیل نقش ارزنده ای که در اداره آینده کشور به عهده دارند یکی از گروه های مهم جامعه محسوب می شوند. اهمیت این موضوع وقتی معین می شود که بدانیم بر طبق آمار و ارقام موجود، کشور ایران یک کشور جوان بوده و بخش عمده جمعیت آن متشکل از جمعیت جوان و نوجوان می باشد که سلامتی جسمی و روانی آنها نقش بسزایی در پیشرفت و آینده کشور خواهد داشت. دانشجویان بدلیل چالشهای پیش رویشان که اضطراب را هم هستند، بیشتر از دیگران در معرض گرفتار شدن در دام اضطراب هستند. یکی از رویکردهای نوین و اثر بخش در پیشگیری و درمان اختلالات اضطرابی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت می باشد که هم اثرات شگرف آن در تحقیقات گوناگون به اثبات رسیده و هم با فرهنگ کشور ما همخوانی کامل دارد.

طی تحقیقی که در آن اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری و قرار دادی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی مورد بررسی قرار گرفته معلوم گردید که درمان فعال سازی رفتاری و قرار دادی گروهی باعث کاهش معنا دار در پس آزمون و نیز پی گیری ۴ ماهه افسردگی در گروه های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه نشده است، اما باعث کاهش معنا دار در پس آزمون و پی گیری ۴ ماهه اضطراب و استرس زناشویی در گروه های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است. در نتیجه درمان فعال سازی رفتاری و قرار دادی گروهی در کاهش اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی طی یک دوره حداقل ۴ ماهه موثر است. (بیگدلی، رحیمیان بوگر، ۱۳۸۹)

اصطلاح فعال سازی رفتاری کوتاه مدت همان روش ساده ای است که بیمار را در فرایند تغییر در گیر می کند و امیدواری و حرکت را در او دامن می زند. درمانگر به بیمار کمک می کند که یک یا دو عمل را انتخاب کند و دقت نماید که این اعمال چه گونه احساس های متفاوتی در او پدید می آورند. سپس درمانگر به بیمار کمک میکند که این فعالیت ها را از طریق برنامه های مختصر اجرا کند. فعال سازی رفتاری معمولاً در جلسه اول یا همان چند جلسه اول، قبل از اینکه تحلیل ها یا مداخلات رفتاری عمیق تری صورت گیرد، بکار گرفته می شود (مثل برنامه ریزی فعالیت، آزمایش های تدریجی). آماج قرار گرفتن اعمال رفتاری در مشکلات بگرنج و پیچیده، نیز می تواند مفید باشد. استفاده از این روش در همان اوایل درمان می تواند بیماران را به سرعت، به فعالیت های سازنده ای ترغیب کند. (جسی رایت، ۱۳۹۲).

فرایند کلی درمان شامل ارزیابی رفتار و خلق، انتخاب پاسخ جایگزین، انجام پاسخ های جایگزین، یکپارچه کردن این جایگزین ها، مشاهده نتایج و (آن وقت) ارزیابی کردن آن ها می شود. هدف شناخت ارتباط بین اقدامات و پیامدهای هیجانی

و همچنین جایگزینی نظام مند الگوهای رفتاری نا کارآمد با الگوهای رفتاری سازگارانه است. افزون بر این‌ها به کیفیت خواب و بهبود کارکرد اجتماعی توجه می‌شود.

ما در این تحقیق برآن شدیم تا از روش فعال سازی رفتاری در درمان استرس بهره بگیریم زیرا معتقدیم که در استرس یک سیکل معیوب به این صورت وجود دارد که عوامل و موقعیتهایی با عنوان چالشهای بنیادین در مورد دانشجویان مثل ازدواج، بیکاری و فقدان درآمد، شکستهای تحصیلی و شغلی، بی‌علاقگی به رشته تحصیلی و ... در ایجاد انواع اضطراب که آنها را مسایل اولیه می‌نامیم، نقش دارند و همین اضطرابها باعث پایین آمدن خلق، اعتماد به نفس، احساس جراتمندی و کیفیت زندگی فرد شده و افکار نشخوار گون نیز این فرایند را همراهی می‌نمایند. در نهایت مسایل مذکور باعث اجتناب و عدم درگیری فرد در فعالیتهای اضطراب زا که ما آنها را مسایل ثانویه می‌نامیم، می‌گردند و به این ترتیب مشکلات فرد لا ینحل باقی می‌مانند. و به این ترتیب خلق، اعتماد به نفس و.... فرد همچنان افت کرده و منجر به اجتنابهای گوناگون از موقعیتهای می‌شود و فرد هر روز طبق این فرایند بیشتر و بیشتر در دام اضطراب گرفتار می‌آید.

پرهیز و اجتناب فرد از موقعیتهای و محیط های استرس زا با عنوان مسایل ثانویه در نظر گرفته می‌شود. پرهیز و اجتناب فرد هیچ گونه تقویتی را برایش فراهم نمی‌سازد و باعث کاهش اعتماد به نفس و ایجاد نگرشهای منفی در فرد می‌شود که این عامل نیز به نوبه خود فرد را از درگیر شدن با مسایل اضطراب زا باز داشته و به رفتار اجتنابی وا می‌دارد و بالعکس اگر فرد بصورت فعالانه با شرایط استرس آفرین مواجه شود و با استفاده از تکنیکهای مختلف بر استرس خود فایق آید تقویت دریافت کرده و دریافت تقویت نیز به نوبه خود باعث افزایش درگیری او با مسایل استرس آفرین و حل آنها می‌شود و به این ترتیب سیکلی بوجود می‌آید که نه تنها استرس فعلی بیمار را درمان بلکه او را در مواجهه با موقعیتهای استرس زای بالقوه دیگر نیز محفوظ و مصون می‌دارد (دمیدجیان، دون، ۱۳۹۲).

روش شناسی

در این پژوهش از طرح پژوهشی نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و آزمایش است. 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. جهت رعایت اخلاق پژوهش به مراجعان گفته شد که هویت آنها در مورد پرسشنامه محرمانه تلقی می‌شود. این مداخله جهت انجام کار پژوهشی است و آنها از طریق پست الکترونیکی می‌توانند از نتایج آزمون مطلع شوند.

جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان ارشد رشته علوم تربیتی دانشگاه آزاد اردکان ورودی سال ۹۱ تا ۹۳ است. که تعداد آنها ۱۶۰ نفر بود.

در این پژوهش روش نمونه گیری تصادفی می‌باشد که بعد از اطلاع رسانی در مورد انجام این طرح تحقیقاتی تمایل خود را جهت شرکت بیان نمودند.

در این راستا پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) در بین دانشجویان توزیع شد. حجم نمونه ۱۱۳ نفر بود. از این بین ۳۰ نفر از افرادی که نمره ی بالاتر از ۷ در زیر مقیاس استرس در این پرسشنامه گرفتند، بطور تصادفی انتخاب شدند. و در دو گروه ۱۵ نفر (آزمایش و کنترل) 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 بیماری های 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

ابزار مورد استفاده پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) بود.

اطلاعات توسط پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) جمع آوری شد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوندو 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، صاحبیو 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 دارکاربرد 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 قرارگیرد.

نحوه پاسخ دهی به پرسش ها به صورت چهار گزینه ای است که به صورت خود سنجی تکمیل میشود. 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 تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته ها

یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول (۲) آورده شده است.

درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش استرس دانشجویان با نشانگان بالینی اضطراب 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	۵/۰۸۰	۱	۵/۰۸۰	۱/۸۴۷	۰/۱۸۵	۰/۰۶۴	۰/۲۵۹
پیش آزمون	۱۲۴/۴۰۷	۱	۱۲۴/۴۰۷	۴۵/۲۳۳	۰/۰۰۵	۰/۶۲۶	۱
گروه	۲۲۹/۷۷۱	۱	۲۲۹/۷۷۱	۸۳/۵۴۳	۰/۰۰۵	۰/۷۵۶	۱
خطا	۷۴/۲۵۹	۲۷	۲/۷۵۰				
کل	۴۸۹۵/۰۰۰	۳۰					

بر اساس 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 $45/233$ است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=005/0$)، نشان داده شد که استرس در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش-کنترل) برابر با $83/543$ 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 اضطراب گروه نمونه شده است ($F=45/233, P<0/05$) و ($F=83/543, P<0/05$).

بحث و نتیجه گیری

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 و گاهی خشم بسر می برند خود را درمانده می یابند.

با عنایت به نظریه فعال سازی رفتاری که بیشتر رفتارهای بیمارگون، تابع تقویت مثبت می باشند و استرس هنگامی ایجاد می شود که تقویت مثبت کاهش می یابد؛ از دست می رود؛ یا بشدت کم می شود. فعال سازی رفتاری مراجعان را به دستیابی و پرورش مهارت هایی ترغیب می کند که به انها امکان ایجاد و حفظ ارتباط با منابع مختلف و پایدار تقویت مثبت را می دهد. این کار موجب پدیدآیی یک زندگی با معنا، ارزشمند و هدفدار می شود.

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 استرس زا و دلهره آور مقابله کنند.

درمان به سبک فعال سازی، روشی است که طی آن بیمار یاد می گیرد در جهت بهبود به طور فعال، سبک زندگی خود را تغییر دهد. این روش درمانی، مبتنی بر مدل CBT و رویکرد غنی سازی انگیزشی است و یک روش کاملاً ساختار یافته و متمرکز بر مشکلات جاری و فوری بیمار است. بنابراین هدف آن، گسترش تعاملات اجتماعی و مشارکت فرد در فعالیت های لذت بخش است.

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 روزمره و امور مهم زندگی خود را بخوبی انجام دهند و در نهایت احساس بسیار خوبی به آنها دست می دهد. این رویکرد از ابتلا به استرس پیشگیری کرده و استرس را درمان می کند و از عود بیماری جلوگیری 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
- ایدوین، ج. سو، بارابارا، آر. س. (۱۳۸۳). روان شناسی مرضی (مترجمان؛ بهمن نجاریان، محمدعلی اصغری مقدم، محسن دهقانی). جلد اول، تهران.
- بیدگلی، ایمان الله. رحیمیان بوگر، اسحاق. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری و قرار دادی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی، مجله روان شناسی بالینی، سال دوم، شماره ۴ (پیاپی ۸)، صص ۱۹-۲۸.
- 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.
- پرهون، هادی. مرادی، علیرضا. جاتمی، محمد. پرهون، کمال. (۱۳۹۱). مقایسه درمان فعال سازی کوتاه مدت و درمان فرا شناختی بر کاهش شدت نشانه ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی، فصلنامه علمی-پژوهشی، پژوهش در سلامت روان شناختی، دوره ششم، شماره چهارم، صص ۳۶-۵۲.
- دیمیدجیان، مارتل. دون، هرمان. (۱۳۹۲). درمان افسردگی با فعال سازی رفتاری. (مترجمان؛ سامان نونهال، دکتر سیدعلی محمد موسوی)، ارجمند
- دیویسون و همکاران. (۱۳۸۴). آسیب شناسی روانی، جلد اول، مترجم، دهستانی، انتشارات سمت، 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.

- ساعت چی.م.، کامکاری.ک.، و عسکریان.م. (۱۳۸۹). آزمونهای روان شناختی. نشر ویرایش، تهران.
- کاپلان -سادوک. (۲۰۰۷). خلاصه روان پزشکی. جلد دوم، مترجم؛ نصرت الله پور افکاری (۱۳۸۶). انتشارات آینده سازان- شهرآب، ویرایش دهم، تهران.
- هی، لی. (۱۳۹۳). تکنیک های شناختی درمانی. (مترجم؛ دکتر حسن حمید پور). ارجمند
- 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.
- Choi, N. G., Pepin, R., Marti, C. N., Stevens, C. J., & Bruce, M. L. (2020). Improving social connectedness for homebound older adults: randomized controlled trial of tele-delivered behavioral activation versus tele-delivered friendly visits. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(7), 698-708.
- Daughters SB, Braun AR, Sargeant MN, Reynolds EK, Hopko DR, Blanco C, et al. (2008). Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: The life enhancement treatment for substance abuse (LETS Act!). *J Clin psychiatry*. (69):122-129 .
- Egede, L. E., Davidson, T. M., Knapp, R. G., Walker, R. J., Williams, J. S., Dismuke, C. E., & Dawson, A. Z. (2021). HOME DM-BAT: home-based diabetes-modified behavioral activation treatment for low-income seniors with type 2 diabetes—study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 22(1), 1-11.
- Gawrysiak M, Nicholas C, Hopko D. (2009). Behavioral activation for moderately depressed University students: Randomized controlled trial. *J Counsel Psychol* . (56): 468–475.
- Turner, A. P., Jensen, M. P., Day, M. A., & Williams, R. M. (2021). Behavioral activation and behavioral inhibition: An examination of function in chronic pain. *Rehabilitation psychology*, 66(1), 57.

The effectiveness of short-term behavioral activation therapy on reducing stress in students with clinical anxiety syndrome

Hamed Mostofi ,Raziyeh Fotohi Ardakani

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 anxiety syndrome. **Method:** The study was a pretest-posttest study 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 were divided into two groups of 15 experiments and controls. The experimental and control groups completed the Depression 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 and analyzed by analysis of covariance using SPSS software. **Results:** The findings showed that short-term behavioral activation therapy was effective in reducing stress in students with clinical symptoms of anxiety. **Conclusion:** Therefore, based on the findings, short-term behavioral activation reduces stress symptoms in students with clinical symptoms of anxiety.

Keywords: Short-term activation therapy, stress reduction, students