فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی(دوره جدید)

شماره ۳۴، دوره اول، سال چهارم، پاییز ۱۴۰۰، صص ۱-۱۰

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 ۱۰جلسه تشکیل شد. اطلاعات از طریق پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)جمع‌آوری شد. وبا روش تحلیل کواریانس، بوسیله نرم‌افزار SPSSتجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته¬های 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

[۱] 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)

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

مقدمه

افسردگي از زمان‌هاي قديم در نوشته‌ها آمده است و توصيف‌هايي از آنچه ما امروزه اختلالات خلقي مي‌خوانيم دربسياري از مدارك طبي قديم وجود دارد. داستان عهد عتيق شاه سائول و داستان خودكشي آژاكس در ايلياد هومر، هر دو يك سندرم افسردگي را توصيف كرده اند. حدود ۴۵۰ سال قبل از ميلاد، سقراط اصطلاح مانی و ماليخوليا را براي توصيف اختلالات روانی بكار برد. در حدود ۱۰۰ سال قبل از ميلاد پزشک رومی به نام سلوس در كتاب De Medicina افسردگي را ناشي از صفراي سياه معرفي نمود. اين اصطلاح را پزشكان ديگر از جمله ارسطو (۱۲۰ تا ۱۸۰ سال بعد از ميلاد) و جالينوس (۱۲۹ تا ۱۹۹ سال بعد از ميلاد) نيز بكار بردند. در قرون وسطي طبابت در ممالك اسلامي رونق داشت و رازي و ابن سينا و پزشك يهودي، ميموند، ملانكولي را بيماري مشخص تلقي مي‌نمودند. در سال ۱۸۵۴ ژان پيرفالر حالتي را توصيف نمود و آن را جنون ادواريناميد.

اميل كراپلين در سال ۱۹۸۶ بر اساس معلومات روانپزشكان فرانسوي و آلماني، مفهوم بيماري مانيك-ديپرسيو راشرح داد كه شامل اكثر ملاك‌هاي تشخيصي است كه امروزه روانپزشكان براي تشخيص اين بيماري از آن‌ها استفاده مي‌كنند. كراپلين همچنين نوع خاصي از افسردگي را به نام « افسردگي رجعتي » كه پس از يائسگي در زن‌ها و در اواخر بزرگسالي در مردها شروع مي‌شود را شرح داد. (پورافكاري، ۱۳۶۸)

افسردگی یکی از مهمترین بیماری‌های نگران کننده است. افسردگی یک حالت خلقی مداوم وپایدار است که می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی فرد را در بر بگیرد. افسردگی توانایی فرد درتفکر،احساس، رفتار وجسم تحت تاثیر قرار می دهد. فرد افسرده بصورت کاملا منفی درباره خودش فکر می کند.این افکار منفی نظر او را نسبت به خود، دنیا وآینده تحت تاثیر قرار می دهند.افراد افسرده خود را سرزنش می‌کنند، وقتی شکست می‌خورند خود را مسئول آن می دانند و احساس گناه می‌کنند. وقتی با مسئله‌ی رو برو می‌شوند احساس می‌کنند که شکست خواهند خورد وعلت 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 می کنند که پاسخ هایشان نمی توانند تاثیری در رمز موفقیت آتی داشته باشد.بنابراین شدیدا احساس درماندگی می کنند.آن‌ها بطور مکرر از خود انتقاد کرده و احساس بازنده بودن می‌کنند.افسردگی انگیزه ی فرد را نیز تحت تاثیر قرار می دهد و باعث کاهش انرژی و علاقه ی فرد به همه چیز می شود. فرد احساس خلا و پوچی، خشم،ناراحتی،اضطراب و احساس گناه می کند، فرد افسرده مشکل زیادی در شروع فعالیت دارد.تمرکز و حافظه ی افراد افسرده معمولا دچار مشکل بوده و آنها مشکلاتی در زمینه تصمیم گیری دارند.تقریبا در بیشتر طول روز افسرده،ناراحت و غمگین هستند.در نشانه های فیزیولوژیک مثل اشتها، خواب،وزن،میل جنسی،میزان هورمونها و مواد شیمیایی نیز دچار اختلال می شوند. افراد مبتلا به اختلال افسردگی از یک حالت خلقی شدید و طولانی مدت در عذاب هستند. شکایت اولیه ی این بیماران از ماهیت هیجانی برخوردار است.معمولا فرد می تواند استدلال کند و با واقعیت تماس دارد،در موارد شدیدتر ممکن است لازم باشد تا بیمار بستری شود.(ساپینگتون ، ۱۹۸۲،به نقل از شاهی، ۱۳۸۵).

فعال سازی رفتاری نوعی رفتار درمانی موج سومی است که برای درمان افسردگی تدوین شده است. این درمان یکی از انواع درمان های تحلیلی کارکردی است که بر پایه الگوی روانشناختی مدنظر اسکینر درباره تغییر رفتار قرار دارد. این الگو عموما تحلیل رفتار نامیده می شود. این حوزه همچنین بخشی از آنچه است که تحلیل رفتار بالینی نام دارد و یکی از موثرترین شیوه ها در کاربرد حرفه ای تحلیل رفتار را بازنمایی می کند.(دیمیدجیان،دون،۱۳۹۲)

درمان فعال سازی رفتاری توسط چهار تن از پیشگامان بزرگ روان شناسی معاصر بنام های چارلز بی. فرستر، پیتر ام. لوینسن، لین پی. رم و آرون تی. بک بنا نهاده شده است.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

بنیادهای نظری فعال سازی رفتاری برای افسردگی تحلیل کارکردی است که چارلز فرستر درباره افسردگی انجام داده است.سه اتفاق باعث قوی‌تر شدن الگوی اصلی فرستر شد: اول توسعه بیشتر مطالعه اصول تقویتی که منجر به تدوین اصل جور شدن شد، دوم پیشرفت‌های 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 وتاثیری که پیشگامان مذکور درشکل 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 پذیرترهستند.آنان درمقایسه با افرادغیرافسرده، به محرک های آزارنده پاسخ شدیدتری می دهندونسبت 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 نسبتا پایین تقویت خویشتن و بسامد نسبتا 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 تاثیر نوسان های خلقی قرار دارند.نقص در تقویت خویشتن از میزان تلاش های فرد می کاهد و او رادر گیر رفتاری می کند که فورا 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 درخودگویی ها و ارزیابی های منفی شود.

فرضیه آرون تی.بک (۱۹۷۹):بک در رویکردخودراهبردهای 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 شدیدا 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 شود۱-فعالیت های فرد،۲-میزان احساس لذت و تسلط فرد.

درمان فعال سازی رفتاری،به جهات بسیاری، برای افسردگی "عمل متضاد" تلقی می شود تمایل افراد افسرده این است که دست به عمل نزند،یا اقدام به گریز یا اجتناب بکند.فعال شدن با چنین تمایلاتی در تضاد است.(دیمیدجیان 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 (دیمیدجیان،دون،۱۳۹۲).

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

تکنیک های فعال سازی رفتاری شامل برنامه ریزی فعالیت ها،مسائله 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 کنندونقش تسهیل گری را در تمام جلسات درمان رعایت می کنندو درمانگران سبک وسیاق 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 وحفظ تمرکز بر فعال سازی است (دیمیدجیان،دون،۱۳۹۲).
مدل فعال سازی رفتاری، همچنین بر نقش نشخوار فکری در ایجاد وتداوم 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 قرارمی 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 در گیر شوند (مارتل،دیمیدجیان و هرمن،۲۰۱۰).
درمانگران فعال سازی رفتاری برای مقابله با افکارنشخوار گون از تکنیکهایی مانند:توجه برگردانی، برجسته سازی افکار نشخوارگون، مساله گشایی، تمرکز مجدد به فعالیت در حال انجام،توجه موشکافانه به ادراک حسی،استفاده می کنند.(دیمیدجیان-دون،۱۳۹۲).
فعال سازی رفتاری ازیکسری فعالیت‌ها و مهارت‌ها برای پیشگیری از عودبیماری مثل:تشخیص عناصر رفتار ضدافسرده، 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 سومی است که تکنیک عینی و با قابلیت اجرای آسان را برای درمان افسردگی ارائه می دهد و در مطالعات و گروههای تحقیقاتی متعدد اثر بخشی خود را به اثبات رسانده است.(وان استراتن، اندرسون، ۲۰۰۸و ریکاردز، گیلبد ،۲۰۰۸و مازوک چلی، کن وریس،۲۰۰۹).

روش‌شناسی

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،ساختارهاو الگوهای مورد استفاده جوامع انسانی انجام می شود.نمونه تصادفی نوعی نمونه گیری است که در ان هر عضوی از جامعه شانس برابری برای انتخاب شدن دارد (عیسوی،۱۳۸۵). در

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

این پژوهش متغییر مستقل شامل ۱۰جلسه 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 سال۹۳-۹۴ که این افراد ۱۶۰نفر بوده و براساس جدول مورگان حجم نمونه ۱۱۳ نفر می باشد و براین اساس پرسشنامه مقیاس افسردگی،اضطراب و استرس(DASS-21) رابین ۱۱۳نفر اجرا کردیم و۳۳نفر از این افراددارای اختلال افسردگی تشخیص داده شدند. نمونه پژوهش بصورت کاملا تصادفی شامل ۳۰ نفر است.در گروه آزمایش (رویکرددرمان فعال سازی رفتاری برای افراد دارای اختلال افسردگی)۱۵ نفرو در گروه گواه نیز ۱۵ نفر بصورت مساوی قرار گرفتند.

معیارهای ورودآزمودنی ها به مطالعه:

-داشتن نمره بالاتر از۷در پرسشنامه وتایید تشخیص اضطراب از طریق مصاحبه بالینی
-سن افراد شرکت کننده از ۲۴تا ۴۵سال
-عدم وجود دوره های شدید حمله وعود بیماری
-عدم ابتلا همزمان به بیمارهای دیگر
-توانایی برقراری ارتباط و همکاری
-علاقه وتمایل به شرکت در مطالعه

معیارهای خروج آزمودنی هااز مطالعه:

-داشتن دوره های شدید حمله وعود بیماری
-ابتلا به سایر اختلالات مزمن
-عدم داشتن انگیزه و رضایت آگاهانه نسبت به انجام اصول درمانی
-غیبت بیش از ۳جلسه
-سن بیش از ۴۵ سال

ابزارمورداستفاده 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 لاویبوندو لاویبوند 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 ۲۱عبارتی توسط صاحبی و همکاران(۱۳۸۴)برای جمعیت ایرانی اعتبار یابی شده است.

ویژگی های روانسنجی

لویابند و لویابند (۱۹۹۵)در یک نمونه بزرگ۷۱۷نفری از دانشجویان، پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس DASS (r=./4) همبستگی بالایی را نشان دادند.علاوه بر این آنتونی وهمکاران (۱۹۹۸) الگوی مشابهی از همبستگی را در نمونه های بالینی بدست آوردند.
کرافورد وهنری (۲۰۰۳)نیز در نمونه۱۷۷۱نفری انگلستان این ابزار را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب مقایسه وپایایی این ابزار را با آلفای کرونباخ برای افسردگی۹۵/.، اضطراب۹۰/. و استرس ۹۳/. و برای نمرات کل 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 ۹۴/.،اضطراب۹۲/.واسترس۸۲/.گزارش گردیده است.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

کلید آزمون

۱-زیر مقیاس افسردگی (۷عبارت):۲۱-۱۷-۱۶-۱۳-۱۰-۵-۳،
۲-زیر مقیاس اضطراب (۷عبارت):۲۰-۱۹-۱۵-۹-۷-۴-۲،
۳-زیر مقیاس استرس (۷عبارت):۱۸-۱۴-۱۲-۱۱-۸-۶-۱،
نمره گذاری و روش اجرا

مقیاس DASS-21توانایی تشخیصی و غربالگری نشانه های اضطراب،افسردگی و استرس را در طی یک هفته گذشته داردکاربرد این مقیاس جهت افراد بزرگسال است. هرچنداین 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 می شود.دامنه پاسخ ها از"هیچ وقت"تا"همیشه"متغییر 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 (×)مشخص نمایند.نمره گذاری از"صفر"تا"سه".نمره یک برای گزینه "کمی"،نمره دو برای گزینه"گاهی"ونمره سه برای گزینه "همیشه" در نظر گرفته شده است مجموع نمرات جمع شده و بر اساس جدول زیر تفسیر می شود.

جدول۱: 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	۲۸وبیشتر	۲۰و بیشتر	۳۴و 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 آن‌ها، پروتکل درمانی فعال سازی رفتاری در ۱۰ جلسه ی ۴۵ دقیقه ای و هر هفته ۱ جلسه در یکی از کلاس‌های دانشگاه روی آن‌ها اجرا گردید، در صورتی که گروه کنترل هیچ گونه برنامه‌ای در مورد فعال سازی رفتاری دریافت نداشتند. پس از پایان جلسات مجددا ابزار پژوهش (پرسشنامه) به عنوان پس آزمون در اختیار دو گروه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها در پژوهش، آمار توصیفی وآمار استنباطی (تحلیل کواریانس)بود و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSSانجام شد.

یافته‌ها

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

فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افسردگی دانشجویان بانشانگان 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					

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

براساس نتایج جدول۲ میزان F مشاهده شده برای هم گروه کنترل-آزمایش وهم برای پیش آزمون-پس آزمون محاسبه شده است.همانطور که مشاهده می شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با۸/۹۸۷ است و با توجه به مقدار معناداری آن(P=006/0)،نشان داده شدکه استرس در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است.همچنینF 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 نتیجه‌گیری

اجتناب از فعالیت ها و موقعیت ها ونشخوار 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 ان غم وناامیدی 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، دراین 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 غمگنانه و نگرانی بسر می برندو خود را درمانده می یابند.

رویکرد فعال سازی رفتاری با تلفیق تکنیک های شناختی و رفتاری در افراد شرکت کننده باعث ازبین 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 بر قرار کرده وبا رویداد های غم انگیز و افکار افسرده مقابله کنند.

رویکرد فعال سازی رفتاری روی این موارد تمرکز می کند:سنجش (بر اساس اصل ۲واصل سوم انجام می گیرد)،مقابله با اجتناب از طریق فعال سازی ساختار یافته و مساله گشایی موثر(بر اساس اصل ۱واصل ۴انجام می گیرد)،وقت صرف کردن برای سر در آوردن از جزئیات رفتار مساله ساز،پایش،تایید کردن،تعیین فعالیت ها(براساس اصل ۴،اصل۵واصل۹انجام می گیرد)،گره گشایی مسائل(براساس اصل ۸،اصل ۱۰واصل ۷انجام می گیرد).

در رفتار درمانی ما با رفتار کردن وعمل 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 در گیر 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.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

منابع

انجمن روانپزشكي آمريكا. (۱۳۸۱).متن تجدید نظر شده راهنماي تشخيصي و آماري اختلال‌هاي رواني. (مترجمان؛ محمدرضا نیکخو، هامایاك آواددیس یانس). انتشارات سخن، تهران

آریانا کیا، المیرا.مرادی،علیرضا.حاتمی، محمد.(۱۳۹۳-۱۳۹۲).اثر بخشی درمان ترکیبی فعال سازی رفتاری کوتاه مدت وشناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی،مجله روان شناسی بالینی،سال ششم،شماره(۱)پیاپی۲۱.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.و 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 ومقایسه ی درمان فعال سازی کوتاه مدت ودرمان فرا شناختی برکاهش شدت نشانه ها و افزایش کیفیت زندگی 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 سیدعلی محمد موسوی)،ارجمند

رایت، جسی.(۱۳۹۲)،آموزش درمان شناختی –رفتاری.(مترجم؛دکتر حسن حمید پور). ارجمند

روز نهان،دی.ال.وسلیگمن،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 واضطراب ونشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب،مجله روان شناسی بالینی،سال پنجم،شماره۴(پیاپی۲۰)،صص ۷۳-۸۴.

کاپلان،لچ.کی.وسادوک،بی.جی.(۱۳۸۷).خلاصه روان پزشکی.(مترجمان؛حسن رفیعی،فرزین رضایی)، انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی،۱۹۹۸)،تهران.

کانتر،جاناتان. بوش،آندرو. راش،لورا.(۱۳۹۱).تند آموزفعال سازی رفتاری.(مترجمان؛مصلح میرزایی-صمدفریدونی).ارجمند

نداف،مجید.(۱۳۸۹).بررسی اثر بخشی گروه درمانی با رویکردفعال سازی رفتاری در کاهش افسردگی وافزایش کیفیت زندگی مدد جویان 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.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

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.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره ۳۴، دوره اول، سال چهارم، پاییز ۱۴۰۰، صص ۱-۱۰

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

Raziyeh Fotohi Ardakani[1] Hamed Mostofi[2]

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

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

[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