فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی(دوره جدید)

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

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

حامد مستوفی[۱]، راضیه فتوحی اردکانی[۲]

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 دردو 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 ۱۰جلسه 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:** یافته¬های 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)

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

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 ۶۰درصد و همپوشی این علایم 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 نمایید.

فعال سازی رفتاری در مقایسه با دارو درمانی که معمولا اولین وشایع‌ترین 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 دربعضی از مواقع می‌تواند دانشجو را از ادامه‌ی تحصیل بطور موثر باز دارد.

از دیگر مزایای این رویکرد رفتاری برای درمان اضطراب دانشجویان می توان به این موارد نیز اشاره کرد که از آنجا که این نوع درمان دارای راهنمای درمانی می باشد دانشجویان می توانند مانند یک پژوهش عملی آنرا در زندگی واقعی خود به کار گرفته واثرات آنرا به عینه مشاهده کنند. همچنین بدلیل اینکه این رویکرد تاکید بر انعطاف پذیری زیاد و انطباق شیوه درمانی با ویژگی های فردی ، نیازها و محدودیتهای درمانجو در فرایند درمان دارد ،دانشجو می تواند با استفاده از خلاقیت امکانات ،محدودیتها وفرصت های خود در راستای طرح درمانی مدون گام بر دارد .یکی از امتیازات وویژگی‌های منحصربفرد این رویکرد نسبت به بسیاری از رویکرد ها که نقش کنترل علایم ودرمان را بعهده 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 وعزت نفس و در نتیجه خود شکوفایی فرد می گردد .

درمان فعال سازی رفتار نوعی رویکرد روان درمانی کوتاه مدت است که برای کاهش علایم افسردگی و جلوگیری از بازگشت اختلال افسردگی مورد استفاده قرار می گیرد. 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 می تواند توانایی آنان را برای بدست آوردن پاداش ها در محیط زندگی شان را کاهش داده و در نتیجه علایم اختلال افسردگی را در آنان ظاهر سازد . اهداف درمان فعال سازی رفتار افزایش دادن سیستماتیک فعالیت ها به شیوه ی است که به مراجعان کمک کند تا به منابع بزرگتر پاداش ها 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 نظریه ی 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 می تواند زمینه ساز ابتلا به اختلال افسردگی باشد. از نظر این مدل ها رفتارها می توانند به صورت های گسترده و در حالت های کلامی و غیر کلامی باشند. و محیط هم به حوزه ی وسیعی گفته می شود که رفتارها در آن انجام می گیرند. 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 نتیجه ی وجود تاریخچه ی از زندگی است که در آن فعالیت های شخص منجر به دریافت پاداش مثبت از محیط نمی گردد . به نظر فستر زمانی که کوشش مردم منجر به ارایه ی پاداش به آنان نمی شود آنها بیشتر متمرکز به پاسخ دادن به احساس ناکامی خود می شوند تا یافتن منابع بالقوه از تقویت مثبت در محیط و ایجاد این حالت کاهش ارایه ی وقت به محیط و افزایش دادن وقت به بررسیا مور مربوط به گذشته می شود. همچینن 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 می تواند به شکل گیری حالت انفعال بینجامدو در این حالت شخص امکان دارد به این نتیجه برسد که کوشش های فعالانه وی منجر به دست یافتن او به نتایج مثبت نمی گردد. 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 علایم اختلال افسردگی مهم است. همچینن 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

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

برای مقابله با علایم اختلال افسردگی لازم است که از تکنیک های رفتاری و شناختی مانند تکنیک خود نظارت گری و تکنیک برنامه ریزی برای انجام فعالیت‌های 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 قدم‌های مهمی را برای تغییر شناختهای ناکارآمد برداشت. همچنین بک و همکاران وی تاکید زیادتری بر روی نقش شناخت به عنوان عامل سبب ساز در ابتلا به اختلال افسردگی داشتند. (زمستانی، داودی، مهرابی زاده هنرمند و زرگر ۱۳۹۲).
تکنیک‌هایی که در درمان فعال سازی رفتار از آن‌ها استفاده می شود عمدا از نظریات فستر، لوینسون و بک منشا گرفته‌اند . اگرچه در روش درمان فعال سازی رفتار نقش عوامل زیستی و سایر عوامل به عنوان عوامل 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 پاداش‌ها از محیط را دریافت می کنند می‌تواند 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 کشدن اشخاص از محیط در افزایش میزان خطر ابتلا به اختلال افسردگی می‌باشد (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 جبنه های زندگی انجام گیرد و حالت کناره جویی که عاملی مهم در حفظ یا افزایش میزان علایم افسردگی است کاهش یابد. درمانگران فعال سازی رفتار برای رسیدن به اهداف فوق از روشی به نام روش فعالیتهای 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 آن‌ها مراجع بتواند میزان تقویت کنندکان بیشتری را از محیط بدست آورد. هدف درمان فعال سازی رفتار افزایش فعالیت‌ها به صورت تصادفی یا انجام فعالیت‌ها 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 آن‌ها بیشتر گردد (بیدگلی و رحیمیان بوگر ۱۳۸۹).
هانس سليه نيز معتقد است كه استرس را هميشه در زندگي نبايد عامل منفي به شمار آورد ، از ديدگاه اوفقط زماني كه استرس شخص را مغلوب ساخته و موجب ناراحتي مي گردد، آسيب رساننده است .
بنابراين همه استرس‌ها عوارض ناخوشايند ندارند و به اين خاطر استرس را بعضی به سه دسته بزرگ
الف) استرس منفی
ب) استرس خنثی
ج) استرس خوشايند ، طبقه بندي مي كنند
نگراني، فشار، خشم وناكامي، جزء استرس‌هاي منفی قلمداد مي‌شوند و چيزهايي مثل سر و صدا، پول و ... استرس خنثي و موفقيت، اگر چه استرس مثبت يا منفي باشد، واكنش‌هاي فيزيولوژيك اوليه يكسانی را به همراه خواهد داشت .
ميشن بام (۱۹۸۲) معتقد است با فشار رواني را بايد از ديد شناختي نگاه كرد ، يعني فشار رواني مستلزم ارزيابي شناختي است و افراد تحت اين فشار ، اغلب داراي افكار تحريف شده و آكنده از سرخوردگي هستند . وي (۱۹۸۵) به منظور كمك به افراد تحت شرايط استرس، آموزش مايه كوبي در برابر فشار رواني را پيشنهاد داده است . آموزش مايه كوبي در برابر فشار رواني ميشن بام، داراي سه مرحلة مشخص است:
الف) مرحلة ادراك (دادن آگاهي به منظور درك مشكل
ب) مرحلة مهارت آموزي و تمرين (مانند تنش زدايي، راهبردهاي حل مسئله و...
ج) مرحلة كاربردي و پيگيري (مهارت‌هاي اموخته شده در موقعيت‌هاي واقعي به كار 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 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

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

از حالت اجتناب یا فرار از روش های مناسبی استفاده کند. همچینن 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 يك تغییر و تحول شناختی اساسی دارد. طبیعتاً قرارگرفتن 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 مبتلاشدن 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 روشدن با جنس مخالف و قرارگرفتن 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 ومعمولا از راهبردهای مقابله ای مانند اجتناب و گریز از موقعیت استفاده می کنند و با استمرار اجتناب از موقعیتهای اضطراب زا موقتا آرامش نسبی می یابندو این اجتناب باعث عدم در گیری 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 می‌شود (بک و همکاران،۱۹۹۸).

درزمانه امروز دانشجویان به دلیل نقش ارزنده ای که درادراه آینده کشور به عهده دارند یکی از گروههای مهم جامعه محسوب می شوند. اهمیت این موضوع وقتی معین می شود که بدانیم بر طبق آمار وارقام موجود، کشور ایران یک کشور جوان بوده و بخش عمده جمعیت آن متشکل از جمعیت جوان ونوجوان می باشد که سلامتی جسمی و روانی آنها نقش بسزایی در پیشرفت و آینده کشور خواهد داشت. دانشجویان بدلیل چالشهای پیش رویشان که اضطراب زا هم هستند،بیشتراز دیگران در معرض گرفتار شدن در دام اضطراب هستند. یکی از رویکرد های 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 برافسردگی ، 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 ۴ماهه افسردگی در گروههای آزمایشی در مقایسه با گروه گواه نشده است ، اما باعث کاهش معنا دار در پس آزمون و پی گیری ۴ ماهه اضطراب و استرس زنا شویی در گروههای 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 ۴ماهه 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 معمولا 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 ،آزمایه های تدریجی).آماج قرار گرفتن اعمال رفتاری در مشکلات بغرنج وپیچیده ،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 رفتاروخلق، انتخاب پاسخ جایگزین، انجام پاسخ‌های جایگزین، یکپارچه کردن این جایگزین‌ها، مشاهده نتایج و (آن وقت) ارزیابی کردن آن‌ها می شود. هدف شناخت ارتباط بین اقدامات و پیامدهای هیجانی

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

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،بی علاقگی به رشته تحصیلی و ... در ایجاد انواع اضطراب که آنها را مسایل اولیه می نامیم، نقش دارندوهمین اضطرابها باعث پایین آمدن خلق ،اعتمادبه نفس،احساس جراتمندی و کیفیت زندگی فرد شده و افکار نشخوار گون نیز این فرایند را همراهی می نمایند.در نهایت مسایل مذکورباعث اجتناب و عدم در گیری فرد در فعالیت‌های اضطراب زا که ما آن‌ها را مسایل ثانویه می نامیم،می گردند و به این ترتیب مشکلات فرد لا ینحل باقی می مانند.و به این ترتیب خلق، اعتماد به نفس و.....فرد همچنان افت کرده و منجر به اجتنابهای گوناگون از موقعیتها می شود و فرد هر روز طبق این فرایند بیشتر و بیشتر در دام اضطراب گرفتار می آید.
پرهیز و اجتناب فرد از موقعیتها و محیط های استرس زا باعنوان مسایل ثانویه در نظر گرفته می شود. پرهیز و اجتناب فرد هیچ گونه تقویتی را برایش فراهم نمی سازدو باعث کاهش اعتماد به نفس و ایجاد نگرشهای منفی در فرد می شود که این عامل نیز به نوبه خود فرد را از درگیر شدن با مسایل اضطراب زا باز داشته و به رفتار اجتنابی وا می دارد و بالعکس اگر فرد بصورت فعالانه با شرایط استرس آفرین مواجه شود وبا استفاده از تکنیکهای مختلف بر استرس خود فایق آید تقویت دریافت کرده و دریافت تقویت نیز به نوبه خودباعث افزایش درگیری او با مسایل استرس آفرین و حل آنها می شودو به این ترتیب سیکلی بوجود می آید که نه تنها استرس فعلی بیمار را درمان بلکه او را در مواجهه با مو قعیتهای استرس زای بالقوه دیگرنیزمحفوظ و مصون می دارد (دمیدجیان، دون،۱۳۹۲).

روش شناسی

در این پژوهش از طرح پژوهشی نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون وپس آزمون با گروه گواه و آزمایش است. 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. جهت رعایت اخلاق پژوهش به مراجعان گفته شد که هویت آنها در مورد پرسشنامه محرمانه تلقی می شود.این مداخله جهت انجام کارپژوهشی است وآنها از طریق پست الکترونیکی می توانند از نتایج آزمون مطلع شوند.
جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان ارشد رشته علوم تربیتی دانشگاه آزاد اردکان ورودی سال ۹۱ تا۹۳ است.که تعداد آن‌ها ۱۶۰ نفربود.
در این پژوهش روش نمونه گیری تصادفی می باشد 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.ازاین بین ۳۰ نفر از افرادی که نمره ی بالاتر از ۷ در زیر مقیاس استرس دراین پرسشنامه گرفتند،بطور تصادفی انتخاب شدند.ودر دوگروه ۱۵نفر (آزمایش و کنترل) 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
ابزارمورداستفاده 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 لاویبوندو لاویبوند تهیه شد.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

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 افسردگی ۹۵/.، اضطراب۹۰/. و استرس۹۳/. و برای نمرات کل 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 ۹۴/.،اضطراب۹۲/.واسترس۸۲/.گزارش گردیده است.

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-21 توانایی تشخیصی و غربالگری نشانه های اضطراب،افسردگی و استرس را در طی یک هفته گذشته داردکاربرد 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"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 گز ینه "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 تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی وآمار استنباطی (تحلیل کواریانس)استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها

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

درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش استرس دانشجویان بانشانگان 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					

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

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 با۴۵/۲۳۳است و با توجه به مقدار معناداری آن(P=005/0)،نشان داده شدکه استرس در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است.همچنینF محاسبه شده بین گروهی(آزمایش-کنترل)برابر با ۸۳/۵۴۳ 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 نتیجه‌گیری

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 وگاهی خشم بسر می برندو 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 وپرورش مهارت هایی ترغیب می کند که به انهاامکان ایجاد وحفظ 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 بر قرار کرده وبا رویداد های استرس زا و دلهره آور مقابله کنند.

درمان به سبك فعال سازي، روشي است كه طي آن بيمار ياد مي گيرد در جهت بهبود به طور فعال،سبك زندگي خود را تغيير دهد. اين روش درماني، مبتني بر مدل CBT و رويكرد غني سازي انگيزشي است و يك روش كاملا ساختار يافته و متمركز بر مشكلات جاري و فوري بيمار است.بنابراين هدف آن، گسترش تعاملات اجتماعي و مشاركت فرد در فعاليت هاي لذت بخش است.

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 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 واز عود بیماری جلوگیری می کند.

منابع:

انجمن روانپزشكي آمريكا .(۱۳۸۱).متن تجديد نظر شده راهنماي تشخيصي و آماري اختلالهاي رواني .(مترجمان؛ محمدرضا نيكخو، هامايك آواديس يانس). 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 واسترس زناشویی در بیماران کرونر قلبی،مجله روان شناسی بالینی،سال دوم،شماره۴(پیاپی۸)،صص ۱۹-۲۸.

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.

پرهون،هادی.مرادی،علیرضا.حاتمی،محمد.پرهون،کمال .(۱۳۹۱). مقایسه درمان فعال سازی کوتاه مدت ودرمان فرا شناختی برکاهش شدت نشانه ها و افزایش کیفیت زندگی 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 وهمکاران.(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 واضطراب ونشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب،مجله روان شناسی بالینی،سال پنجم،شماره۴(پیاپی۲۰)،صص ۷۳-۸۴.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

ساعت چی.م.،کامکاری.ک.،وعسکریان.م.(۱۳۸۹).آزمونهای روان شناختی.نشر ویرایش،تهران.
کاپلان –سادوک.(۲۰۰۷).خلاصه روان پزشکی. جلد دوم ، مترجم؛ نصرت الله پورافکاری (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.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]

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

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-18]