

اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علائم افسردگی و

کیفیت زندگی دانشجویان

علی محمد ولیان^۱، منصور سودانی^۲، خدیجه شیرالی نیا^۳، رضا خجسته مهر^۴

^۱ کارشناس ارشد مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

^۲ دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

^۴ استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی انجام شد. تعداد ۴۰ نفر از دانشجویان مبتلا به افسردگی پس از احراز شرایط پژوهش، انتخاب و در دو گروه درمان فعال سازی رفتاری (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گماشته شدند. گروه آزمایشی ۸ جلسه درمان فعال سازی رفتاری را دریافت کرد. شرکت کنندگان مقیاس افسردگی بک (BDI-II) و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان فعال سازی رفتاری روی کاهش نشانه‌های افسردگی اثربخش است اما روی کیفیت زندگی تأثیر معنی‌داری نداشت. بر اساس نتایج تحقیق حاضر، درمان فعال سازی رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی در دانشجویان مؤثر است. نتایج این پژوهش می‌تواند برای متخصصان بالینی و مشاوران در مراکز مشاوره دانشگاهی تلویحات کاربردی داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: فعال سازی رفتاری، افسردگی، کیفیت زندگی

مقدمه

جمعیت دانشجویی، از جمله گروه‌های اجتماعی با اهمیت و در معرض خطری هستند که بیماری‌ها و ناراحتی‌های روانی در بین آن‌ها شایع است (بوچانان^۱، ۲۰۱۲). دانشجویان ساکن در خوابگاه‌ها با مواردی همچون جدایی و دوری از خانواده، ناسازگاری با سایر افراد خوابگاه و کافی نبودن امکانات بهداشتی و رفاهی موجود در خوابگاه‌ها مواجه بوده که مجموع این عوامل، می‌تواند ناراحتی‌های روانی مختلفی را ایجاد کرده و باعث کاهش عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی دانشجویان خوابگاهی شود (ارشادی‌کیا، شجری، طیبی و یعقوبی فر، ۱۳۹۰). مطالعات به عمل آمده نشان می‌دهد که حدود ۷۸ درصد از دانشجویان دانشگاه‌ها از بعضی نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند. از این میان شدت علائم ۴۶ درصد از دانشجویان به گونه‌ای است که آن‌ها را نیازمند کمک‌های تخصصی می‌کند (فرهادی و امینی، ۱۳۸۰). افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم‌های بیولوژیک همراه است (درگاهیان، محمدخانی و حسنی، ۱۳۹۲). افسردگی باعث کاهش عملکرد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی دانشجویان شده و در نتیجه کاهش رضایت و کیفیت زندگی آن‌ها را به دنبال دارد (ستوده، نشاط‌دوست، کلانتری، طالبی و خسروی، ۱۳۹۰).

امروزه کیفیت زندگی اغلب به عنوان یک مفهوم پویای چندبعدی، در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند در بین افراد مختلف و همچنین در طول زندگی یک فرد متفاوت باشد. یک توافق کلی در بین پژوهشگران وجود دارد که شالوده کیفیت زندگی متشکل از عوامل عینی (کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی) و عوامل ذهنی (بهبودی درونی) است. عوامل ذهنی بیشتر بر رضایت از زندگی تأکید دارند، در حالی که عوامل عینی بیشتر بر نیازهای مادی و مشارکت در فعالیت‌ها و روابط بین فردی متمرکز هستند (چاکماوویچ، فلک، لادلو و پاور^۲، ۲۰۰۸). برخلاف قرن بیستم، چالش اصلی قرن حاضر نه زنده ماندن بلکه زندگی با کیفیتی بهتر و بالاتر است و از آنجا که مطالعات نشان می‌دهند که بیش از هر چیز، مشکلات روانی و عاطفی موجب کاهش کیفیت زندگی جوانان می‌شود (مایکل و اورلند^۳، ۲۰۰۶). امروزه روش‌های درمانی متعددی برای کاهش علائم افسردگی وجود دارد، اما تعداد کمی از آن‌ها توانستند در کارآزمایی‌های تصادفی بالینی اثربخش باشند که یکی از روش‌های درمانی مؤثر درمان فعالسازی رفتاری^۴ می‌باشد (چو، اسلین، اریزگا، لیندنر و اسکرنر^۵، ۲۰۱۶). این شیوه‌ی درمانی یکی از روش‌های درمانی موج سوم روان‌درمانی است که مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار است (مُشیر و اُتو^۶، ۲۰۱۷).

از آنجایی که اجتناب در کوتاه‌مدت موجب راحتی و آرامش سریع بیمار می‌شود، اما در بلند مدت فرد را از منابع تقویتی محروم می‌کند؛ بنابراین در این روش درمانی به بیمار آموزش داده می‌شود به جای اجتناب، از الگوی مقابله‌ای جایگزین و سازگار استفاده کند. به عبارت دیگر در این درمان به بیمار آموزش داده می‌شود که در مقابله با شرایط محیطی آزارنده و ناکام‌کننده به جای اجتناب، با رفتاری فعالانه و اکنش نشان دهد (دیمی‌دجیان و همکاران^۷، ۲۰۰۶). فعال‌سازی رفتاری فرایند درمانی

^۱. Buchanan

^۲. Chacahmovich, Fleck, Laidlaw, & Power

^۳. Michalos, & Orlando

^۴. Behavioral Activation (BA)

^۵. Chu, Crocco, Esseling, Areizaga, Lindner, & Skrinier

^۶. Moshier, & Otto

^۷. Dimidjian, et al.

ساختاریافته‌ای است که موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی زیاده‌تر می‌کند (چارتیر و پرونچر^۸، ۲۰۱۳). درواقع این شیوهی درمانی علت اختلال‌ها (مثل اختلال افسردگی) را در بیرون فرد (در زندگی فرد)، نه در درون آن جستجو می‌کند (مک ایندو، فیل، پردی، کلارک و هوپکو، ۲۰۱۶). این درمان به افراد افسرده کمک می‌کند تا از طریق راهبردهای متمرکز بر فعالیت مجدداً درگیر زندگی شوند. این راهبردها با الگوی اجتناب، کناره‌گیری و نافع‌الی که با ایجاد مشکلات ثانویه اضافی، موجب تشدید افسردگی می‌شوند، مقابله می‌کنند. فعال‌سازی رفتاری به منظور کمک به افراد در نزدیک شدن و دسترسی به منابع تقویت مثبت در زندگی، که دارای کارکرد ضد افسردگی طبیعی هستند، طراحی شده است (جیکوبسون مارتل و دیمیدجیان، ۲۰۰۱). در بزرگترین مطالعه‌ای که تاکنون در زمینه‌ی مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های افسردگی انجام شده است (دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۰۶) مشخص شد که درمان فعال‌سازی رفتاری در درمان بیماران افسرده‌ی شدید نسبت به دارو درمانی و درمان شناختی نتایج بهتری داشته است. لازم به ذکر است که این نتایج تا دو سال پیگیری حفظ شده است. درایران نیز، درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و تغییر نگرش‌های ناکارآمد دانشجویان مؤثر بوده است (جلیلی، ۱۳۸۵). فعال‌سازی رفتاری در کاهش میزان مصرف مواد و میزان عود پس از ترک و نیز افزایش شاخص‌های سلامت روان سوءمصرف کنندگان مواد نیز مؤثر بوده است (گودرزی، ۱۳۸۵). پژوهش حاضر شامل دو فرضیه زیر است.

فرضیه ۱. درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری موجب کاهش علائم افسردگی دانشجویان می‌شود و این اثر تا مرحله پیگیری ادامه دارد.

فرضیه ۲. درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری موجب بهبود کیفیت زندگی دانشجویان می‌شود و اثر تا مرحله پیگیری ادامه دارد. با توجه به آنچه گفته شد، هدف عمده‌ی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علائم افسردگی، اجتناب شناختی-رفتاری و افزایش کیفیت زندگی دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های مرکز آموزش عالی امام رضا (ع) اندیمشک بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر، از نوع مطالعات آزمایشی است که از طرح گروهی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، دانشجویان پسر مقطع کارشناسی ساکن خوابگاه‌های دانشگاه آموزش عالی امام رضا (ع) اندیمشک بودند که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل بودند. ۲۰۰ نفر دانشجویان به روش تصادفی و هدفمند انتخاب گردیدند و به سؤال‌های پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم^{۱۰} (BDI-II) پاسخ دادند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و نمره‌گذاری آن‌ها، تعداد ۴۰ نفر از افرادی که در این پرسشنامه، نمره‌ی ۱۹ به بالا (افسردگی متوسط) (رجبی، ۱۳۸۴) کسب کرده بودند انتخاب و سپس پرسشنامه کیفیت زندگی جهانی بهداشت، در بین آن‌ها توزیع شد. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه و نمره‌گذاری آن، افراد شرکت‌کننده را به شکل کاملاً تصادفی و به صورت قرعه‌کشی در دو گروه بیست نفره آزمایشی (درمان فعال‌سازی رفتاری) و گروه کنترل (گواه) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که ۳ جلسه غیبت از جلسات درمانی به عنوان ملاک افت آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به تحقیق عبارت بودند از: کسب نمره ۱۹ و بالاتر (افسردگی متوسط) در آزمون افسردگی بک-۲، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی (دست کم از یک سال قبل از ورود به پژوهش)، داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۳۰ سال.

^۸. Chartier, & Provencher

^۹. Jacobson, Martell, & Dimidjian

^{۱۰}. Beck Depression Inventory (BDI- II)

ابزار پژوهش

پرسشنامه‌ی افسردگی بک ویرایش دوم

این پرسشنامه نوع بازنگری شده پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI) می‌باشد که توسط بک، استیر و براون^{۱۱} در سال ۱۹۹۶ مورد بازنگری قرار گرفت و با ملاک‌های افسردگی در DSM-IV منطبق شده است. پرسشنامه مذکور شامل ۲۱ ماده است و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. حداکثر نمره آزمون ۶۳ می‌باشد. فنی، بیرشک، عاطف و وحید و دابسون (۱۳۸۳) با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده اند. دابسون و محمدخانی (الف ۱۳۸۶) نیز در مطالعه خود، همسانی درونی آزمون را در دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و پایایی باز آزمایی آن را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. همچنین مطالعه دیگری ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ را برای این آزمون گزارش کرده‌اند (دابسون و محمدخانی، ب ۱۳۸۶). رینولدز و گولد (۱۹۸۱)، به نقل از رجبی، (۱۳۸۴) فرم کوتاه و فرم بلند پرسشنامه افسردگی بک را روی نمونه‌ای از افراد که در یک برنامه نگهدارنده با متادون شرکت داشتند، اجرا کردند. آنها ضریب پایایی همسانی درونی را برای فرم بلند ۰/۸۵ و برای فرم کوتاه ۰/۸۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد. فنی (۱۳۷۰) همبستگی بین آزمون بک و مقیاس درجه بندی همیلتون را در آزمودنی‌های ایرانی ۰/۶۶ گزارش نموده است. کاویانی (۱۳۸۷) در تحقیق خود ضریب روایی این پرسشنامه را ۰/۷۰ گزارش کرده است. حجت، شاپوریان و مهریار (۱۹۸۶)، به نقل از رجبی، (۱۳۸۴) به همبستگی‌های مثبت معنی‌دار بین پرسشنامه افسردگی بک و شاخص‌های اضطراب، تنهایی و مکان کنترل بیرونی دست یافتند. آنها نشان دادند که پرسشنامه افسردگی بک از روایی و قابلیت اعتماد لازم در دانشجویان ایرانی برخوردار است. بک روایی آزمون (بک، ۱۹۷۲) به نقل از کرائوچویل، موت و اودسون، (۱۹۹۴) روایی آزمون با روش اسپرمن-براون ۰/۹۳ گزارش نموده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، یک ابزار خودگزارشی است که توسط سازمان بهداشت جهانی به منظور ارزیابی کیفیت زندگی افراد طراحی شده است. این پرسشنامه که نسخه کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی می‌باشد دارای ۲۶ سؤال است. دو سؤال اول، کیفیت زندگی و میزان سلامت کلی فرد را مورد ارزیابی قرار میدهد و ۲۴ سؤال دیگر به بررسی چهار بعد اصلی این پرسشنامه یعنی: سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌پردازد. هر سؤال در برگیرنده یکی از ۲۴ عامل مطرح شده در پرسشنامه اصلی است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای به هر سؤال پاسخ دهد. به منظور ارزیابی میزان پایایی از میزان همسانی درونی براساس ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ هر یک از ابعاد بدین شرح گزارش شده است. سلامت جسمانی، ۰/۸۷، سلامت روان، ۰/۷۴، روابط اجتماعی، ۰/۵۵ و سلامت محیط ۰/۵۴. این ضرایب حاکی از پایایی مطلوب آزمون هستند این آزمون در ایران توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد.

^{۱۱}. Beck, steer, & Brown

| اهداف | جلسات درمان |
|--|-------------|
| معارفه، بیان مقررات گروه ارائه برگه الگوی بافتاری افسردگی و بحث در مورد تأثیر افسردگی بر زندگی | جلسه اول |
| مرور تکلیف جلسه قبل، ارائه مدل درمان فعال سازی رفتاری، شروع ثبت فعالیت های روزانه | جلسه دوم |
| مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش مهارت عمل کردن از بیرون به درون، تکلیف خانگی | جلسه سوم |
| مرور مهارت عمل کردن از بیرون به درون، آموزش مهارت سبک تند | جلسه چهارم |
| مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش الگوهای رپا و رپم، تکلیف خانگی | جلسه پنجم |
| مرور تکلیف جلسه قبل، ارائه برگه ای استرس، نقش استرسورهای شخصی در افسردگی، تکلیف خانگی | جلسه ششم |
| مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش مهارت های خود مراقبتی، تکلیف دهی | جلسه هفتم |
| آموزش مهارت های بین فردی، جلوگیری از عود، مرور مطالب ارائه شده، اجرای پس آزمون | جلسه هشتم |

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایشی و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| متغیر | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | گروه پیگیری | |
|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | آزمایشی | کنترل | آزمایشی | کنترل | آزمایشی | کنترل |
| افسردگی | ۶/۰۹±۳۹/۷۲ | ۲/۲۴±۳۲/۹۰ | ۸/۵۴±۳۱/۸۳ | ۳/۰۱±۳۳/۹۵ | ۷/۷۹±۳۲/۶۱ | ۳/۳۹±۳۴/۲۲ |
| کیفیت زندگی | ۳/۱۳±۸۱/۳۶ | ۲/۹۳±۸۴/۳۴۲ | ۲/۹۳±۸۸/۳۴۲ | ۲/۳۴±۸۴/۳۹۲ | ۲/۹۳±۸۳/۳۴۲ | ۲/۴۳±۹۱/۲۴۲ |

برای انجام تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. بدین منظور چهار مفروضه تحلیل کوواریانس شامل، خطی بودن، هم‌خطی چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی $0/51$ ، اجتناب شناختی رفتاری $0/58$ و کیفیت زندگی $0/34$ ، به دست آمد. با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، مفروضه خطی بودن محقق شده است. همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) نیز در تمام متغیرها کمتر از $0/90$ بود. با توجه به مقادیر همبستگی‌های به دست آمده از مفروضه ی هم خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها)، اجتناب شده است. به علاوه برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون مساوی بودن واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که مقادیر آزمون لوین در متغیر افسردگی ($F_{1/14} = 0/30$ و $p > 0/05$) در متغیر کیفیت زندگی ($F_{0/88} = 0/19$ و $p > 0/05$)، معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین، همگنی واریانس‌های هر دو متغیر در گروه‌های آزمایشی و گواه به‌طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. بررسی نتایج ام‌باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار است ($F_{1/32} = 0/24$ و $p > 0/05$). جهت بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون از آزمون کوواریانس و بررسی تعامل بین عامل گروه‌ها و پیش‌آزمون‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد تعامل گروه و پیش‌آزمون برای متغیرهای افسردگی ($F_{0/06} = 0/78$ و $p > 0/05$) و کیفیت زندگی ($F_{0/99} = 0/32$ و $p > 0/05$)، معنادار نیست، از

این رو می‌توان گفت که این پیش‌فرض رعایت شده است. لذا با توجه به برقراری مفروضه‌های اصلی این آزمون، می‌توان داده‌های پژوهش را توسط این روش آماری تجزیه و تحلیل کرد. نتایج تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته، با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز معنادار است ($F_{3/69} = 0.02$ و $p < 0.02$). بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی دقیق این تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج مندرج در جدول (۳) نشان می‌دهد تفاوت دو گروه در متغیرهای افسردگی شده است ($F_{11/26} = 0.02$ و $p < 0.02$) و در متغیر کیفیت زندگی ($F_{2/5} = 0.1$ و $p < 0.1$) معنادار نیست.

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

| متغیر | مجموع مجذورات | Df | F | p | اندازه اثر |
|-------------|---------------|----|-------|------|------------|
| افسردگی | ۳۱۳/۲۳ | ۱ | ۱۱/۲۶ | ۰/۰۲ | ۰/۲۴ |
| کیفیت زندگی | ۳۶۰/۴۳ | ۱ | ۲/۵ | ۰/۱ | ۰/۱۰ |

نتایج تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پیگیری متغیرهای وابسته، با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز^{۱۲} معنادار است ($F_{3/38} = 0.02$ و $p \leq 0.02$). بر این اساس می‌توان بیان داشت که در متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی دقیق این تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول (۴) ارائه شده است. نتایج مندرج در جدول (۴) نشان می‌دهد تفاوت دو گروه در متغیر افسردگی در مرحله پیگیری معنادار نیست ($F_{2/40} = 0.1$ و $p \leq 0.1$)، اما در متغیر کیفیت زندگی ($F_{7/26} = 0.01$ و $p \leq 0.01$) در مرحله پیگیری معنادار است.

جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

| متغیر | مجموع مجذورات | Df | F | p | اندازه اثر |
|-------------|---------------|----|------|------|------------|
| افسردگی | ۷۸/۹۵ | ۱ | ۲/۴۰ | ۰/۱ | ۰/۱۰ |
| کیفیت زندگی | ۲۸۰/۲۱ | ۱ | ۷/۲۶ | ۰/۰۱ | ۰/۱۶ |

۱. Wilk's Lambda

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی بر علائم افسردگی و کیفیت زندگی دانشجویان ساکن در خوابگاه های مرکز آموزش عالی فرهنگیان امام رضا (ع) اندیمشک بود. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که بین افسردگی و کیفیت زندگی در دانشجویان گروه های مداخله و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج حاصل از درمان فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی موجب کاهش علائم افسردگی در دانشجویان شده است.

بنابراین فرضیه ی « درمان فعال سازی رفتاری به شیوه ی گروهی موجب کاهش علائم افسردگی دانشجویان می شود » تأیید می گردد. این یافته با پژوهش های ریشل، جانانان و اندرو^{۱۳} (۲۰۱۰)؛ آرمنتو و هوپکو^{۱۴} (۲۰۰۹) همسو است. این یافته ها با نتایج مطالعه بیگدلی و رحیمیان بوگر (۱۳۸۹) ناهمسو است. نظریه رفتاری افسردگی پیشنهاد می کند که درمان فعال سازی رفتاری به این دلیل اثربخش است که منجر به افزایش تقویت مثبت می گردد (مازوک چلی^{۱۵}، ۲۰۱۰). هدف فعال سازی رفتاری افزایش رفتارهایی است که احتمالاً منجر به دریافت پاداش از سوی بیمار می شوند. پاداش ها ممکن است درونی (لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) باشند. این افزایش پاداش ها به ارتقای خلق بیمار کمک می کند (لهبی، هولند و مک گین^{۱۶}، ۲۰۱۲). درمان فعال سازی رفتاری، راهبرد شکستن تکالیف دشوار به عناصر ساده تر را به کار می برد. بنابراین افراد افسرده با اجرای این راهبرد، می توانند به شیوه پیش رونده به فعالیت هایی دست یابند و این نیز متعاقباً دستیابی به تقویت مثبت را تسهیل می کند (مازوک چلی، ۲۰۱۰). مارتل، دیمیدجیان و هرمن دان^{۱۷} (۲۰۰۴) نیز پیشنهاد کرده اند که علت اثربخشی این درمان می تواند این باشد که در حین درمان، افراد یاد می گیرند سبک زندگی شان را عوض کنند و یک قانون جدیدی را در زندگی شان دنبال کنند، یعنی "هنگامی که احساس غمگینی می کنند، فعال شوند" به جای اینکه "هنگامی که احساس غمگینی می کنند، خاموش شوند". درمان فعال سازی رفتاری بیماران افسرده را تشویق می کند تا با وجود احساس خستگی و غمگینی، فعال تر شوند و یا سعی کنند تکالیف رفتاری مرتبط با فرایند درمان را انجام دهند، حتی اگر هیچ انگیزه ای برای انجام دادن این کار نداشته باشند. چنین فرایندی به مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق می گردد (مازوک چلی، ۲۰۱۰). همچنین برای تبیین اثربخشی این درمان بر کاهش علائم افسردگی، می توان به آموزش مهارت عمل کردن از بیرون به درون در جلسه سوم اشاره کرد که طی آن به افراد آموزش داده می شود تا بدون توجه به حس درونی آن لحظه، سعی کنند در فعالیت های فیزیکی درگیر شوند و این افزایش فعال سازی در نهایت بهبود خلق و کاهش علائم افسردگی را در پی خواهد داشت. نتایج حاصل از درمان فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی باعث افزایش کیفیت زندگی در دانشجویان نشده است. این یافته با پژوهش های امیری (۱۳۸۶) و اسنارسکی و همکاران (۲۰۱۰) همسو است. و با یافته های، پرهون، مرادی، حاتمی و پرهون (۱۳۹۱)؛ طاهری (۱۳۸۸) و هوپکو، بل، آرمنتو، هانت و لجویز^{۱۸} (۲۰۰۵) ناهمسو است. از علل احتمالی رد این فرضیه می توان به این موارد اشاره کرد:

^{۱۳}. Rachel, Jonathan, & Andrew

^{۱۴}. Armento, & Hopko

^{۱۵}. Mazzucchelli

^{۱۶}. Leahy, Holland, & McGinn

^{۱۷}. Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn

^{۱۸}. Hopko, Bell, Armento, Hunt, & Lejuez

صاحب نظران معتقدند که کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی، ذهنی و پویاست (لنینگر، ۱۹۹۴؛ به نقل از عبادی، قانع و کاظم-نژاد (۱۳۸۹)). به طور کلی می توان گفت که کیفیت زندگی فقط از نظر فرد مشخص می شود، اگرچه کیفیت زندگی را می توان به طور کلی با عبارت شادی یا رضایت تعریف کرد، اما این دریافت کلی، جنبه های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد، رضایت از زندگی، به وسیله درک هر فرد از شرایط کنونی اش، در مقایسه با انتظارات، آرزوها و شرایط دلخواه و ایده آل او تعیین می شود (بنامی، پاتریک، بوشنل و مارتین^{۱۹}، ۲۰۰۰). زمان زاده و همکاران (۱۳۸۶) رابطه مستقیمی را بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مشاهده کردند. کورنر و همکاران (۱۹۹۶) در پژوهشی ارتباط مثبتی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی گزارش کرده و بیان می کنند که حمایت اجتماعی بر ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی اثرات، مثبتی دارد و باعث بهبودی در کیفیت زندگی، ایجاد احساس خوب نسبت به زندگی و ارزیابی بهتر از زندگی می شود. یافته های پژوهش حاضر به طور بالقوه تلویحات کاربردی مهمی برای ارتقای سلامت روانی افراد و پیشگیری از بروز افسردگی دارد. یکی از تلویحات بالینی نتایج پژوهش حاضر این بود که درمان فعال سازی رفتاری به عنوان درمان گروهی و کوتاه مدت سودمند شناخته شد و می تواند به عنوان درمانی مقرون به صرفه در نظر گرفته شود. که در بهبود نشانه های افسردگی افراد کاربرد دارد. در این پژوهش، پس از اجرای هشت جلسه درمان فعال سازی، نتایج معنادار بالینی به دست آمد. بنابراین، درمان فعال سازی به شیوهی گروهی کوتاه-مدت می تواند درمان امیدوارکننده و مقرون به صرفه ای برای افراد مبتلا به افسردگی باشد.

پژوهش حاضر محدودیت هایی را به همراه داشت که عبارت بودند از اجرای پژوهش روی دانشجویان، حجم پایین نمونه، استفاده از پرسشنامه های خودگزارشی به عنوان ابزار جمع آوری داده ها و کوتاه مدت بودن زمان پیگیری. بر این اساس، تعمیم پذیری نتایج مستلزم پژوهش های بیشتری در این زمینه است. لذا، پیشنهاد می شود که مطالعات بعدی، این درمان را با نمونه بزرگ تر و روی بیماران بالینی مراجعه کننده به کلینیک های روانشناسی و روان پزشکی اجرا نمایند. همچنین، پیشنهاد می شود که پژوهش های بعدی پیگیری های طولانی مدت تری را انجام دهند. ارزیابی های پیگیرانه بلندمدت می تواند در درک اثرات طولانی مدت این درمان روی نشانه های افسردگی و کیفیت زندگی کمک کننده باشد.

منابع و مراجع

- ارشادی کیا، بتول، شجری، اکرم، طیبی، فریبا، و یعقوبی فر، محمدعلی (۱۳۹۰). بررسی شیوع افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده های بهداشت و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار. *مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۱۶ (۱)، ۴۳-۳۳.
- امیری، مهدی (۱۳۸۶). اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان مدار. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی تهران.
- پرهون، هادی؛ مرادی، علیرضا؛ حاتمی، محمد؛ پرهون، کمال (۱۳۹۱). مقایسه درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و درمان فراشناختی بر کاهش شدت نشانه ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی، فصلنامه علمی-پژوهشی در سلامت روانشناختی، ۴ (۴)، ۶۲-۴۱.
- جلیلی، امیر. (۱۳۸۵). اثربخشی فعال سازی رفتاری گروهی در کاهش علائم افسردگی و تأثیر این درمان در کاهش نگرش های ناکارآمد. *پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران*.
- دابسون، کیت استفان؛ محمدخانی، پروانه (الف ۱۳۸۶). تحقیقات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی، *مجله توانبخشی*، ۸ (۲۹)، ۸۲-۸۸.
- دابسون، کیت استفان؛ محمدخانی، پروانه (ب ۱۳۸۶). اثربخشی مداخلات مبتنی بر بازگشت افسردگی، گزارش تحقیق، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران، ۳۰-۲۵.

^{۱۹}.Bonomi, Patrik, Bushnell, & Martin

درگاهیان، ریحانه؛ محمدخانی، شهرام و حسنی، جعفر (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش علائم افسردگی، سندرم اختلالات یادگیری شناختی و سبک‌های مقابله ناسازگارانه در بیماران مبتلا به افسردگی عمده، *فصلنامه‌ی علوم اعصاب شفای خاتم*، ۳(۳)، ۴۵-۵۲.

رجبی، غلامرضا (۱۳۸۴). ویژگی‌های روانسنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-I) در دانشجویان دانشگاه شهید چمران. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۱(۴)، ۲۹۱-۲۹۸.

ستوده اصل، نعمت‌اله؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ کلاتتری، مهرداد؛ طالبی، هوشنگ و خسروی، علیرضا (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و دارو در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون، *دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، ۱۱(۴)، ۲۹۴-۳۰۲. طاهری، الهام (۱۳۸۸). اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی سالمندان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، *دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران*.

عبادی، عباس؛ قانع، مصطفی؛ کاظم نژاد، انوشیروان (۱۳۸۹). مفاهیم و عناصر ساختار کیفیت زندگی در مجروحین شیمیایی: مطالعه موردی، *مجله پزشکی و نظامی*، ۱۲(۱)، ۷-۱۲.

فرهادی، علی؛ امینی، فریبا (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تأثیر آن بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا ناتوانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۵-۴۲.

گودرزی، ناصر (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی روش درمان فعال‌سازی رفتاری و قرارداد گروهی بر درمان اختلالات مصرف مواد افیونی. *رساله‌ی دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت*، دانشگاه تهران.

محمدی، ابوالفضل و امیری، مهدی (۱۳۸۹). مقیاس فعال سازی رفتاری برای افسردگی؛ ویژگی‌های روان سنجی و تحلیل عاملی تأییدی نسخه ایرانی، *مجله روان پزشکی و روان پزشکی ایران*، ۱۶(۱)، ۶۵-۷۳.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی، کوروش؛ محمد، کاظم‌مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، *مجله دانشکده بهداشت*، ۴(۴)، ۱-۱۲.

Armento, M. E. A., & Hopko, D. R. (۲۰۰۹). Behavioral activation of a breast cancer patient with co-existent major depression and emotional information. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, ۲, ۲۰-۵.

Beck, A.T., steer, R.A., & Brown, G. k. (۱۹۹۶). Beck Depression Inventory-II. San Antonio : *Psychological Corporation*.

Bonomi, A. E., Patrik, D .L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (۲۰۰۰). Validation of the United States version of the world health organization quality of life (WHQOL) instrument. *Journal of clinical Epidemiology*, ۵۳, pp: ۱۹-۲۳.

Buchanan, J. L. (۲۰۱۲). Prevention of Depression in the collage student Population : A Review of the Litercure. *Archives of psychiatric Nursing*, ۲۶, ۲۱-۴۲.

Chacahmovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (۲۰۰۸). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward again in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, ۴۸, ۵۹۳- ۶۹۳.

Chartier JS, Provencher MD (۲۰۱۳). Behavioral activation for depression: efficacy, effectiveness and dissemination. *J Affec Disord*. ۲۰۱۳; ۱۴۵(۳): ۲۹۲-۹.

Chu BC, Crocco ST, Esseling P, Areizaga MJ, Lindner AM, Skriner LC (۲۰۱۶). Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial. *Behav Res Thera*.; ۷۶(۱): ۶۵-۷۵.

Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C.R., Munoz, R.F., & Lewinsohn, P.M. (۲۰۱۱). The origins and current status of behavioral activation treatment for depression: *Annual Review of Clinical Psychology*, ۷, ۱-۳۸.

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (۲۰۰۶). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۷۴, ۶۵۸-۶۷۰.

- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (۲۰۰۹). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, ۵۶, ۴۶۸-۴۷۵.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (۲۰۰۵). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, ۴۲, ۲۳۶-۲۴۳.
- Jacobson, N.S., Martell, C.R., & Dimidjian, S. (۲۰۰۱). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, ۸(۳), ۲۵۵-۲۷۰.
- Leahy, R.L., Holland, S.L., & McGinn, L.K. (۲۰۱۲). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. ۲nd ed. New York, *Guilford Press*.
- Martell, C., Addis, M., & Dimidjian, S. (۲۰۰۴). Finding the action in behavioral activation: The search for empirically supported interventions and mechanisms of change. In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (PP. ۱۵۲-۱۶۷). New York, NY: *Guilford Press*.
- Martell, C.R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (۲۰۱۰). *Behavioral Activation for Depression: A Clinical's Guide*. New York, *Guilford Press*.
- Mazzucchelli, T. (۲۰۱۰). Behavioral Activation Interventions for Depression and well-being. *Thesis presented for Ph. Degree Curtin university of Technology*.
- McIndoo CC, File AA, Preddy T, Clark CG, Hopko DR (۲۰۱۶). Mindfulness-based therapy and behavioral activation: a randomized controlled trial with depressed college students. *Behav Res Thera*. ۷۷: ۱۱۸-۲۸.
- Michalos, A. C. & Orlando, J. A. (۲۰۰۶). A note on student quality of life. *Social Indicators Research*, ۷۹, ۵۱-۵۹.
- Moshier S.J, Otto M.W. (۲۰۱۷). Behavioral activation treatment for major depression: a randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. *J Affec Disord*. ۲۱۰, ۲۶۵-۲۷۸.
- Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (۲۰۰۴). Avoidance and depression: The construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour Research and Therapy*, ۴۲, ۲۹۳-۳۱۳.
- Rachel, C. M., Jonathan W. K., & Andrew, M. B. (۲۰۱۰). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review*, ۳۰, ۵۴۷-۵۶۱.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V, Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., et al. (۲۰۱۰). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, ۴۵(۲), ۲۰۱-۲۱۰.
- Skevington, S.M., Lotfy, M., & O'Connell, K.A. (۲۰۰۴). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial: A report from the whoqol Group. *Quality of Life Research*, ۱۳, ۲۹۹-۳۱۰.