فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۰، شماره ۱۴، پاییز سال ۱۴۰۰

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

راضیه فتوحی اردکانی [۱] حامد مستوفی [۲]

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف، اثر بخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افسردگی 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 SPSS تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها**: یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افسردگی در دانشجویان با نشانگان بالینی افسردگی اثربخش بوده است. **نتیجه‌گیری**: بنابراین براساس یافته‌ها فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت سبب کاهش علائم افسردگی در دانشجویان با نشانگان بالینی افسردگی می‌شود.

واژگان کلیدی: درمان فعال‌سازی کوتاه‌مدت، کاهش‌استرس، 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 jnip.ir on 2026-09-14]

مقدمه

افسردگی می‌تواند علل مختلفی داشته باشد اما مهمترین عاملی که باعث ایجاد و تداوم آن می‌شود کناره گیری و اجتناب فرد از فعالیت‌های لذت بخش زندگی است، به این صورت که فردی که بر اثر از دست دادن شغل، عدم قبولی در دانشگاه یا فقدان یکی از عزیزان. (به این گونه عوامل مسایل اولیه گفته می شود)دچار حالاتی غمگنانه شده و از فعالیت‌ها دست می‌کشد و دچار علائمی می گردد که به آن افسردگی می‌گوییم، در حقیقت بر اثر مسایل ثانویه افسردگی گرفتار بیماری می‌گردد (دیمیدجیان، دون،۱۳۹۲).این مسایل ثانویه شامل رفتارهای اجتناب گون و افکار نشخوار گون می‌شود بطوریکه فرد به خاطر غم واندوهی که مسایل اولیه برایش به ارمغان می‌آورنداز هر گونه دست زدن به فعالیت لذت بخش که برای فرد همراه با تقویت و پاداش باشد،امتناع کرده و گرفتار افکار نشخوارگون و رفتار های اجتنابی می گردد (دیمیدجیان، دون،۱۳۹۲).وفعالیت‌هایی از قبیل ماندن در رختخواب، مصرف مواد افیونی و الکل وتماشای بیش از حد تلویزیون و....را انجام می‌دهد.فعال سازی رفتاری درمان ساختار یافته کوتاه مدتی برای افسردگی است (دیمیدجیان، دون،۱۳۹۲).

هدف فعال سازی رفتاری، فعال کردن درمانجویان بطرقی است که تجارب پاداش بخش آنان را در زندگیشان افزایش دهد.هدف مذکور افزایش فعالیت و در گیر شدن فرد در دنیای پیرامونش است. فعال سازی رفتاری برای رسیدن به این هدف روی فرایندهایی (مانند رفتارهای گریز و اجتناب و افکار نشخوار گون) که جلوی فعال سازی را می گیرند، دست می گذارد. فعال سازی رفتاری بر این فرض استوار است که مشکلات موجود در زندگی افراد آسیب پذیر توان دریافت تقویت مثبت از محیط را از آنان می گیرد. اساس کار فعال سازی رفتاری تاکید بر عوامل اصلی و حقیقی بوجود آورنده افسردگی یعنی کاهش فعالیت‌های پاداش بخش و افزایش رفتارهای اجتنابی و افکار نشخوار گون می باشد

یکی از پژوهش های مهمی که تاثیر غیر قابل انکار فعال سازی رفتاری در درمان افسردگی را مشخص می کند، پژوهش تحلیل مولفه ای می باشد که جیکبسون و همکارانش انجام دادند (جیکبسون و همکاران، ۱۹۹۶)

۱۵۰افسرده ی بزرگسالی که در این پژوهش شرکت کرده بودند به طور تصادفی در یکی از۳ موقعیت درمانی قرار گرفتند ۱- فعال سازی رفتاری ۲- فعال سازی رفتاری به اضافه باز سازی شناختی افکار خود آیند ۳- بسته شناخت درمانی کامل شامل فعال سازی رفتاری بازسازی شناختی افکار خود آیند و بازسازی شناختی باورهای بنیادین نتایج حاصل این پژوهش حاکی از آن بود که تفاوت معنا داری بین سه موقعیت درمانی چه در درمان مرحله حاد و چه در پیشگیری ازعود آن هم در پیگری ۲ ساله دیده نشد (جیکبسون وهمکاران، ۱۹۹۶؛گوتنر، گالان، دابسون و جیکبسون، ۱۹۹۸) و نتایج بدست آمده از مولفه فعال سازی رفتاری با نتایج حاصل از شناخت درمانی کامل یکسان بود.

مدل معاصر فعال سازی رفتاری در یک کار آزمایی بالینی که در دانشگاه واشنگتن انجام شد (پژوهش سیاتل) در معرض آزمایش سختی قرار گرفت. در پژوهش سیاتل فعال سازی رفتاری نه تنها با شناخت درمانی بلکه با یکی از داروهای ضد افسردگی پاروکسین نیز مقایسه شد.

این مقایسه درمانی در بافتاری متشکل از ۲۴۱ افسرده بزرگسال و کارآزمایی کنترل شده با دارو نما صورت گرفت تمرکز تحلیل بر مقایسه ی درمان بین۲گروه بود: بیماران مبتلا به افسردگی خفیف و شدید. پیامد های درمانی سریع برای بیمارانی که فعال سازی رفتاری را دریافت کرده بودند با بیماران که داروی ضد افسردگی در یافت کرده بودند یکسان بود حتی برای بیماران که افسردگی شدید داشتند نیز چنین پیامدی حاصل شد بیمارانی که فعال سازی رفتاری را در یافت کرده بودند در درمان ماندند .

فعال سازی رفتاری همچنین از نظر درمان سریع بیماران مبتلا به افسردگی شدید در مقایسه با شناخت درمانی برتری داشت ونیز بیماران که دارو،علایم شان را بهبود بخشیده بود هنگامی که مصرف دارو را قطع کردند به مراتب بیشتر از بیماران که فعال سازی رفتاری با شناخت درمانی دریافت کرده بودند دچارعود شدند (دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۰۶؛دابسون و همکاران ۲۰۰۸).

افسردگی دومین اختلال رایج روان شناختی است که حدود ۱۰۰ میلیون نفر را در جهان تحت تاثیر قرار داده است (گاتلیب و هامن ،۱۹۹۲به نقل از کلارک ،بک و آلفورد ،۱۹۹۹) داده‌های اخیرتر پارکر و همکارانش (۲۰۰۱وبه نقل از لمبرت ،۲۰۰۶) نیز نشان می دهند که نزدیک به۱۲۱میلیون نفر در جهان به افسردگی مبتلا هستند. تقریبا همه افراد حداقل بصورت خفیف احساس افسردگی کرده اند(روز نهان و سیلیگمن،۱۳۸۲)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

»حالت روانی مشخص با احساس نومیدی، غمگینی، تنهایی، درماندگی، اعتماد به نفس پایین و خودملامتگری، نشانه‌های همراه مشتملند بر کندی روانی ـ حرکتی یا گاه بگاهی تحریک، گریز از روابط بین فردی و علائم نباتی نظیر، بی خوابی و بی اشتهایی» (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲، جلد اول، ص ۸۹).

افسردگي علاوه بر اينكه زندگي را براي فرد مبتلا تلخ خواهد نمود، از پيشرفت و اعتلاي فرد، همچنين توانايي انجام اعمال و وظايفي كه بر عهده وي مي باشد نيز جلوگيري خواهد نمود و خود اين امر باعث اختلال در سلامت و پيشرفت جامعه و عواقب ناشي از آن خواهد شد. با تشخيص به موقع و زود هنگام اين اختلال در دانشجويان، فرصتي براي پيشگيري اوليه و يا جلوگيري از پيشرفت و وخامت آن و نهايتا تامين بهداشت رواني براي آنان و جامعه فراهم مي گردد.

امروزه روان درمانیهای متعددی برای افسردگی وجود دارد که بعضی از آنها که در تجارب و پژوهش‌های بالینی اثرمندی خود را به اثبات رسانده اند عبارتند از: رفتار درمانی، روان درمانی بین فردی، شناخت درمانی (چمبلس و همکاران، ۱۹۹۸)

درمان فعال سازی رفتاری نوعی درمان رفتاری صرف است که دارای اثر مندی بالینی است و همچنین به علت طول کم دوره درمان مقرون به صرفه است (لیجیوز، هوپکو و هوپکو،۲۰۰۱)

فعال سازی رفتاری به افراد افسرده کمک می کند تا از طریق راهبردهای متمرکز بر فعالیت مجددا در گیر زندگی شوند.این راهبرد ها با الگوی اجتناب و کناره گیری و نا فعالی که از طریق ایجاد مشکلات ثانویه اضافی موجب تشدید افسردگی می شوند، مقابله می کنند.فعال سازی 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، دیمیدجیان ،۲۰۰۱)

این تحقیق به این منظور انجام شده است تا اثر بخشی رویکرد فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افسردگی در دانشجویان با نشانگان افسردگی بالینی بررسی و مشخص گردد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

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 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 افرادارای 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 بزرگ۷۱۷ نفری 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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

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.

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

مقیاسDASS-21 توانایی تشخیصی و غربالگری نشانه های اضطراب،افسردگی و استرس را در طی یک هفته گذشته داردکاربرد این مقیاس جهت افراد بزرگسال است. هرچندین 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 برنامه ای 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 داده ها در پژوهش، آمار توصیفی وآمار استنباطی (تحلیل کواریانس) بود و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام 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.

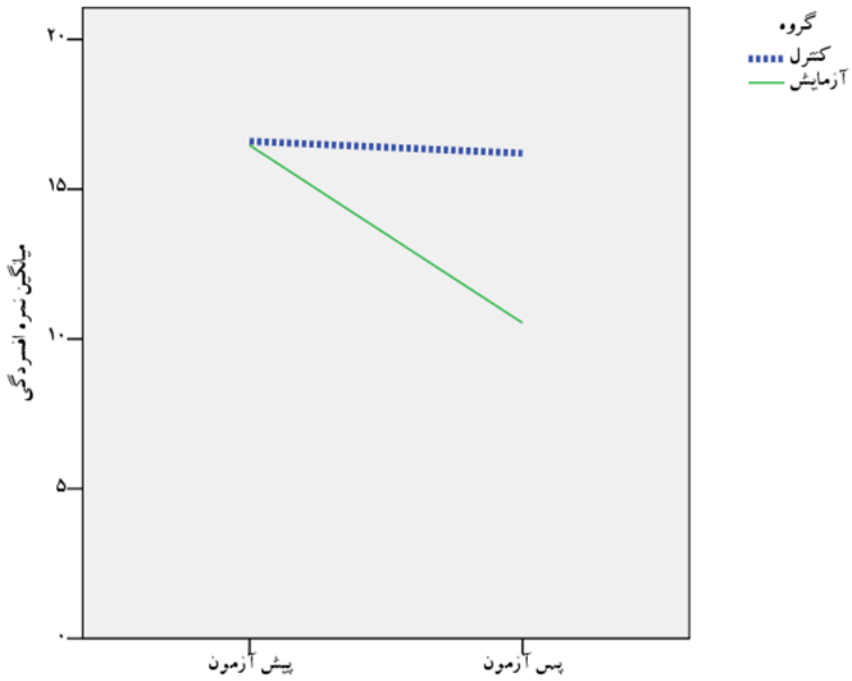
جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	Fمقدار	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
ثابت	۱/۳۹۵	۱	۱/۳۹۵	۰/۷۶۴	۰/۳۹۰	۰/۰۲۸	۰/۱۳۵
پیش آزمون	۵۲/۱۶۳	۱	۵۲/۱۶۳	۲۸/۵۶۵	۰/۰۰۵	۰/۵۱۴	۰/۹۹۹
گروه	۲۵۵/۹۴۵	۱	۲۵۵/۹۴۵	۱۴۰/۱۶۱	۰/۰۰۵	۰/۸۳۸	۱
خطا	۴۹/۳۰۴	۲۷	۱/۸۲۶				
کل	۵۸۳۳/۰۰۰	۳۰					

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 با28/565 است و با توجه به مقدار معناداری

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

آن(P=۰/۰۰۵)،نشان داده شدکه افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است.همچنینF محاسبه شده بین گروهی (آزمایش-کنترل) برابر با 140/161 است و با توجه به مقدار معناداری آن (P=۰/۰۰۵)،نشان داده شد که افسردگی 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 افسردگی در دانشجویان گروه نمونه شده است. (F=28/565،P<0/05) و (F=140/161 ،P<0/05). نمودار پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش در زیر نمایش داده شده است.



شکل۱: مقایسه بین گروه‌ها

بحث و نتیجه‌گیری

در نتایج جدول۲ میزان F مشاهده شده برای دوگروه کنترل –آزمایش و هم برای مرحله پیش آزمون-پس آزمون محاسبه شده است. همانطور که مشاهده می شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با۲۸/۵۶۵ است وبا توجه به مقدار معنا داری آن(P=0/005) ، نشان داده شد که افسردگی در پیش آزمون وپس آزمون متفاوت است.همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش –کنترل) برابر۱۴۰/۱۶۱ است و با توجه به مقدار معنا داری آن (P ۰/۰۰۵)= نشان داده شد که افسردگی در گروه‌های آزمایش وکنترل متفاوت است.نتایج تحلیل کواریانس حاکی از این است که فعال سازی رفتاری کوتاه مدت به کار رفته در مطالعه سبب کاهش افسردگی در دانشجویان گروه نمونه شده است.

با توجه به تایید فرضیه تحقیق، نتیجه این تحقیق با پژوهش‌های (دیمیجیان، هولن، هالسون، ۲۰۰۶ ؛ مارتل و همکاران، ۲۰۱۰؛ کویچپرس، ون استراتن و وارمردام، ۲۰۰۷؛ هوپکو، رابرتسون و کاروالهو، ۲۰۰۹؛ هوپکو، لیجوز و هوپکو، ۲۰۰۴)

اعتقاد بر این است که کیفیت زندگي و افسردگي با هم در ارتباطاند؛ يعني حالاتي چون افسردگي واضطراب، ميزان كيفيت زندگي افراد را تحت تاثير قرار مي‌دهد. كيفيت زندگي، به عنوان يك مفهوم به عملكرد جسماني، رواني، اجتماعي و معنوي تقسيم مي‌شود (برگر، پورتنوي و وسيمن، ۲۰۰۰). اثر بخشي درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت(BATD) وشناخت

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در افزایش کیفیت زندگي و کاهش افسردگي در(پژوهش‌هاي راس و رابينز (۲۰۰۴)، کارلسون، بولتز و موريس (۲۰۰۵) و ديميجيان و همکاران (۲۰۰۶) مورد تایید قرار گرفته است.
این نتایج با سایر پژوهش‌هاي ديگر در اين زمينه هماهنگي دارد (بارنهوفر و همکاران، ۲۰۰۹ ؛ ويليامز و همکاران،۲۰۰۸؛ فولي، بايلي، هاکستر، پريك و سينکر، ۲۰۱۰؛ مارتل و همکاران، ۲۰۰۱،۲۰۱۰؛ ليجوز و همکاران، ۲۰۱۱؛ ديميجيان و همکاران، ۲۰۰۶ ؛ فريون، ايوانز و مري، ۲۰۰۷؛ چيسا و سرت، ۲۰۱۱
مورفي و لاتين ، ۲۰۱۱؛ کنه، بوستانو، هاتزيگر و کاتچوبي، ۲۰۱۱؛ بريتون و شاه، زيبستول وجکوب، ۲۰۱۱ و هوپکو و همکاران، ۲۰۰۴مداخله‌ي BATD بر اساس راهنماي مختصر درمان فعال‌سازي رفتاري براي افسردگي (ليجوز، هوپکو و همکاران،۲۰۱۱) و همچنین با پژوهش‌های نداف (۱۳۸۹)، گودرزی (۱۳۸۵)، جلیلی (۱۳۸۵)، امیری (۱۳۸۶) همسو بوده است. در این تحقیقات هریک بطور جداگانه نشان دادند روش فعال سازی رفتاری بر کاهش افسردگی، ناراحتی‌های روانی و آسیب‌های شخصیت موثر بوده است.
در مطالعه (نداف، مجید، در سال۱۳۸۹)،تحقیقی در بررسی اثر بخشی گروه درمانی با رویکردفعال سازی رفتاری در کاهش افسردگی وافزایش کیفیت زندگی مدد جویان وابسته به مواد موید آن بود که رویکرد فعال سازی رفتاری هم بر کاهش افسردگی و هم افزایش کیفیت زندگی تاثیر بسزایی داشته است و این نتایج با تحقیق حاضر هم خوان می باشد.
در پژوهش (گودرزی، ناصر، در سال۱۳۸۵)، پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری و قرار دادی گروهی بر درمان اختلالات مصرف مواد افیونی حاکی از آن بود که نتایج تایید کننده اثربخشی رویکرد فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر درمان اختلالات بویژه اختلال اضطرابی و افسردگی داشته و با پژوهش حاضر همبودی معناداری دارد .
در مطالعه (جلیلی، امیر در سال۱۳۸۵)، این مطالعه به بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش علائم افسردگی و تاثیر این درمان در کاهش نگرش های نا کارآمد بیانگر این بوده که علاوه بر اینکه فعال سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی موثر بوده بر نگرش های ناکار امد نیز تاثیر داشته و باعث کاهش این نوع نگرش ها شده است و این همان چیزی است که دراین تحقیق به اثبات رسیده است.
در پژوهش (امیری، مهدی، در سال۱۳۸۶)،پژوهشی در بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی مدد جویان عنوان شده که رویکرد فعال سازی رفتاری گروهی موید تاثیر گذاری این رویکرد بر کاهش علائم افسردگی بوده وهمچنین این رویکرد باعث افزایش سلامت عمومی افراد شده و این نتیجه با نتیجه ی پژوهش ما همراهی زیادی داشته است.

منابع:

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
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
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.
دادی گروهی بر افسردگی،اضطراب واسترس زناشویی در بیماران کرونر قلبی،مجله روان شناسی بالینی،سال دوم،شماره۴(پیاپی۸)،صص ۱۹-۲۸.
دیمیدجیان، مارتل.دون،هرمان. (۱۳۹۲).درمان افسردگی با فعال سازی رفتاری.(مترجمان؛سامان نونهال،دکتر سیدعلی محمد موسوی)،ارجمند

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

رایت، جسی.(۱۳۹۲)،آموزش درمان شناختی –رفتاری.(مترجم؛دکتر حسن حمید پور). ارجمند
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.
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.
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.
Houghton S.(2011). Behavioural activation in the treatment of depression. Mental Health Prac. (14):18-23.
Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK.(2012). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. 2nded. New York: Guilford Press. p. 405-422.
Mclaughlin KA, Nolen- Hoeksema S.(2011). Rumination as a transdiagnosic factor in depression and anxiety. Behav res and ther. (49):186-193.
Serras A, Saules KK, Cranford JA, Eisenberg D.(2010). Self-injury, substance use, and associated risk factors in a multi-campus probability sample of college students. Psychol of Addictive Behav.(24):119–128.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۰، شماره ۱۴، پاییز سال ۱۴۰۰

The effectiveness of short-term behavioral activation therapy on reducing depression in students with clinical symptoms of depression

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 depression 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 depression in students with clinical symptoms of depression. **Conclusion**: Therefore, based on the findings, short-term behavioral activation reduces depressive symptoms in students with clinical symptoms of depression.

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

[1] M.A of Clinical Psychology, Department of Psychology**, Islamic Azad University**, Yazd Branch, Yazd, Iran (**razeahfotoohi@gmail.com**)

[2] M.A of Clinical Psychology, Department of Psychology**, Islamic Azad University**, Yazd Branch, Yazd, Iran (**h.mostofi59@yahoo.com**)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]