



اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شهرستان قلعه گنج

خدابخش خارایی^۱، مجید عزیزی^۲

چکیده

پیش زمینه و هدف: عوامل متعددی از جمله طلاق، اعتیاد، زندانی شدن و مرگ همسر می تواند موجب تغییر ساختار خانواده شود و پدیده تک والدی یا سرپرستی زنان را در پی داشته باشد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان گروهی کوتاه مدت فعال سازی رفتاری بر علایم افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شهر قلعه گنج می باشد. **مواد و روش کار:** در یک طرح شبه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون توأم با گروه کنترل، تعداد ۳۰ نفر از زنان سرپرست خانوار مبتلا به افسردگی و اضطراب پس از ارزیابی های بالینی اولیه و احراز شرایط پژوهش، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه درمان فعال سازی رفتاری (۱۵ نفر) و یا گروه کنترل (۱۵) نفر گماشته شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه درمان هفتگی فعال سازی رفتاری را دریافت داشت. تمام شرکت کنندگان پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه WHOQOL-BREF را به عنوان ابزارهای پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱ ماهه تکمیل کردند. داده ها به کمک روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج حاصل از آزمون مانکوا نشان داد که درمان فعال سازی رفتاری اثر معنی داری بر کاهش علایم افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی دارد. نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری ۱ ماهه نیز حفظ شده بودند. **بحث و نتیجه گیری:** درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت در بهبود علایم افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار تاثیر قابل توجهی دارد.

کلید واژه ها: افسردگی، اضطراب، فعال سازی رفتاری، کیفیت زندگی

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، خراسان جنوبی، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، هرمزگان، ایران (نویسنده مسئول)
ma.azizi2021@gmail.com

زندگی از بدو تولد تا لحظه مرگ با پدیده‌ها و رخداد‌های فراوانی روبرو است. برخی از این پدیده‌ها با مشکلاتی همراه هستند که تأثیرات مخربی بر فرد و برخی دیگر بر پیکره جامعه وارد می‌سازند و می‌توانند گاهی بیش از سطح تحمل افراد بوده و منجر به بروز مجموعه‌ای از اختلال‌های جسمانی و روانی گردند. (فلنری^۱، ۱۹۹۵). عوامل متعددی از جمله طلاق، اعتیاد، زندانی شدن و مرگ همسر می‌تواند موجب تغییر ساختار خانواده شود و پدیده تک‌والدی یا سرپرستی زنان را در پی داشته باشد. سازمان بین‌المللی کار زنان سرپرست خانواده را شامل خانواده‌هایی می‌داند که مردان بالغ در آن به دلیل طلاق، جدایی، مهاجرت و ازدواج یا بیوهگی وجود ندارد یا در صورت حضور سهمی در درآمدهای خانواده ندارد مانند مردان معتاد، بیکار، متواری، یاز از کار افتاده. بنابراین می‌توان گفت زنان سرپرست خانوار جزء اقشار فقیر جامعه هستند (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۶).

افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است (سرانو، بلانکو، پالو، لوسیانو، پینتو^۲ و همکاران، ۲۰۱۰) که شیوع رو به رشد آن به یک نگرانی جهانی تبدیل شده و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود (برلیم، مک‌گیر و فلک^۳، ۲۰۰۸). برآوردهای همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که شیوع طول عمر اختلال بین ۱۳ تا، ۱۹ درصد می‌باشد (هاسین^۴ و همکاران، ۲۰۰۵)، فشار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی، اختلال افسردگی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و شیوع فزاینده سالانه ۲.۹ تا ۱۲.۶ درصد در جمعیت عمومی (کسلر، بارگلند، دملر، جین، کورتز^۵ و همکاران، ۲۰۰۳) به اضافه خودکشی به عنوان پیامد فاجعه بار آن (گلدنی^۶، ۲۰۰۴؛ مورو^۷ و همکاران، ۲۰۱۰) همچنان افسردگی را در سپهر مسایل بهداشت روان همچنان به عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش‌ها باقی نگه داشته است. از پیامدهای ناخوشایند افسردگی، کاهش کیفیت زندگی است که می‌تواند تأثیرات عمده‌ای بر زندگی فرد بگذارد (لیما و فلک^۸، ۲۰۰۷). افسردگی یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی بر آسیب کیفیت زندگی بزرگسالان است (چان، چین، تامپسون و لام^۹، ۲۰۰۶؛ استافورد، برک، ردی و جکسون^{۱۰}، ۲۰۰۷) به طوری که یافته‌های پژوهشی جدید حاکی از آن است که حتی سطوح خفیف افسردگی با کاهش معنی‌دار کیفیت زندگی در افراد بزرگسال همراه است (چاکاموچ، فلت، لیدلاو و پاور، ۲۰۰۸).

لذا محققین معتقدند که باید به کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان به ویژه اگر ارایه مراقبت طولانی باشد، توجه فراوان کرد. کیفیت زندگی به عنوان یکی از مولفه‌های مهم سلامتی شناخته شده و یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در روانشناسی مثبت‌نگر است. کیفیت زندگی در سطح کلان (اجتماعی، ذهنی) و خرد (فرد، عینی) تعریف می‌شود (بولینگ^{۱۱}، ۲۰۰۵). کیفیت زندگی همه ابعاد زندگی شامل ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی و معنوی است. در واقع کیفیت زندگی برداشتی است که هر فرد از وضعیت سلامت خود، میزان رضایت از این وضع و میزان شادی و سرزندگی دارد و عوامل متعددی می‌تواند بر آن تأثیر گذارد (تستا^{۱۳}، ۱۹۹۶).

-
- 1 Flannery
 - 2 Serrano, Blanco, Palao, Luciano, Pinto
 - 3 Berlim, McGirr & Fleck
 - 4 Hasin
 - 5 Kessler, Berglund, Demler, Jin, Koretz
 - 6 Goldni
 - 7 Morrow
 - 8 Lima & Fleck
 - 9 Chan, Chien, Thompson & Lam
 - 10 Chacahmovich, Fleck, Laidlaw & Power
 - 11 Michalos, & Orlando
 - 12 Bowling
 - 13 Testa

اضطراب نیز از جمله اختلالاتی است که با کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی دارد. شیوع این اختلال در گستره عمر ۷.۵ درصد بوده و پریشانی قابل ملاحظه و بدعملکردی در حوزه های شغلی و اجتماعی را برای فرد به همراه دارد. همچنین زنان دوبرابر مردان به این اختلال مبتلا هستند (کسلر، برگلوند، دملر، جین، والترز، ۲۰۰۵).

درمان فعال فعال سازی رفتاری به عنوان یک مداخله بین تشخیصی ثابت کرده که از تناسب قابل انتظار برای پرداختن به افسردگی و اضطراب برخوردار است. درمان فعال سازی رفتاری یک مداخله کوتاه مدت و راه حل محور است که بر مبنای این نظریه که افراد افسرده، اغلب سطوح پایینی از تقویت مثبت محیطی را تجربه می کنند، تدوین شده است (دیمیجان^۱ و همکاران ۲۰۰۸).

طبق نظریه فعال سازی رفتاری، علائم افسردگی و اضطراب به وسیله رفتارهای اجتنابی ایجاد شده یا تداوم می یابند، رفتارهای اجتنابی، راهبردهای تنظیم هیجانی کوتاه مدت موثری هستند اما در طولانی مدت پیامدهای مثبت محیطی در زندگی شخص مانند تجربه فعالیت های خوشایند و یا ایجاد حس تسلط یا شایستگی را مختل می کنند (ریچل^۲، ۲۰۰۱).

مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع طرح های پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه است.

جدول شماره ۱- جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران سرپرست خانوار در شهر

پیگیری	پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون
T3	T2	X1	T1
T3	T2	-	T2

قلعه گنج در بهار ۱۴۰۰ بود. در این مطالعه ۳۰ نفر از مادران سرپرست خانوار که براساس ارزیابی اولیه مبتلا به افسردگی اساسی بودند وارد تحقیق شدند. روش نمونه گیری در این مطالعه به صورت در دسترس و برای جایگیری افراد در گروه کنترل و آزمایش از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم: (BDI-II) نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک که یک ابزار خودگزارشی می باشد دارای ۲۱ پرسش است. هر پرسش آن دارای چهار گزینه می باشد و این گزینه ها به ترتیب با نمرات ۰ تا ۳ نمره گذاری می شوند و نمره بیشتر نشان دهنده شدت افسردگی است. در این پرسشنامه، ۲۱ سوال در مورد احساس فرد در دو هفته گذشته تاکنون پرسیده می شود. حداکثر نمره هر فرد در این پرسشنامه، ۶۳ خواهد بود. به عنوان یک قاعده کلی نمره ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید تعریف می شود (بک^۳، استر^۴، براون^۵).

پرسشنامه اضطراب بک: پرسشنامه اضطراب بک یک پرسشنامه خودگزارشی است که برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده ای است که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه نشان دهنده اضطراب را انتخاب می کند. چهار گزینه هر سوال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا سه نمره گذاری می شود. هر یک از ماده های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می کند (لباخ^۶ و کتز^۷، ۲۰۰۵).

پرسش نامه WHOQOL-BREF: این پرسشنامه فرم کوتاه پرسش نامه WHOQOL-100 است، که بعد از ادغام برخی از حیطه ها و حذف تعدادی از سوالات آن تدوین شده و شامل ۲۶ سوال است (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی

- 1 Dimidjian
- 2 Rachels
- 3 Beek
- 4 Esteer
- 5 Brown
- 6 Loebach
- 7 Gatz

بهداشت، ۲۰۰۹). اسکوینگتون^۱، لطفی^۲، و اکانل^۳ (۲۰۰۴) ویژگی های روانسنجی این ابزار را در ۲۴ شهر از کشورهای مختلف بررسی کردند. ۱۱۸۳۰ شرکت کننده ۱۲-۹۷ ساله با میانگین سنی ۴۵ سال و انحراف استاندارد ۱۶ در این بررسی حضور داشتند که آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی ۰.۸۲، برای سلامت محیط ۰.۸۰ و برای روابط اجتماعی ۰.۶۸ به دست آمد (اسکوینگتون، لطفی و اکانل (۲۰۰۴).

درمان فعالسازی رفتاری کوتاه مدت: درمان فعال سازی رفتاری شیوه مداخله های کوتاه مدت است که شامل جلسات درمانی مبتنی بر راهنمای عملی نسخه تجدید نظر شده که توسط لیجوز^۴ و همکاران (2011)، ارائه شد و در 10 جلسه اجرا گردید. خلاصه برنامه جلسات به شرح زیر می باشد.

اول الف- معرفی، مقدمه ب- تشریح افسردگی، اضطراب، امید به زندگی، معرفی منطق درمان، تعیین قوانین جلسات، ج- معرفی فرم بازبینی روزانه، د- تکلیف فرم بازبینی، بررسی سیاهه حوزه های زندگی، ارزش ها و فعالیت ها.

دوم الف- بازبینی روزانه- بررسی تکلیف - رفع اشکال ب- منطق درمان- بررسی تکلیف ج- نکات مهم در مورد ساختار درمان- بررسی تکلیف د- اجرای سیاهه حوزه های زندگی، ارزش، فعالیت ه- تکالیف- تکمیل فرم بازبینی روزانه.

سوم الف- بازبینی روزانه- بررسی تکلیف ب- سیاهه حوزه های زندگی، ارزش ها و فعالیت ها- بررسی تکلیف ج- انتخاب و رتبه بندی فعالیت ها د- تکالیف- بازبینی روزانه - ادامه بررسی و تغییر سیاهه حوزه های زندگی.

چهارم الف- بازبینی روزانه- بررسی تکلیف ب- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت ها ج- تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده.

پنجم الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت ها: بررسی تکلیف ب- قراردادها ج- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده - تداوم /افزودن یا اصلاح قراردادها.

ششم الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت ها: بررسی تکلیف ب- قراردادها ج- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده د- تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده تداوم /افزودن یا اصلاح قراردادها.

هفتم الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت ها: بررسی تکلیف ب- سیاهه حوزه های زندگی: مرور و بازنگری مفاهیم ج- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده - تداوم /افزودن یا اصلاح قراردادها.

هشتم الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت ها: بررسی تکلیف ب- انتخاب و رتبه بندی فعالیت ها: مرور و بازنگری مفاهیم ج- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده د- تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده - تداوم /افزودن یا اصلاح قراردادها.

نهم الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت ها: بررسی تکلیف ب- قراردادها: مرور و بازنگری مفاهیم ج- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده د- تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده - تداوم /افزودن یا اصلاح قراردادها.

دهم الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت ها: بررسی تکلیف ب- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده ج- آمادگی برای خاتمه د- تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده - تداوم /افزودن یا اصلاح قراردادها.

یافته‌ها

در ابتدا شاخص های آماری دو گروه در متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است. از تحلیل کوواریانس چند متغیری برای تحلیل داده ها استفاده شد. برای انجام تحلیل کوواریانس ابتدا پیش فرض های آن بررسی شد. بدین منظور چهار مفروضه زیربنایی تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن، همخطی چندگانه، همگنی واریانس ها و همگنی شیب هاب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب همبستگی بین پیش آزمون و

1 Skevington

2 Lotfy

3 Connell

4 Lejues

پس آزمون برای افسردگی ۰.۴۶، اضطراب ۰.۵۷ و کیفیت زندگی ۰.۵۱ به دست آمد. با توجه به همبستگی های بدست آمده، مفروضه خطی بودن مورد تایید قرار گرفت. پیش فرض همگنی واریانس ها در بین نمرات دو گروه آزمودنی از طریق آزمون لوین بررسی شد. نتایج نشان داد تفاوت معنی داری در واریانس دو گروه مشاهده نمی شود لذا شرط تساوی واریانس ها وجود دارد و می توان اطمینان حاصل کرد که پراکندگی نمرات در دو گروه یکسان است. بررسی نتایج آزمون M باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه ها همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار است ($F=0.79$). نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین های نمرات پس آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش آزمون ها در گروه های آزمایش و گواه نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز معنی دار می باشد ($P \leq 0.001 F = 89.32$). براین اساس می توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیارهای گروه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری

مقیاس		شاخص		درمان فعال سازی رفتاری		گروه کنترل	
آماري		پي	پي	پي	پي	پي	پي
		ش	س	ش	س	ش	س
		آزمون	آزمون	آزمون	آزمون	آزمون	آزمون
افسردگی	میانگین	۳۸	۲۴	۲۶	۳۹	۳۸	۳
	انحراف معیار	۸۸	۴۷	۱۳	۴۵	۴۳	۸.۹۵
اضطراب	میانگین	۳۵	۲۵	۲۳	۳۵	۳۳	۳
	انحراف معیار	۶۴	۲۹	۱۱	۸۷	۵۰	۵.۳۸
کیفیت زندگی	میانگین	۷۷	۹۳	۱۰	۷۳	۷۵	۷
	انحراف معیار	۴۰	۱۲	۷	۴۲	۲۶	۷.۳۳
	میانگین	۷۲	۸۳	۹۰	۵	۷.۵	۷
	انحراف معیار	۷۲	۲	۱	۶۷	۰	۸۲

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون معنی دار می باشد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین نمره های پیگیری متغیرهای وابسته با کنترل پیش آزمون ها در گروه های آزمایش و گواه نشان داد مقدار F لامبدای ویلکز معنی دار می باشد ($P \leq 0.001 F = 62.01$).

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس بکراهه در متن مانکوا، روی میانگین نمره های پس آزمون با کنترل پیش آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	DF	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
افسردگی	۵۰۸.۶۲۵	۱	۱۸۹.۳	۰.۰۰۱	۰.۸۹
		۲			
اضطراب	۲۸۶.۲۵۵	۱	۶۸.۴۲	۰.۰۰۱	۰.۷۷
کیفیت زندگی	۹۲۷.۲۵۰	۱	۲۱۱.۳	۰.۰۰۱	۰.۸۳
		۲			

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می دهد که تفاوت بین گروه در متغیرهای افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در مرحله پیگیری نیز معنی دار می باشد. بنابراین براساس یافته های پژوهش، تاثیرات ۱۰ جلسه درمان فعال سازی رفتاری بر متغیرهای افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی معنی دار به دست آمد. نتایج بررسی های مرحله پیگیری ۱ ماهه نیز نشان داد که اثربخشی درمان همچنان باقی مانده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس بکراهه در متن مانکوا روی میانگین نمره های پیگیری با کنترل پیش آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	D F	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
افسردگی	۴۲۷.۳۶	۱	۱۴۲.۰	۰.۰۰۱	۰.۸۵
		۲		۰.۲	
اضطراب	۲۶۵.۱۵	۱	۷۳.۱	۰.۰۰۱	۰.۷۳
		۲		۱	
کیفیت زندگی	۳۲۷۵.۲	۱	۲۶۵.۰	۰.۰۰۱	۰.۷۹
	۸۹				

بحث و نتیجه گیری

متن در ارتباط با اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر افسردگی و کیفیت زندگی می توان گفت که نظریه های رفتاری پیشنهاد می کنند که این درمان به این دلیل اثربخش است که منجر به افزایش تقویت مثبت می گردد. هدف فعال سازی رفتاری، افزایش رفتارهایی است که احتمالاً منجر به دریافت پاداش از سوی بیمار می شوند. نافع‌العالی فردی و اجتماعی می تواند می تواند منجر به افزایش میزان ساعت های حضور در خانه شود و فردی که بیش از حد در منزل بماند لاجرم وقت بیشتری صرف فعالیت های انفعالی مانند خوابیدن، فکر کردن، تماشای تلویزیون، یادآوری و مرور خاطرات گذشته و احساس تنهایی و عدم کارایی اختصاص خواهد داد. از طرفی وضعیتی منجر به قرار گرفتن فرد افسرده در دام اجتناب شده، و این امر تشدید رفتارهای انفعالی و علایم افسردگی را در پی دارد. برنامه ریزی فعالیت یک درمان رفتاری برای افسردگی است که در آن بیماران با بازبینی خلق و فعالیت های روزانه از یک سو، افزایش تدریجی و نظامدار فعالیت های لذت بخش و تعاملات مثبت با محیط از طرف دیگر به ایفای نقش طبیعی و سالم خود می پردازند (کویجرز، ون استارن و وارمردام^۱، ۲۰۰۷). بهبود بالینی مشاهده شده در این مطالعه با مطالعات قبلی که اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری را در نمونه های افسرده نشان داده اند (ریچل و همکاران^۲، ۲۰۱۱؛ ۲۹، دیمیدجان و همکاران، ۲۰۰۶؛ گاورسیاک، نیکولاس، هوپکو^۲، ۲۰۰۹؛ جلیلی، ۲۰۰۶؛ حوقتون، ۲۰۱۱) هماهنگ است.

با توجه به اینکه کیفیت زندگی دارای شاخص هایی مانند عملکرد جسمانی خوب، سلامت عمومی، سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی مناسب و ایفای مناسب نقش عاطفی و هیجانی و سلامت روانی است (سازمان بهداشت

¹ Cuijpers, Van Straten, & Warmerdam

² Gawrysiak, Nicholas, Hopko

جهانی، ۲۰۰۹)، در حالیکه بسیاری از نشانه های افسردگی رابطه معکوسی با شاخص های کیفیت زندگی دارند که به دلیل اثربخشی درمان این رابطه تنظیم شده و فرد نقش فعالی در زندگی خود ایفا می کند که نتیجه آن افزایش شاخص کیفیت زندگی است (کانتر و همکاران، ۲۰۰۸).

فعال سازی رفتاری وسیله درمانی موثری برای تسریع فرایند خاموشی و افزایش تقویت مثبت وابسته به پاسخ در مشکلات هیجانی می باشد. فعال سازی رفتاری ممکن است نشانه های اضطرابی موجود در افراد تحت استرس هیجانی به واسطه توجه منظم به رفتارهای اجتنابی و تسهیل رویکردی و گرایشی که برای افزایش دادن تقویت مثبت وابسته به پاسخ به کار می روند کاهش دهد. از طریق فعال سازی رفتاری می توانند بر میزان استرس و اضطراب خود غلبه نمایند. کاهش استرس می تواند موجب کسب انرژی بیشتر و محدودیت کمتر بیماران در انجام نقش های جسمی و روانی شود (ساترلند^۱ و همکاران، ۲۰۰۵).

نتیجه گیری :

با توجه به نتایج می توان نتیجه گرفت که درمان فعال سازی رفتاری گروهی و کوتاه مدت می تواند برای مراجعینی که جهت دریافت درمانی اثربخش و مقرون به صرفه به این مراکز مراجعه می کنند گزینه مناسبی باشد . پژوهش حاضر محدودیت هایی را به همراه داشت که عبارتند از :حجم پایین نمونه ، کوتاه مدت بودن زمان پیگیری . مسلماً تعمیم پذیری نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است . لذا پیشنهاد می شود که مطالعات بعدی این درمان را با نمونه بزرگتر و بر روی بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره روانشناسی اجرا نمایند. همچنین پیشنهاد می گردد که مطالعه بعدی با پیگیری طولانی مدت تر انجام دهند. بین نویسندگان در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

با تشکر از تمامی خانواده هایی که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند.

References:

- and effect of this treatment decreasing of dysfunctional attitudes. [M.A. Dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences.2006. [Persian].
- Beak AT, steer RA, & Brown G k. (1996). Beck Depression Inventory for measuring depression. Arch Gen psychol, 4, 561-571.
- Berlim, M. T., McGirr. A., & Fleck. M. P. (2008). Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatient with major depression? Psychiatry Research, 160, 364-371.
- Bowling, A. (2005), Measuring health-A review of quality of life measurement scales. 3rd ed. Buckingham, Open University Press.
- Chacahmovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward again in an international sample of older adults. The Gerontologist, 48, 593- 693.
- Chan, S. W., Chien, W. T., Thompson, D. R., Chiu, H. F., & Lam, L. (2006). Quality of life measures for depressed and non- depressed Chinese older people. International Journal of Geriatric Psychiatry., 21, 1086-1092.
- Coldeny, R. D. (2004). An Historical note on suicide during the course of treatment for depression. Suicide and life-threatening Behavior, 37, 116-117.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatment of depression: A meta- analysis. . Clinical psychology Review, 27, 318-326.

¹ Sutherland

- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., & et al. (2006). 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*, 74, 658–670.
- Flannery RB. Post-traumatic stress disorder the victims guide to healing and recovery. New York: Crossroad Publishing Company; 1995.
- Gawrysiak M, Nicholas C, Hopko D. Behavioral activation for moderately depressed Houghton S. Behavioural activation in the treatment of depression. *Mental Health Prac.* 2011;(14):18-23.
- Jalili A. Effectiveness of group behavioral activation on decreasing of depression symptoms.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression (BATD): revised treatment manual (BATD-R). *Behavior Modification*, 35 111-161.
- Lima, A., & Fleck, M. (2007). Subsyndromal depression: An impact on quality of life? *Journal of Affective disorders*, 100, 163-169.
- Loebach Wetherell, J., Gatz, M. (2005). The Beck Anxiety Inventory in Older Adults With Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 27(1): 17-24
- Rachel, C. M., Jonathan W. K., & Andrew, M. B. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review*, 30, 547–561.
- Ritschel LA, Ramirez C, Crughead WE. Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cog and Behav Prac.* 2011; (18):281–299.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V, Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., & et al. (2010). 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*, 45, 201-210.
- Skevington, S.M, Lotfy, M., & O’Connell, K.A. (2004). 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*, 13, 299-310.
- Sutherland G, Andersen B M, Morris T. Relaxation and Health-Related Quality of Life in Multiple Sclerosis: The Example of Autogenic Training. *Journal of Behavioral Medicine*, 2005; 28 (3):249-56.
- Testa, M. A., Simonson, D. C., (1996). Assessment of quality of life outcomes. *New England journal of Medicine*, 334 (13): 835-840.
- university students: Randomized controlled trial. *J Counsel Psychol* .2009; (56): 468–475.