

اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علائم افسردگی،  
اجتناب شناختی - رفتاری و کیفیت زندگی دانشجویان

The effectiveness of behavioral activation therapy in reduction of  
depression symptoms, cognitive-behavioral avoidance and quality of  
life in students

Ali Mohammad Valiyan  
Mansour Sodani  
Khadijeh Shiralinia  
Reza Khojasteh Mehr  
Shahid Chamran University of Ahvaz

علی محمد ولیان  
منصور سودانی\*  
خدیجه شیرالی‌نیا  
رضا خجسته‌مهر  
دانشگاه شهید چمران اهواز

Abstract

This study aimed to study the efficacy of a group behavioral activation treatment on decreased depression symptoms, cognitive-behavioral avoidance and increased quality of life. After meeting the study's requirements, 40 students with depression were selected and randomly assigned to either behavioral activation treatment (n= 20) or a waiting list control group (n=20). The experimental group received eight weekly behavioral activation treatment sessions. The Beck Depression Inventory (BDI-II), Cognitive-Behavioral Avoidance (CBAD) and Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) were used as outcome measures. The questionnaires were administered immediately before and after the intervention and two months following the termination of the intervention. The results of the study showed that behavioral activation treatment is effective in reducing symptoms of depression and cognitive-behavioral avoidance, however, there was no significant effect on participants' quality of life. Based on the results of this study, group behavioral activation treatment is effective in decreasing symptoms, and cognitive-behavioral avoidance in students. These results can have practical implications for clinicians and counselors engaged in university counseling centers.

**Keywords:** behavioral activation therapy, depression, cognitive-behavioral avoidance, quality of life.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی، اجتناب شناختی - رفتاری 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) قرار گرفتند. گروه آزمایشی، ۸ جلسه درمان فعال سازی رفتاری را دریافت کرد. شرکت کنندگان، مقیاس افسردگی بک (BDI-II)، پرسشنامه اجتناب شناختی-رفتاری (CBAD) و پرسشنامه 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 بر روی کاهش نشانه‌های افسردگی و اجتناب شناختی-رفتاری اثربخش است اما بر روی کیفیت زندگی تأثیر معنی‌داری ندارد. بر اساس نتایج تحقیق حاضر، درمان فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی، بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اجتناب شناختی-رفتاری در دانشجویان مؤثر است. نتایج این پژوهش می‌تواند برای متخصصان بالینی و مشاوران در مراکز مشاوره دانشگاهی تلویحات کاربردی داشته‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** فعال سازی رفتاری، افسردگی، اجتناب شناختی - رفتاری، کیفیت زندگی

\* نشانی پستی نویسنده: اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. پست الکترونیکی: sodani\_m@scu.ac.ir

## 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<sup>۱</sup>، 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 هستند 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 نشان می‌دهد که حدود ۷۸ درصد از دانشجویان دانشگاه‌ها از برخی از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند. در این میان شدت علائم ۴۶ درصد از دانشجویان بگونه‌ای 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 منجر به اختلال در عملکردهای شغلی، اجتماعی و بین‌فردی می‌شود که در نتیجه افراد برای مقابله با فشارهای روانی مختلف (که نتیجه‌ای از درک ارتباط بین فرد و محیط است) از جمله افسردگی، از سبک‌های مقابله‌ای<sup>۲</sup> مختلفی استفاده می‌کنند (محمدی و امیری، ۱۳۸۸). یکی از این سبک‌های مقابله‌ای، سبک اجتناب شناختی- رفتاری<sup>۳</sup> است. افرادی که از این سبک مقابله‌ای استفاده می‌کنند، چون از فعالیت‌های

لذت‌بخش دست می‌کشند، دچار احساسات غمگینانه می‌شوند، این احساسات بین آنها و دنیای بیرونی فاصله می‌اندازد، این فاصله منجر به کاهش فعالیت‌ها و احساسات غمگینانه بیشتر و نهایتاً افسردگی می‌شود. یافته‌های تحقیقی مختلف نشان می‌دهند که انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه به جای حل تعارضات، می‌تواند منجر به بروز انواع مشکلات روانی از جمله افسردگی و علائم آن شود (فرستر، ۱۹۷۳؛ به نقل از دیمیدجیان، بررا، مارتل، مونوز و لوینسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). افسردگی همچنین 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 به‌عنوان 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 میان 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 بین‌فردی متمرکز هستند (چاکماوویچ، فلک، لادلو و پاور<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). بر خلاف 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<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). امروزه روش‌های درمانی متعددی برای کاهش علائم افسردگی وجود دارد؛ اگرچه که تعداد کمی از آنها توانستند در کارآزمایی‌های تصادفی بالینی اثربخش

4. Dimidjian, Barrera, Martell, Munoz, & Lewinsohn

5. Chacahmovich, Fleck, Laidlaw, & Power

6. Michalos, & Orlando

1. Buchanan

2. coping styles

3. cognitive-behavioral avoidance style

به افراد در نزدیک شدن و دسترسی به منابع تقویت مثبت در زندگی، که دارای کارکرد ضد افسردگی طبیعی هستند طراحی شده‌است (جیکوبسون مارتل و دیمیدجیان، ۲۰۰۱). در بزرگترین مطالعه‌ای که تاکنون در زمینه مقایسه اثربخشی درمان‌های افسردگی انجام شده است (دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۰۶) مشخص شد که درمان فعال‌سازی رفتاری در درمان بیماران افسرده شدید نسبت به دارو- درمانی و درمان شناختی نتایج بهتری داشته‌است. لازم به ذکر است که این نتایج تا دو سال با پیگیری حفظ شده‌است. در ایران 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 سوء مصرف‌کنندگان مواد نیز مؤثر بوده است (گودرزی، ۱۳۸۵). پژوهش حاضر شامل سه 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 کاهش اجتناب شناختی- رفتاری دانشجویان می‌شود و این اثر تا مرحله پیگیری ادامه دارد.

**فرضیه ۳.** درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری موجب بهبود کیفیت زندگی دانشجویان می‌شود و اثر تا مرحله پیگیری ادامه دارد. با توجه به آنچه گفته شد، هدف عمده 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.

باشند. یکی از روش‌های درمانی مؤثر درمان فعال‌سازی رفتاری<sup>۱</sup> است (چو، اسلین، اریزاگا، لیندندر و اسکریئر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). این شیوه درمانی یکی از روش‌های درمانی موج سوم روان‌درمانی است که مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار است (مُشیر و اُتو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). از آنجایی که اجتناب در کوتاه‌مدت موجب راحتی و آرامش سریع بیمار می‌شود اما در بلندمدت فرد را از منابع تقویتی محروم می‌کند؛ بنابراین در این روش درمانی به بیمار آموزش داده می‌شود که 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 واکنش نشان دهد (دیمیدجیان و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). فعال‌سازی رفتاری فرایند درمانی ساختار- یافته‌ای است که موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی زیادتر می‌کند (چارتیر و پرونچر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). در واقع این شیوه درمانی، علت اختلال‌ها (مثل اختلال افسردگی) را در بیرون فرد (در زندگی فرد) و 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 غیر فعال بودن که با ایجاد مشکلات ثانویه اضافی موجب تشدید افسردگی می‌شوند، مقابله می‌کند. فعال‌سازی رفتاری به منظور کمک

<sup>1</sup> Behavioral Activation (BA)

<sup>2</sup> Chu, Crocco, Esseling, Areizaga, Lindner, & Skriner

<sup>3</sup> Moshier, & Otto

<sup>4</sup> Dimidjian, et al.

<sup>5</sup> Chartier, & Provencher

<sup>6</sup> Jacobson, Martell, & Dimidjian

## روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع مطالعات آزمایشی است که در آن از طرح گروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، از میان دانشجویان پسر مقطع کارشناسی ساکن خوابگاه‌های دانشگاه آموزش عالی امام رضا (ع) اندیمشک که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل بودند انتخاب شدند. ۲۰۰ نفر دانشجو به روش هدفمند انتخاب گردیدند و به سؤال‌های پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم<sup>۱</sup> (BDI-II) پاسخ دادند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و نمره‌گذاری آنها، تعداد ۴۰ نفر انتخاب شدند که پس از تشخیص علائم افسردگی به صورت تصادفی در دو گروه بیست نفره آزمایشی (درمان فعال‌سازی رفتاری) و گروه کنترل (گواه) گمارده شدند. 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) (رجبی، ۱۳۸۴) 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.

## ابزار پژوهش

**پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم:** این پرسشنامه نوع بازنگری‌شده پرسشنامه افسردگی بک (BDI) است که توسط بک، استیر و براون<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۶ مورد بازنگری قرار گرفت و با ملاک‌های افسردگی در DSM-IV منطبق شد. پرسشنامه مذکور شامل ۲۱ ماده است و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. حداکثر نمره آزمون ۶۳ است. فتی، بیرشک، عاطف‌وحید 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 کرده‌اند. دابسون و محمدخانی (الف ۱۳۸۶) نیز در مطالعه خود، همسانی درونی آزمون را در دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی 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. فتی (۱۳۷۰) همبستگی بین آزمون بک و مقیاس درجه‌بندی همیلتون را در آزمودنی‌های ایرانی ۰/۶۶ گزارش نموده‌است. کاویانی (۱۳۸۷) در تحقیق خود ضریب روایی این پرسشنامه را ۰/۷۰ گزارش کرده‌است. 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 دست‌یافتند. آنها نشان دادند که پرسشنامه افسردگی بک از روایی و قابلیت اعتماد لازم در دانشجویان ایرانی برخوردار است. بک (بک، ۱۹۷۲) به نقل از کرائوچویل، موت و اودسون، (۱۹۹۴) روایی آزمون با روش اسپرمن-براون ۰/۹۳ را گزارش نموده‌است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۲ به دست آمد.

**پرسشنامه اجتناب شناختی-رفتاری اتنبریت و دابسون ۲۰۰۴ (CBAS):** مقیاس اجتناب شناختی-رفتاری ۳۱ گویه دارد که روی مقیاس لیکرت «اصلاً صحیح

<sup>3</sup>. Cognitive Behavioral Avoidance Scale

<sup>1</sup>. Beck Depression Inventory (BDI- II)

<sup>2</sup>. Beck, steer, & Brown

است، ۲۶ سؤال را در بر می‌گیرد. ۲ سؤال اول، کیفیت زندگی و میزان سلامت کلی فرد را مورد ارزیابی قرار داده 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 برگرفته 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 (اسکیونتون، لاتفای و اولکلند ۲۰۰۴). این آزمون در ایران توسط نجات، منتظری، هلاکویی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمده است.

نیست» (۱) تا «در مورد من کاملاً صحیح است» (۵) پاسخ داده می‌شود. CBAS ۴ خرده‌مقیاس اجتناب شناختی اجتماعی، اجتناب شناختی غیراجتماعی، اجتناب رفتاری اجتماعی و اجتناب رفتاری غیراجتماعی دارد. میان خرده‌مقیاس‌های CBAS همبستگی درونی متوسط ۰/۳۹-۰/۵۷ وجود دارد. همسانی درونی نسخه فارسی خرده‌مقیاس‌های اجتناب اجتماعی و غیر اجتماعی در یک نمونه ۶۹۸ نفری در ایران به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۶۵ به دست آمده است (عطایی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه اجتناب شناختی-رفتاری ۰/۷۲ به دست آمد.

**پرسشنامه کیفیت زندگی:** پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، یک ابزار خودگزارشی است که توسط سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی کیفیت زندگی افراد طراحی شده است. این پرسشنامه که نسخه کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت است.

#### جدول ۱

#### مداخلات درمانی انجام شده در زمان برگزاری جلسه‌های درمانی

اهداف	جلسات درمان
معرفه، 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 فعال‌سازی رفتاری، شروع ثبت فعالیت‌های 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 استرس، نقش استرسورهای شخصی در افسردگی، تکلیف خانگی	جلسه ششم
مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های خودمراقبتی، تکلیف دهی	جلسه هفتم
آموزش مهارت‌های بین‌فردی، جلوگیری از عود، مرور مطالب ارائه شده، اجرای پس‌آزمون	جلسه هشتم

## یافته‌ها

کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده‌است.

برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایشی و

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایشی و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		گروه پیگیری	
	کنترل	آزمایشی	کنترل	آزمایشی	کنترل	آزمایشی
افسردگی	۲/۲۴±۳۲/۹۰	۸/۵۴±۳۱/۸۳	۳/۰۱±۳۳/۹۵	۷/۷۹±۳۲/۶۱	۳/۳۹±۳۴/۲۲	۶/۰۹±۳۹/۷۲
اجتناب شناختی رفتاری	۱۸/۱۳±۶۱	۱۶/۳۵±۵۲/۲۷	۱۷/۸۵±۶۰/۹۰	۱۱/۱۱±۴۶/۵۰	۱۴/۷۵±۶۰/۱۸	۱۴/۹۹±۶۰/۷۷
کیفیت زندگی	۲/۹۳±۸۴/۳۴۲	۲/۹۳±۸۸/۳۴۲	۲/۳۴±۸۴/۳۹۲	۲/۹۳±۸۳/۳۴۲	۲/۴۳±۹۱/۲۴۲	۳/۱۳±۸۱/۳۶

به‌طورمعنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. بررسی نتایج ام باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است ( $F=1/32$  و  $p=0/24$ ). جهت بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون، از آزمون کوواریانس و بررسی تعامل بین عامل گروه‌ها و پیش‌آزمون‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که تعامل گروه و پیش‌آزمون برای متغیرهای افسردگی ( $F=0/06$  و  $p < 0/78$ )، متغیر اجتناب شناختی-رفتاری ( $F=0/41$  و  $p < 0/52$ )، و کیفیت زندگی ( $F=0/99$  و  $p < 0/32$ ) معنادار نیست و از این‌رو می‌توان گفت که این پیش‌فرض رعایت شده است. بنابراین 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 ( $F=3/69$  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

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 به‌دست‌آمده، مفروضه خطی بودن محقق شده‌است؛ 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 همخطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها)، اجتناب شده‌است؛ به‌علاوه برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون مساوی بودن واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که مقادیر آزمون لوین در متغیر افسردگی ( $F=1/14$  و  $p=0/30$ )، در متغیر اجتناب شناختی - رفتاری ( $F=0/29$  و  $p=0/60$ ) و در متغیر کیفیت زندگی ( $F=0/88$  و  $p=0/19$ )، معنی‌دار نیست. بنابراین، همگنی واریانس‌های هر دو متغیر در گروه‌های آزمایشی و گواه

تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده‌است. نتایج مندرج در جدول (۳) نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه در متغیرهای افسردگی ( $F=11/26$  و  $p < 0/002$ )،

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
اجتناب شناختی رفتاری	۲۷۷/۳۶	۱	۷/۰۲	۰/۰۱	۰/۱۶
کیفیت زندگی	۳۶۰/۴۳	۱	۲/۵	۰/۱	۰/۱۰

نتایج تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پیگیری وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول (۴) ارائه شده متغیرهای وابسته، با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که مقدار  $F$  لامبدای ویلکز<sup>۱</sup> معنادار است ( $F=3/38$  و  $p \leq 0/02$ ). 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

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
اجتناب شناختی رفتاری	۱۸۲۰/۰۸	۱	۱۹/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵
کیفیت زندگی	۲۸۰/۲۱	۱	۷/۲۶	۰/۰۱	۰/۱۶

<sup>1</sup> Wilk's Lambda

## بحث

امر نیز متعاقباً دستیابی به تقویت مثبت را در آنها تسهیل می‌کند (مازوک چلی، ۲۰۱۰). مارتل، دیمیدجیان و هرمن دان<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) نیز فرض را بر این نهاده‌اند که علت اثربخشی این نوع درمان می‌تواند این باشد که در حین درمان، افراد یاد می‌گیرند که سبک زندگیشان را عوض کرده و قوانین جدیدی را دنبال کنند، مثلاً فعال شدن در مواقع احساس غم به جای خاموش شدن در اینگونه مواقع.

درمان فعال‌سازی رفتاری، بیماران افسرده را تشویق می‌کند تا با وجود احساس خستگی و غمگینی، فعال‌تر شوند و یا سعی کنند تکالیف رفتاری مرتبط با فرایند درمان‌شان را انجام دهند، حتی اگر هیچ انگیزه‌ای برای انجام دادن این کار نداشته باشند. چنین فرایندی به مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق می‌گردد (مازوک چلی، ۲۰۱۰). همچنین برای تبیین اثربخشی این درمان بر کاهش علائم افسردگی، می‌توان به آموزش مهارت عمل کردن از بیرون به درون در جلسه سوم اشاره کرد که طی آن به افراد آموزش داده می‌شود که بدون توجه به حس درونی آن لحظه، سعی کنند که در فعالیت‌های فیزیکی درگیر شوند و این افزایش فعال‌سازی در نهایت بهبود خلق و کاهش علائم افسردگی را در پی خواهد داشت.

نتایج حاصل از درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی، موجب کاهش اجتناب شناختی-رفتاری در دانشجویان شد؛ بنابراین فرضیه «درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی موجب کاهش اجتناب شناختی-رفتاری در دانشجویان می‌شود» تأیید می‌گردد. این یافته با پژوهش‌های عطایی، فتی و احمدی ابهری (۱۳۹۲)، اتنبریت و دابسون<sup>۶</sup> (۲۰۰۴)، دیمیدجیان و همکاران (۲۰۰۶)، آرمنتو و هوپکو (۲۰۰۹) و گاورسیاک، نیکولاس و هوپکو<sup>۷</sup> (۲۰۰۹) در زمینه نقش اجتناب شناختی - رفتاری در ایجاد و حفظ افسردگی

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی بر علائم افسردگی، اجتناب شناختی-رفتاری و کیفیت زندگی دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های مرکز آموزش عالی فرهنگیان امام رضا (ع) اندیمشک انجام گرفت. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که بین افسردگی، اجتناب شناختی-رفتاری و کیفیت زندگی در دانشجویان گروه‌های مداخله و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج حاصل از درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی موجب کاهش علائم افسردگی در دانشجویان شده‌است. بنابراین فرضیه «درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی، موجب کاهش علائم افسردگی دانشجویان می‌شود» تأیید می‌گردد. این یافته با پژوهش‌های ریشل، جاناتان و اندرو<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)؛ آرمنتو و هوپکو<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) همسو است. این یافته‌ها با نتایج مطالعه بیگدلی و رحیمیان بوگر (۱۳۸۹) ناهمسو است. نظریه رفتاری افسردگی پیشنهاد می‌کند که درمان فعال‌سازی رفتاری به این دلیل اثربخش است که منجر به افزایش تقویت مثبت می‌گردد (مازوک چلی، ۲۰۱۰). هدف فعال‌سازی رفتاری، افزایش رفتارهایی است که احتمالاً منجر به دریافت پاداش از سوی بیمار می‌شوند. پاداش‌ها ممکن است درونی (لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) باشند. این افزایش پاداش‌ها به ارتقای خلق بیمار کمک می‌کند (لهپی، هولند و مک‌گین، ۲۰۱۲).<sup>۴</sup> درمان فعال‌سازی رفتاری، راهبرد شکستن تکالیف دشوار به عناصر ساده‌تر را به کار می‌برد؛ بنابراین افراد افسرده با اجرای این راهبرد می‌توانند به شیوه پیش‌رونده به فعالیت‌هایی دست زنند و این

<sup>1</sup> Rachel, Jonathan, & Andrew

<sup>2</sup> Armento, & Hopko

<sup>3</sup> Mazzucchelli

<sup>4</sup> Leahy, Holland, & McGinn

<sup>5</sup> Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn

<sup>6</sup> Ottenbreit, & Dobson

<sup>7</sup> Gawrysiak, Nicholas, & Hopko



را آزمایش کنند و این امر در نهایت باعث کاهش رفتارهای منفعلانه و اجتنابی و بهبود علائم افسردگی می‌شود. نتایج حاصل از درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی باعث افزایش کیفیت زندگی در دانشجویان نشده است. این یافته با پژوهش‌های امیری (۱۳۸۶) و اسنارسکی و همکاران (۲۰۱۰) همسو بوده و با یافته‌های پرهون، مرادی، حاتمی و پرهون (۱۳۹۱)؛ طاهری (۱۳۸۸)، هوپکو، بل، آرمنتو، هانت و لجویوز<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) مطابقت نمی‌کند. از علل احتمالی رد فرضیه سوم می‌توان به این موارد اشاره کرد:

صاحب‌نظران معتقدند که کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی، ذهنی و پویاست (لنینگر، ۱۹۹۴؛ به نقل از عبادی، قانعی و کاظم‌نژاد (۱۳۸۹). به طور کلی می‌توان گفت که کیفیت زندگی فقط از نظر فرد مشخص می‌شود، اگرچه کیفیت زندگی را می‌توان به طور کلی با عبارت شادی یا رضایت تعریف کرد، اما این دریافت کلی، جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، رضایت از زندگی، توسط درک هر فرد از شرایط کنونی‌اش در مقایسه با انتظارات، آرزوها و شرایط دلخواه و ایده‌آل او تعیین می‌شود (بنامی، پاتریک، بوشنل و مارتین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). زمان زاده و همکاران (۱۳۸۶) رابطه مستقیمی را بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مشاهده کرده‌اند. کورنز و همکاران (۱۹۹۶) در پژوهشی ارتباط مثبتی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی گزارش کرده و بیان می‌کنند 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 می‌شود. یافته‌های 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 -

همسو است؛ و درمان فعال‌سازی رفتاری با کاهش علائم افسردگی، باعث کاهش همزمان اجتناب شناختی-رفتاری در افراد افسرده می‌گردد؛ بنابراین افراد افسرده از میان انواع سبک‌های مقابله با فشار روانی، از سبک مقابله اجتنابی استفاده می‌کنند. مقابله اجتنابی، تلاش در جهت اجتناب از رخدادهای رویدادهای منفی است که می‌تواند به شکل شناختی (انکار، فرونشانی و سرکوب افکار) و رفتاری (فرار از پذیرش مسئولیت، تلاش برای جلب حمایت‌های دیگران و ..) بروز کند. در مورد ارتباط اجتناب و افسردگی چندین نظریه مطرح شده است؛ یکی از این نظریه‌ها، نظریه فعال-سازی رفتاری است که به نقش الگوهای ناکارآمد اجتناب و عدم فعالیت در رشد و حفظ افسردگی می‌پردازد؛ و مداخله-های درمانی مبتنی بر این نظریه روی این موضوع تأکید می‌کنند که به مراجعان آموزش داده شود که با الگوهای رفتاری غامض رو به رو شوند (دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۱۰). فعال-سازی رفتاری به درمان‌جویان کمک می‌کند با فعال‌سازی ساختاریافته و مسئله‌گشایی مؤثر به جنگ با اجتناب بروند. درمان‌جویان در این درمان یاد می‌گیرند که الگوهای اجتنابی خود را شناسایی کنند و برای نزدیک شدن و درگیر شدن با مسائل، راهبردهای مقابله‌ای جایگزین را به کار گیرند (دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۱۰). درمان فعال‌سازی رفتاری علاوه بر کاهش علائم افسردگی، در حذف الگوهای اجتنابی و در نتیجه کاهش اجتناب شناختی-رفتاری در افراد افسرده مؤثر است. همچنین برای تبیین فرضیه دوم می‌توان به آموزش مهارت سبک تند و آموزش الگوهای رپا و رپم در جلسات چهارم و پنجم اشاره کرد که به افراد آموزش داده می‌شود تا اجتناب خود را متوقف کرده و فعالیت‌های خود را به شکلی متفاوت با آنچه که تا کنون انجام می‌دادند، انجام دهند و به جای استفاده از الگوها و رفتارهای اجتنابی که منجر به افسردگی بیشتر می‌شود، رفتارهای مقابله‌ای جایگزین

<sup>1</sup>. Hopko, Bell, Armento, Hunt, & Lejuez

<sup>2</sup>. Bonomi, Patrik, Bushnell, & Martin

سازی رفتاری به عنوان درمان گروهی و کوتاه‌مدت سودمند شناخته شد که می‌تواند به عنوان درمانی مقرون به صرفه در نظر گرفته‌شود که در بهبود نشانه‌های افسردگی و کاهش اجتناب شناختی-رفتاری افراد کاربرد دارد. در این پژوهش پس از اجرای هشت جلسه درمان فعال‌سازی، نتایج نسبتاً معناداری به دست‌آمد. بنابراین، درمان فعال‌سازی به شیوه گروهی کوتاه‌مدت می‌تواند درمانی امیدوارکننده و مقرون به صرفه برای افراد مبتلا به افسردگی باشد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارت بودند از اجرای پژوهش بر روی دانشجویان، حجم پایین نمونه، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها و کوتاه‌مدت بودن زمان پیگیری. بر این اساس، تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم پژوهش‌های بیشتری در این زمینه است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، این درمان بر روی نمونه‌های بزرگتر و بیماران بالینی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناسی و روانپزشکی اجرا شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بعدی پیگیری‌های طولانی مدت‌تری را انجام دهند. ارزیابی‌های پیگیرانه بلندمدت می‌تواند در درک اثرات طولانی مدت این درمان بر روی نشانه‌های افسردگی، اجتناب شناختی-رفتاری و کیفیت زندگی کمک‌کننده باشد.

## منابع

ارشادی‌کیا، بتول؛ شجری، اکرم؛ طیبی، فریبا و یعقوبی‌فر، محمدعلی (۱۳۹۰). بررسی شیوع افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده‌های بهداشت و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار. *مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۱۶ (۱)، ۳۳-۴۳.

امیری، مهدی (۱۳۸۶). اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان مدار. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران*.

پرهون، هادی؛ مرادی، علیرضا؛ حاتمی، محمد؛ پرهون، کمال (۱۳۹۱). مقایسه درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت و درمان فراشناختی بر کاهش شدت نشانه‌ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. *فصلنامه علمی-پژوهشی در سلامت روانشناختی*، ۶۲ (۴)، ۴۱-۶۲.

جلیلی، امیر. (۱۳۸۵). اثربخشی فعال‌سازی رفتاری گروهی در کاهش علائم افسردگی و تأثیر این درمان در کاهش نگرش‌های ناکارآمد. *پایان‌نامه 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.

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، *فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم*، ۲ (۳)، ۴۵-۵۲.

رجبی، غلامرضا (۱۳۸۴). ویژگی‌های روانسنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-I) در دانشجویان دانشگاه شهید چمران. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۱۱ (۴)، ۲۹۱-۲۹۸.

ستوده‌اصل، نعمت‌اله؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ کلانتری، 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 فعال‌سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی سالمندان. *پایان‌نامه 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.

عطایی، شیما (۱۳۹۱). نشخوار ذهنی و اجتناب شناختی-رفتاری در افراد مبتلا به اختلال خلقی تک‌قطبی و اختلال اضطراب

A Review of the Liter cure. *Archives of psychiatric Nursing*, 26, 21-42.

Chacahmovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and sub syndrome symptoms on quality of life and attitudes toward again in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, 48, 593- 693.

Chartier, J. S., Provencher, M. D. (2013). Behavioral activation for depression: efficacy, effectiveness and dissemination. *J Affec Disorder*. 2013; 145(3), 292-9.

Chu, B. C., Crocco, S. T., Esseling, P., Areizaga, M. J., Lindner, A. M., Skriner, L. C. (2016). Trans diagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial. *Behave Res There*. 76(1): 65-75.

Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C. R., Munoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatment for depression: *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, 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.

Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 468-475.

Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 236-243.

Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270.

Leahy, R. L., Holland, S. L., & McGinn, L. K. (2012). Treatment plans and interventions for

اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

عطایی، شیما؛ فتی، لادن؛ احمدی ابهری، سیدعلی (۱۳۹۲). نشخوار ذهنی و اجتناب‌شناختی-رفتاری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال اضطراب اجتماعی: مقایسه طبقه دو دیدگاه طبقاتی و طیفی، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۸۳-۲۹۵.

فرهادی، علی؛ امینی، فریبا (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تاثیر 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. رساله دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، دانشگاه تهران.

محمدی، ابوالفضل و امیری، مهدی (۱۳۸۹). مقیاس فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی؛ ویژگی‌های روان‌سنجی و تحلیل عاملی تأییدی نسخه ایرانی، *مجله روان‌پزشکی و روان‌پزشکی ایران*، ۱۶(۱)، ۶۵-۷۳.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سید رضا (۱۳۸۵). استاندارد‌سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، *مجله دانشکده بهداشت*، ۴(۴)، ۱-۱۲.

## References

- Armento, M. E. A., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation of a breast cancer patient with co-existent major depression and emotional information. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 2, 20-5.
- Beck, A.T., steer, R. A., & Brown, G. k. (1996). Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation.
- Bonomi, A. E. Patrik, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States version of the world health organization quality of life (WHQOL) instrument. *Journal of clinical Epidemiology*. 53, pp: 19-23.
- Buchanan, J. L. (2012). Prevention of Depression in the college student Population:

- randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. *J Affect Disorder*, 210, 265-278.
- Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: The construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviors Research and Therapy*, 42, 293-313.
- 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.
- 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(2), 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.
- depression and anxiety disorders. 2nd ed. New York, *Guilford Press*.
- Martell, C., Addis, M., & Dimidjian, S. (2004). 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.152-167). New York, NY: *Guilford Press*.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinical's Guide*. New York, *Guilford Press*.
- Mazzucchelli, T. (2010). *Behavioral Activation Interventions for Depression and well-being. Thesis presented for Ph. Degree Curtin university of Technology*.
- McIndoo, C. C., File, A. A., Preddy, T., Clark, C. G., Hopko, D. R. (2016). Mindfulness-based therapy and behavioral activation: a randomized controlled trial with depressed college students. *Behave Res Thera*. 77: 118-28.
- Michalos, A. C., & Orlando, J. A. (2006). A note on student quality of life. *Social Indicators Research*, 79, 51-59.
- Moshier S.J, & Otto M.W. (2017). Behavioral activation treatment for major depression: a

Surf and download all data from SID.ir: [www.SID.ir](http://www.SID.ir)

Translate via STRS.ir: [www.STRS.ir](http://www.STRS.ir)

Follow our scientific posts via our Blog: [www.sid.ir/blog](http://www.sid.ir/blog)

Use our educational service (Courses, Workshops, Videos and etc.) via Workshop: [www.sid.ir/workshop](http://www.sid.ir/workshop)