



ORIGINAL ARTICLE

Received: 2017/06/13

Accepted: 2017/06/23

Training of Behavioral Activation Therapy Tailored to Teens and its Effect on Depression in Adolescents

Maryam Pasyar (M.A.)¹, Ali Reza Bakhshayesh (Ph.D.)², Mohsen Saeedmansh (Ph.D.)³

1. Corresponding Author: M.A. student of Psychology, Yazd science Research Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

Email: pasyar.mrm@gmail.com Tel: 09133558367

2. Associate Professor, Department of Psychology, Yazd University, Yazd, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Science and Art, Yazd, Iran.

Abstract

Introduction: teenagers, the main stratum of society and vulnerable communities build the future; therefore, psychologists and educators have long studied the factors affecting their mental health. One of the major factors in adolescents is depression.

Methods: This study is an experimental study using a control group. The study population consisted of all high school (2th cycle) girls secondary school in the academic year 2014-2015. Using the example of cluster of secondary school students in the second round included 30 patients (15 in experimental group and 15 control group). In this study, Beck Inventory (BDI-II) is used. For data analysis, multivariate analysis of covariance (MANCOVA) is used.

Results: The results showed that 15 sessions of behavioral activation therapy tailored to adolescents have symptoms of depression in adolescents between the experimental and control groups after adjustment for covariate (pretest) to test a significant difference ($F(1,27)= 61.52, P<0.001, \omega^2=0.30$) cause. Adjusted mean scores showed that the experimental group, have shown significant improvement in symptoms of depression.

Conclusion: Based on these findings, based on behavioral activation treatment can reduce symptoms of depression as a practical way to help young people and as an effective method of treatment is used in therapy sessions. Using this method can be depressed adolescents to become an active member of society and improve their participation in the fields.

Keywords: Depression, Adolescence, Behavioral Activation

Conflict of interest: The authors declared that there is no Conflict interest



This Paper Should be Cited as:

Training of behavioral activation therapy tailored, Maryam Pasyar, Ali Reza Bakhshayesh, Mohsen Saeedmansh (PhD) 3. Tolooebehdasht Journal.2018; 17(2):48-59.[Persian]



تأثیر درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی نوجوانان

نویسندگان: مریم پاسیار^۱، علیرضا بخشایش^۲، محسن سعید منش^۳

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد یزد واحد علوم و تحقیقات، یزد، ایران.

تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۵۵۸۳۶۷ Email: pasyar.mrm@gmail.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

چکیده

مقدمه: قشر نوجوان، قشر اصلی و آسیب‌پذیر جامعه بوده که آینده جوامع را می‌سازند، از همین رو روانشناسان و متخصصان تعلیم و تربیت از دیرباز به بررسی عوامل مؤثر در بهداشت روانی آن‌ها پرداخته‌اند. یکی از عوامل مؤثر و اساسی در سلامت روان نوجوانان افسردگی است. بر همین اساس این پژوهش با هدف بررسی تأثیر فعال سازی رفتاری بر کاهش افسردگی نوجوانان انجام شده است.

روش بررسی: این پژوهش به روش تجربی با استفاده از گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل کلیه دختران سال اول دبیرستان دوره متوسطه دوم در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بود که با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین دانش‌آموزان سال اول متوسطه دور دوم ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) انتخاب شده‌اند. در این پژوهش از پرسشنامه بک (BDI-II) استفاده شده است. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس (آنکوا) استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد، ۱۵ جلسه درمان فعال‌سازی رفتاری متناسب با نوجوانان توانسته در علائم افسردگی نوجوانان بین گروه آزمایشی و گواه پس از تعدیل اثر متغیر همپراش (پیش‌آزمون) در پس‌آزمون تفاوت معناداری ($\omega^2=0/30$ ، $P< 0/001$) ایجاد کند. نمرات میانگین تعدیل شده نشان می‌دهد که گروه آزمایشی بهبود معناداری را در نشانه‌های افسردگی داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، درمان مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری به‌عنوان یک روش کاربردی می‌تواند به کاهش نشانه‌های افسردگی نوجوانان کمک کند و به‌عنوان یک روش مؤثر در جلسات درمانی مورد استفاده درمانگران قرار گیرد. با استفاده از این روش می‌توان نوجوانان افسرده را به عضوی فعال در جامعه تبدیل کرد و مشارکت آنها را در فعالیت‌های اجتماعی بهبود بخشید.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، نوجوانی، فعال‌سازی رفتاری.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال هفدهم

شماره: دوم

خرداد و تیر ۱۳۹۷

شماره مسلسل: ۶۸

تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۰۳/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۰۲

**مقدمه**

نوجوانی (Adolescent)، را به عنوان دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی تعریف کرده‌اند که به وسیله تلاش جهت رسیدن به اهداف در ارتباط با انتظارات فرهنگی و جهش‌های رشد اجتماعی، عاطفی و جسمانی مشخص می‌شود و این دوره از مهم‌ترین و حساس‌ترین مراحل رشد محسوب می‌شود، زیرا بروز و ظهور صفات ثانویه جنسی و بلوغ (Puberty) در این دوره، آن را از اهمیت خاص برخوردار می‌سازد (۱). شاید به همین دلیل نوجوانی یک از آسیب‌پذیرترین دوران زندگی است، نوجوان در این دوره از نظر جسمانی در حال رشد و از لحاظ عاطفی نارس، از نظر تجربه محدود و از لحاظ فرهنگ اجتماعی بسیار شکننده و تحت تأثیر است (۲) و تنوع احوال، دگرگونی‌های رفتاری، خواسته‌ها، نیازها، حساسیت‌ها، طغیان‌ها، عصبانیت‌ها، همه و همه موقعیتی را به وجود آورده که روانشناسان این مرحله از حیات را مرحله‌ی بحرانی معرفی کرده‌اند و پذیرفته‌اند تغییرات بیولوژیکی که در دوره‌ی نوجوانی پدیدار می‌شود، نوجوان را دچار اضطراب، افسردگی و تنش روانی کرده و او را به منفی‌گرایی می‌کشاند (۳).

افسردگی دومین اختلال رایج شناختی است. داده‌های اخیر نشان می‌دهد که نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان مبتلابه این نوع اختلال هستند (۴). این اختلال در کودکان و نوجوانان نیز بر عملکرد روانی و اجتماعی آنان و هم‌چنین بر وضعیت فیزیکی و سلامت عمومی آن‌ها نیز اثرات منفی بسیاری از جمله روحیه غمگین و غیر شاد، عدم احساس لذت و رضایت از فعالیت‌های روزانه، اختلالات خواب، تغییر اشتها، قصد یا اقدام به خودکشی، خود را ملامت کردن، تغییر رفتار کودک و نوجوان،

میل به تنهایی و عدم تعامل با همسالان، احساس ناامیدی، جامعه‌ستیزی و پرخاشگری دارد. سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization (WHO)) پیش‌بینی می‌کند که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین علت ناتوان‌کننده در جهان خواهد بود. تقریباً ۲۰ تا ۲۵ درصد زنان و ۱۰ الی ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به این اختلال مبتلا می‌شوند (۵).

افسردگی در کودکان و نوجوانان اختلال روان‌پزشکی بسیار مهمی است که تأثیر کلانی بر عملکرد روانی- اجتماعی آنان می‌گذارد و با خطر مرگ به دلیل خودکشی همراه است (۶). در کودکان و نوجوانان مبتلابه افسردگی خطر خودکشی سه برابر بیشتر از افراد نرمال و دو برابر بیشتر از افراد مبتلابه اختلال اضطرابی است و این اختلال موجب اختلال در عملکرد در حوزه‌های مختلف از جمله تحصیل، روابط بین فردی، سوءمصرف مواد و بزهکاری در نوجوانان می‌شود (۷). طبق معیارهای جهانی سلامتی تنها جنبه‌های جسمانی را در برنمی‌گیرد، به گونه‌ای که سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را حالتی که در آن فرد از نظر روانی و عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و درد و نشانه‌ای از بیماری و رنجوری مشاهده نمی‌شود، تعریف نموده است. بنابراین در ارزیابی سلامتی نباید صرفاً به شاخص‌های سنتی یعنی مرگ‌ومیر و نرخ ابتلای به بیماری توجه نمود (۸).

برای درمان افسردگی روش‌های متعددی استفاده می‌شود که متناسب با سبب‌شناسی اختلال‌های این بیماری شیوه‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است. یکی از این رویکردها درمان مبتنی بر فعال‌سازی رفتار گروهی (Group behavioral activation) است. درمان فعال‌سازی رفتاری یک درمان



در اولین وهله بهبودی، فعال کردن بیمار از نظر رفتاری و اجتماعی از طریق افزایش تعامل سازنده با افراد غیر بیمار و کاهش نشانه‌های بیمارگونه و آماده‌سازی بیمار برای درگیر کردن کامل وی با فرآیند درمان در یک دوره طولانی‌مدت به منظور حفظ بهبودی از اهداف فعال‌سازی رفتاری است (۱۴). پژوهش‌ها نیز اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتار گروهی بر علائم افسردگی را مورد تأیید قرار داده‌اند (۱۸-۱۵، ۵).

بنابراین با توجه به اهمیت دوران نوجوانی و با توجه به شیوع بالای افسردگی انجام پژوهش‌های کاربردی اهمیت بسیار بالایی دارد و این مطالعه به بررسی اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر یزد می‌پردازد.

بر اساس نتایج پژوهش‌های پیشگامان که فعال‌سازی رفتاری را مؤلفه و عامل درمانی اصلی در درمان شناختی-رفتاری افسردگی یافتند، جیکوبسون و همکارانش نخستین پروتکل BA را که بر توابع رفتار افسرده وار تأکید دارد، منتشر کردند (۱۹). تأکید BA بر تبادل بین فرد و محیط در طی زمان و شناسایی محرک‌های محیطی و پاسخ‌های مقابله‌ای دخیل در سبب‌شناسی و تداوم خلق افسرده وار است. امروزه درمان فعال‌سازی رفتاری در مورد اختلالات و جمعیت‌های بالینی متفاوتی به کار می‌روند (۱۵). با توجه به اهمیت و کاربردی بودن این نوع درمان پژوهش‌هایی در ایران و خارج از کشور هم‌چنان به این موضوع پرداخته‌اند و چندین پژوهش در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر فعال‌سازی رفتار بر میزان افسردگی صورت گرفته است که نتایج آن‌ها حاکی از این امر است که این نوع درمان بر کاهش میزان افسردگی مؤثر بوده است (۲۲-۲۰).

راه‌حل - محور است که بر مبنای این نظریه افراد افسرده اغلب سطوح پایینی از تقویت مثبت محیطی را تجربه می‌کنند، تدوین شده است. فعال‌سازی رفتاری در درمان افسردگی تاریخچه‌ای طولانی دارد. نخستین بار لویسون افسردگی را پیامد نارسایی، کاهش و یا سطح پایین تقویت مثبت وابسته به پاسخ (Response Contingent positive Reinforce (RCPR)) تعریف کرده است (۹). طبق نظریه فعال‌سازی رفتاری، علائم افسردگی به وسیله رفتاری اجتنابی (Avoidance Behaviors) ایجاد شده یا تداوم می‌یابند. رفتارهای اجتنابی راهبردهای تنظیم هیجانی (Emotion Regulation Strategies) مؤثری هستند که در طولانی‌مدت پیامدهای مثبت محیطی در زندگی شخص، مانند تجربه فعالیت‌های خوشایند و ایجاد حس تسلط و شایستگی را مختل می‌کند (۵).

درمان فعال‌سازی رفتاری (Behavioral Activation Treatment (BA)) فرآیند درمانی ساختاریافته‌ای است که موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی (Contingency Reinforcement) محیطی زیادتر می‌کند. این فرآیند منجر به بهبودی خلق، تفکر و کیفیت زندگی فرد می‌شود و هرچند اصول زیربنایی این درمان بر فعال‌سازی رفتاری متمرکز است، اما در آن فرایندهای شناختی و انگیزشی نیز نادیده گرفته شده است (۱۰).

فلسفه فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی مبتنی بر پایه‌های شناختی و کژکاری رفتاری بیمارانی است که دارای نشانه‌های آسیب‌های روان‌شناختی هستند و طی آن در یک رویکرد روانی-آموزشی بیمار یاد می‌گیرد که در جهت بهبود به‌طور فعال، سبک زندگی خود را تغییر دهد (۱۲، ۱۳). کمک به بیمار



منتشر گردید. این پرسش نامه که شامل ۲۱ سؤال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به‌طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسش نامه، به‌طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. پرسش نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خود سنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمون‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان فردی اختصاص یافته است. دامنه نمرات این پرسشنامه از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است و درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند که بر اساس این پرسشنامه درجات افسردگی از نمره ۱۰-۱۶ طبیعی، ۱۱-۱۶ کمی افسرده، ۲۰-۱۷ نیازمند مشورت با روانشناس، ۳۰-۲۱ به نسبت افسرده، ۴۰-۳۱ افسردگی شدید و بیش از ۴۰ افسردگی بسیار شدید دسته بندی شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸).

یافته‌ها

داده‌های پژوهش از طریق آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

با توجه به بعد عمل‌گرایانه در این نوع درمان به نظر می‌رسد که بتواند به‌عنوان یکی از راهبردهای مؤثر درمان افسردگی نوجوانان به حساب آید. اما شواهد پژوهشی کافی در ایران برای تأیید این مطلب وجود ندارد و لازم است پیش از کاربرد این روش اثربخشی آن با استفاده از پژوهش‌های علمی ثابت شود. وانگهی فرهنگ ویژه هر منطقه تأثیر خاص خود را بر درمان مشکلات و مسائل روانی بر جای خواهد گذاشت بر همین اساس لازم است اثربخشی این نوع درمان به‌طور ویژه در فرهنگ ویژه استان یزد مورد بررسی علمی قرار گیرد. به همین دلیل پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اثربخشی پروتکل درمانی بر مبنای فعال‌سازی رفتاری بر بهبود علائم افسردگی در نوجوانان دختر شهر یزد انجام گرفته است.

روش بررسی

این پژوهش تجربی همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه (۴۲۳۱ نفر) است که در سال ۹۴-۱۳۹۳ در شهر یزد مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب نمونه این پژوهش، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد و نمونه مورد مطالعه در این پژوهش ۳۰ نفر بود. حجم گروه نمونه در تحقیق آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر کفایت می‌کند (دلاور، ۱۳۷۹). در این تحقیق ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار داشتند.

پرسش‌نامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. به این ترتیب که ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی ارون تی. بک، وارد مندلسون، موک و ارباف معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸



فرضیه نخست: آموزش درمان فعال‌سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر کاهش علائم افسردگی نوجوانان مؤثر است.

با توجه به داده‌های جدول (۱) می‌توان گفت که میانگین نمره‌های افسردگی گروه گواه ($M=39/33$) در مقایسه با میانگین نمره‌های افسردگی گروه آزمایشی ($M=38/20$) در پیش‌آزمون تقریباً مساوی بوده است. اما میانگین نمره‌های افسردگی گروه گواه ($M=39/40$) در مقایسه با میانگین نمره‌های افسردگی گروه آزمایشی ($M=21/40$) در پس‌آزمون تفاوت دارند و نمره‌های گروه آزمایشی کاهش یافته است. برای بررسی معناداری این تفاوت از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

در ابتدا مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس از جمله نرمال بودن و همگونی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که مقدارهای P در آزمون کلموگروف اسمیرنوف از ۰/۰۵ بزرگ‌تر بود و مشخص شد توزیع داده‌ها در همه ابعاد نرمال است. و پیش فرض نرمال بودن و همگونی واریانس‌ها مورد تایید قرار گرفت. بنابراین پیش‌فرض‌های لازم و ضروری برای انجام آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده‌اند.

همان‌طور که در جدول (۲) مشهود است، تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار است ($P=0/001$). این نتایج بدان

معناست که تفاوت مشاهده‌شده بین نمره میزان افسردگی گروه آزمایش و گروه کنترل که در جدول (۱) آمده معنادار است. در نتیجه درمان فعال‌سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر علائم افسردگی نوجوانان مؤثر بوده است و میزان این تأثیر ۰/۸۹ است. همان‌طور که در جدول (۳) مشهود است، تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار است ($P=0/001$). این نتایج بدان معناست که تفاوت مشاهده‌شده بین نمره میزان افسردگی گروه آزمایش و گروه کنترل که در جدول (۱) آمده معنادار است. در نتیجه درمان فعال‌سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر بعد جسمی-عاطفی افسردگی نوجوانان مؤثر بوده است و میزان این تأثیر ۰/۷۵ است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر بعد جسمی-عاطفی افسردگی نوجوانان تأیید می‌گردد.

همان‌طور که در جدول (۴) مشهود است، تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار است ($P=0/001$). این نتایج بدان معناست که تفاوت مشاهده‌شده بین نمره میزان افسردگی گروه آزمایش و گروه کنترل که در جدول (۱) آمده معنادار است. بنابراین فرضیه سوم پژوهش مبنی بر تأثیر فعال‌سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر بعد شناختی-عاطفی افسردگی نوجوانان تأیید می‌گردد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی

P	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیرها
	SD	M	SD	M	
۰/۶۸۲	۶/۴۴	۳۹/۴۰	۶/۸۳	۳۹/۳۳	گروه گواه
۰/۰۰۱	۴/۳۳	۲۱/۴۰	۶/۳۶	۳۸/۲۰	گروه آزمایشی
		۰/۰۰۱	۰/۵۱۲		P



جدول ۲: تحلیل کوواریانس مربوط به درمان فعال سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر علائم افسردگی نوجوانان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P	اندازه اثر
پیش آزمون	۶۰۳/۲۶	۱	۶۰۳/۲۶	۶۱/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹
گروه	۲۱۵۱/۲۵	۱	۲۱۵۱/۲۵	۲۱۹/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹
خطا	۲۶۴/۷۳	۲۷	۹/۸۰			

جدول ۳: تحلیل کوواریانس اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر بعد جسمی - عاطفی افسردگی نوجوانان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P	اندازه اثر
پیش آزمون	۹۴/۵۱	۱	۹۴/۵۱	۳۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵
گروه	۲۳۶/۴۲	۱	۲۳۶/۴۲	۸۳/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵
خطا	۷۶/۱۴۷	۲۷	۲/۸۲			

جدول ۴: تحلیل کوواریانس اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر بعد شناختی - عاطفی افسردگی نوجوانان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P	اندازه اثر
پیش آزمون	۲۶۲/۳۱	۱	۲۶۲/۳۱	۳۸/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸
گروه	۶۴۶/۹۳	۱	۶۴۶/۹۳	۹۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷
خطا	۱۸۳/۸۱	۲۷	۶/۸۰			

بحث و نتیجه گیری

بر علائم افسردگی نوجوانان مؤثر بوده است و میزان این تأثیر ۰/۸۹ بود.

یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش زمستانی، داوودی و محراب زاده (۵)، هویکو و همکاران (۱۷)، کاپلیز و مور (۱۸) همخوانی داشته و با نتایج پژوهش بیگدلی و رحیمیان بوگر (۱۶) مغایرت دارد.

در تبیین دلایل احتمالی این نتیجه می‌توان گفت که هدف فعال سازی رفتاری، افزایش رفتارهایی است که احتمالاً منجر به دریافت پاداش در بیمار می‌شوند. پاداش‌ها ممکن است درونی (مانند لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی)

این پژوهش تأثیر درمان فعال سازی رفتاری متناسب با نوجوانان و بررسی اثر آن بر کاهش علائم افسردگی نوجوانان مقطع اول دبیرستان ناحیه ۲ شهر یزد را بررسی کرده است. از مجموع نتایج می‌توان چنین استنباط کرد:

۱- آموزش درمان فعال سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر کاهش علائم افسردگی نوجوانان مؤثر است.
نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت علائم افسردگی بین دو گروه آزمایش و گواه در پس آزمون معنادار است و این نشان می‌دهد که درمان فعال سازی رفتاری متناسب با نوجوانان



در تبیین دلایل احتمالی این نتیجه می‌توان گفت که در درمان فعال‌سازی رفتار به نوجوانانی که افسرده هستند، آموزش داده می‌شوند در صورت بروز افکار منفی، به سرعت آن‌ها مواضع خود را تغییر داده و به جای تسلیم شدن در برابر این افکار به رفتارهای فعال‌تر پردازد. لذا از این طریق فعال‌سازی رفتار باعث بهبود افسردگی نوجوانان می‌شود. افسردگی در نوجوانان، دارای اثرات منفی روحی و روانی بسیار است، هم چنین علاوه بر اثرات روحی و روانی دارای اثرات نامطلوب جسمی مانند کم‌خوابی، پریشانی، بی‌حوصلگی و ... است. بنابراین هنگامی که درمان فعال‌سازی رفتار باعث بهبود افسردگی در نوجوان می‌شود بالطبع فرد از لحاظ جسمانی نیز بهبود یافته و اثرات و نشانه‌های جسمانی افسردگی نیز در او کاهش می‌یابد.

۳- درمان فعال‌سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر بعد شناختی-عاطفی افسردگی نوجوانان مؤثر است.

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس می‌توان گفت که تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار است ($P = 0/001$). این نتایج بدان معناست که فعال‌سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر بعد شناختی-عاطفی افسردگی نوجوانان مؤثر بوده است و میزان این تأثیر $0/77$ است.

یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش زمستانی، داوودی و محراب زاده (۵)، هوپکو و همکاران (۱۷) و امیری و همکاران (۱۵) هم خوانی دارد.

در تبیین دلایل احتمالی این نتیجه می‌توان گفت که نوجوانان به دلیل شرایط خاص سنی خود، نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد باعث تشدید انزوای اجتماعی و تقویت مشکلات شناختی آن‌ها

باشند. یک نوجوان وقتی با این پاداش‌ها مواجه می‌شود به بهبود خلق وی کمک می‌کند. درمان فعال‌سازی رفتاری راهبرد شکستن تکالیف دشوار را به عناصر ساده‌تر به کار می‌برد. بنابراین فرد افسرده با اجرای این راهبرد می‌تواند به شیوه پیش‌رونده به موفقیت‌هایی دست یابد و این نیز متعاقباً دست‌یابی به تقویت مثبت را تسهیل می‌کند. این رویکرد بیماران افسرده را تشویق می‌کند تا با وجود احساس خستگی و غمگینی فعال‌تر شوند و یا سعی کنند تا تکالیف رفتاری مرتبط با فرآیند درمان را انجام دهند، حتی اگر هیچ انگیزه‌ای برای انجام دادن این کار نداشته باشند. چنین فرآیندی به مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق می‌گردد. مارتل، آدیس و دیمیجیان (۲۲) نیز پیشنهاد کرده‌اند که علت اثربخشی این درمان می‌تواند این باشد که در حین درمان افراد یاد می‌گیرند که سبک زندگی‌شان را عوض کنند و قانون جدیدی را در زندگی‌شان دنبال می‌کنند یعنی در هنگامه احساس غم و افسردگی به جای آن که خاموش و غیرفعال شوند؛ برعکس فعال می‌شوند.

۲- درمان فعال‌سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر بعد جسمی عاطفی افسردگی نوجوانان مؤثر است.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار است ($P = 0/001$). این نتایج بدان معناست که درمان فعال‌سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر بعد جسمی-عاطفی افسردگی نوجوانان مؤثر بوده است و میزان این تأثیر $0/75$ است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش زمستانی، داوودی و محراب زاده (۵)، هوپکو و همکاران (۱۷) و امیری و همکاران (۱۵) هم خوانی دارد.



می‌گردد. دیدگاه شناختی افسردگی حاصل افکار خود آیند، طرح‌واره‌ها و برداشت‌های منفی فرد از خود، دنیا و آینده است. لذا درمان فعال‌سازی رفتار به نوجوانان کمک می‌کند تا به هنگام تفکر منفی در باب یک مسئله با فعال‌تر شدن، این تفکر منفی کم‌کم کاهش یافته و در نتیجه جنبه شناختی افسردگی بهبود می‌یابد.

با افزایش چشمگیر هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی که امروزه در تمام جوامع شاهد آن هستیم، درمان‌های کوتاه‌مدت، آزمون شده و اثربخش‌تر از اقبال بیشتری برخوردار شده‌اند. درمان‌هایی که در زمان کوتاه‌تری اثرات درمانی مشابهی با درمان‌های بلندمدت دارند، اجرای گروهی آن‌ها نیز به‌اندازه‌ی اجرای فردی مؤثر است، درمان‌گزارانشان نیاز به آموزش کمی داشته یا اصلاً به درمانگر نیاز نداشته باشند و هزینه مالی کمتری را برای درمان‌جویان در بردارند، نسبت به درمان‌های دیگر در اولویت قرار می‌گیرند. این مطالعه اطلاعات جدیدی در زمینه تأثیر یکی از این درمان‌های نوین یعنی درمان فعال‌سازی رفتار بر کاهش افسردگی نوجوانان شهر یزد ارائه داد. نتایج این مطالعه بیانگر آن است که مشاوران و روانشناسان می‌توانند با استفاده از درمان فعال‌سازی رفتار، میزان افسردگی نوجوانان را بهبود بخشیده و سبب افزایش انگیزه آنان شوند که موفقیت تحصیلی، موفقیت در زندگی و روابط اجتماعی مناسب آنان را در پی خواهد داشت.

محدودیت‌های پژوهش

۱- از آنجا که جامعه آماری پژوهش کلیه نوجوانان مقطع اول دبیرستان شهر یزد بوده است، لذا در تعمیم آن باید دقت کرد.

۲- به دلیل محدودیت زمانی پژوهش، پیگیری تداوم نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر امکان‌پذیر نبود.
۳- از محدودیت‌های دیگر پژوهش می‌توان به محدود کردن ابزار جمع‌آوری اطلاعات به پرسشنامه اشاره نمود.
۴- با توجه به اینکه این روش درمانی یک روش جدید است، میزان اطمینان داشتن بیمار به اثربخشی آن در کاهش افسردگی بسیار مؤثر است.

پیشنهادها

۱- آنجا که در پژوهش حاضر درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری توانست علائم افسردگی نوجوانان را کاهش دهد، استفاده از این روش می‌تواند برای سیستم‌های ارائه‌کننده خدمات روان‌شناختی برای نوجوانان و جوانان و درمان‌جویان فواید زیادی را در برداشته باشد. از یک سو، با فراهم نمودن امکان دسترسی سریع و به‌موقع درمان‌جویان به درمان مانع ایجاد مضرات مادی و روان‌شناختی در درمان‌جویان می‌شود. زیرا موجب کاهش سریع‌تر پریشانی روان‌شناختی آن‌ها می‌شود، جلوی افزایش شدت علائم را می‌گیرد و مانع از ایجاد عواقب شغلی، تحصیلی و اجتماعی برای فرد می‌شود.

از سوی دیگر، مراکز ارائه‌کننده خدمات روان‌شناختی برای بیماران افسرده می‌توانند سطح وسیع‌تری از جامعه را تحت پوشش قرار دهند که از نظر هزینه‌های مالی می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های بهداشتی جامعه شود. به‌علاوه به‌طور کلی مداخلات به‌موقع و پیشگیرانه از هزینه‌های درمانی بعدی می‌کاهند.

۲- با توجه به مبانی نظری که بحث شد و هم‌چنین با توجه به



تشکر و قدردانی

از تمامی عزیزانی که در اجرای این پژوهش به ما یاری نمودند بسیار سپاسگزاریم به ویژه دانش آموزان و والدین محترم آنها که در پژوهش شرکت داشتند و مدیران محترم مدارس که زمینه اجرای پژوهش را فراهم نمودند.

یافته‌های پژوهشی داخل و خارج از کشور و نیز پژوهش حاضر می‌تواند به این نتیجه رسید که درمان فعال‌سازی رفتار را به عنوان یک درمان حرفه‌ای در جهت کاهش میزان افسردگی نوجوانان می‌توان در نظر گرفت. و مشاوران محترم می‌توانند با استفاده از این روش به درمان مؤثر و سریع‌تر مراجع بپردازند.

References

- 1-Jenasbadi H. Nasetizae N. Compared aggression, anxiety and depression in high school adolescents 14-19 years of Saravan. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery. 2011; 32: 149-57. [Persian]
- 2-Annisi J, Fathi Ashtiani A. Assess the reliability and validity of the Beck Scale for Suicidal Ideation soldiers. Journal of Military Medicine. 2005; 7 (1): 33-7. [Persian]
- 3-Shafipour FA. Torabi M. The relationship between organizational learning by reducing anxiety, depression, and feelings of attachment occupational therapy services in private hospitals in Isfahan. the first annual conference of modern management. (2012). Gorgan, available at: http://www.civilica.com/Paper-CMMS01-CMMS01_101.html
- 4-Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: Consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2000; 30: 497-510.
- 5-Zemestani M, Davoodi I, Mehrabi Zade M, et al. Efficacy of behavioral activation therapy on symptoms of depression, anxiety and rumination in patients with depression and anxiety. the Journal of Clinical Psychology. 2013; 20: 73-85. [Persian]
- 6-Codat A. Mouren-Simeoni MC. Selective serotonin reuptake inhibitors and depression in the child and adolescent. Encephale. 2000; 26(3): 53-60.
- 7-Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A, Moravveji SA, et al. compared the effects of fluoxetine and fluvoxamine in depressed children and adolescents. Journal of grace. 2014; 18(3): 211-20.
- 8-Bakhshayesh AR. Dehghani F. The relationship between personality type D, coping styles and Public Health. Journal of Psychology and Personality. (2013); 9: 43-52. [Persian]



- 9-Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. In: Friedman R.J. Katz M.M. editors. Psychology of depression: Contemporary theory and research. Oxford, England: Wiley. 1974. 157–78.
- 10-Parhoon H, Moradi A, Hatmy M, et al. Comparison of short-term behavioral activation therapy and cognitive therapy to reduce the severity of symptoms and improve the quality of life in patients with major depressive disorder. Journal of Research in mental health. 2012; 6(4): 36-52.
- 11-Reisi J, Parva R, Momeni. Kh. The impact of behavioral activation therapy on depressive symptoms Mdr short, mental health and quality of life of patients with opioid abuse. Monthly Journal of Kermanshah University Pzshkky. 2014; 19(2): 74-83.
- 12-Hunnicut-Ferguson K, Hoxha D, Gollan J. Exploring sudden gains in behavioral activation therapy for major depressive disorder. Behav Res Ther. 2012; 50(3): 223-30.
- 13-Mirzaee M, Fereydooni S. Behavioral activation. 2th ed. Iran; Arjomand publication. 2012: 47-138.
- 14-Ghaemmagham Farahani Z, Rahimian B, Najafi M, et. compared the efficacy of behavioral activation with or without family support to reduce anxiety in patients with coronary heart disease. Journal of behavioral Sciences Research. 2012; 10(2): 79- 89. [Persian]
- 15-Amiri M, Yekkeh Yazdandoost F, Tabatabai SM. The effectiveness of behavioral activation therapy in reducing depressive symptoms and improving general health and quality of life of therapeutic community. Journal of Addiction Research. 2009; 32: 93-106 [Persian].
- 16-Bigdeli I, Rahimian I. The effectiveness of behavioral activation therapy and contractors on depression, anxiety and marital stress in coronary heart disease. Journal of Clinical Psychology. 2010; 4(8): 19-28. [Persian]
- 17-Hopko DR, Lejuez CW, Hopko SD. Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. Clinical Case Studies. 2004; 3: 37-48.
- 18-Cappelliez Ph, Moore E. Effects of lithium on an amphetamine animal model of bipolar disorder. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 1990; 14(3): 347-358.
- 19-Parker G, Gladstone G, Chee KCh. Depression in the Planet's Largest Ethnic Group. The Chinese. The American Journal of Psychiatry. 2001; 158(6): 857-65.



20-Vergara VL, Robert JE. An application of behavioral activation therapy for major depressive disorder in the context of complicated grief, low social- economic status, an ethnic minority status. *Clinical case studies*. 2015; 14 (4): 247-61.

21-Mir G, Meer S, Cottrell D, McMillan D, et al. Adapted behavioral activation for the treatment of depression in Muslims. *Journal of Affect Disorder*. 2015; 21(5): 180-190.

22-Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. *Depression in context: strategies for guided action*. New York: Norton. 2001: 143-217.