

# The Effectiveness of Behavioral Activation Therapy on Depression Symptoms and Cognitive-Behavioral Avoidance for Students

**Ali Mohammad Valian:** M.A. in counseling, department of counseling, faculty of education and psychology, Shahid Chamran university of Ahwaz, Ahwaz, Iran. aliyan1604@gmail.com

**Mansour Sudani\*:** Associate professor, department of counseling, faculty of education and psychology, Shahid Chamran university of Ahwaz, Ahwaz, Iran. sodani\_m@scu.ac.ir

**Khadija Sharalinia:** Assistant professor, department of counseling, faculty of education and psychology, Shahid Chamran university of Ahwaz, Ahwaz, Iran. k.shiralinia@scu.ac.ir

**Reza Khojasteh Mehr:** Professor, department of counseling, faculty of education and psychology, Shahid Chamran university of Ahwaz, Ahwaz, Iran. khojasteh\_r@scu.ac.ir

## Abstract

**Introduction:** One of the common psychological problems among dormitory students is depression and its symptoms. The aim of this study was to examine the effectiveness of group behavioral activation (BA) on depression and cognitive-behavioral avoidance in University student.

**Methods:** This study is a experimental design study with a pretest/post-test and follow-up with a control group. Sixty dormitory students of Andimesh were randomly selected by availability sampling method and randomly assigned to a BA treatment group (n=30) and a wait-list control group(n=30).The treatment group received eight-weekly BA sessions. The Beck depression inventory and The Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAD) were used as outcome measures, before and after the intervention with a one-month follow-up. Data analyzed with multivariate analysis of covariance.

**Results:** The results showed that behavioral activation therapy was effective in reducing symptoms of depression ( $P<0.01$ ,  $F=11.26$ ) and cognitive-behavioral avoidance ( $P<0.05$ ,  $F=7.02$ ).

**Conclusions:** Results showed that behavioral activation therapy on depression symptoms, and cognitive-behavioral avoidance was effective. Given the efficacy of BA treatment on depression symptoms and cognitive-behavioral avoidance, BA therapy could be an alternative for the clients that seek for effective and short-time treatment in university counseling centers.

## Keywords

Behavioral Activation Therapy

Depression

Cognitive-Behavioral Avoidance

\*Corresponding Author  
Study Type: Original  
Received: 20 Feb 2017  
Accepted: 13 Jun 2017

Please cite this article as follows:

Valian A , Sudani M, Sharalinia K and Khojasteh Mehr R. The effectiveness of behavioral activation therapy on depression symptoms and cognitive-behavioral avoidance for students. Quarterly journal of social work. 2016; 5 (4); 25-31

# بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی، اجتناب شناختی-رفتاری دانشجویان

علی محمد ولیان: کارشناس ارشد مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.  
aliyan1604@gmail.com

منصور سودانی\*: دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. sodani\_m@scu.ac.ir  
خدیجه شیرالی‌نیا: استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.  
k.shiralinia@scu.ac.ir

رضا خجسته مهر: استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. khojasteh\_r@scu.ac.ir

## چکیده

**مقدمه:** یکی از مشکلات و ناراحتی‌های روانی شایع در بین دانشجویان خوابگاهی، افسردگی و وجود نشانه‌های آن است. هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی، اجتناب شناختی-رفتاری دانشجویان بود. **روش:** در این طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل، تعداد شصت نفر از دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های مرکز آموزش عالی امام رضا (ع) اندیمشک به شکل نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه کنترل قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه افسردگی، پرسشنامه اجتناب شناختی-رفتاری بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

**نتایج:** نتایج پژوهش نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی ( $F=11/26$ ,  $P<0/01$ ) و اجتناب شناختی-رفتاری ( $F=7/02$ ,  $P<0/05$ ) اثربخش بوده است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و اجتناب شناختی-رفتاری اثربخش بوده است. با توجه به اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر علائم افسردگی و اجتناب شناختی-رفتاری، درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند برای مراجعینی که جهت دریافت درمان کارآمد و کوتاه مدت به مراکز مشاوره دانشجویی مراجعه می‌کنند، گزینه درمانی مناسبی باشد.

## واژگان کلیدی

درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری

افسردگی

اجتناب شناختی-رفتاری

\* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۲۳

علی محمد ولیان، منصور سودانی، خدیجه شیرالی‌نیا و رضا خجسته مهر. بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی، اجتناب شناختی-رفتاری دانشجویان. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۵؛ ۵ (۴): ۲۵-۳۱

نحوه استناد به مقاله:

## مقدمه

دانشجویان، آینده‌سازان جوامع به حساب می‌آیند و در کشور ما به دلیل جوان بودن جمعیت، اهمیت آنها در اداره آینده کشور دو چندان می‌گردد. بنابراین سلامت جسم و به‌ویژه روان آنها با سلامت جامعه آینده و آینده کشور در ارتباط مستقیم می‌باشد. (۱) دانشجویان با عوامل تنش‌زای متعددی از جمله مشکل تطابق با سیستم آموزشی، آینده نامشخص، فشارهای درسی، شیوه جدید زندگی، به هم خوردن ساعات خواب و بیداری، زندگی در خوابگاه، کمبود زمان و امکانات تفریحی، توقعات والدین از پیشرفت آنان، امتحانات و انجام تکالیف درسی روبه‌رو هستند. (۲)

به‌علاوه دانشجویان ساکن در خوابگاه‌ها با مواردی همچون جدایی و دوری از خانواده، ناسازگاری با سایر افراد خوابگاه، و کافی نبودن امکانات بهداشتی و رفاهی موجود در خوابگاه‌ها، مواجه بوده که مجموع این عوامل، می‌تواند ناراحتی‌های روانی مختلفی را ایجاد کرده و باعث کاهش عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی دانشجویان خوابگاهی شود. (۳) یکی از این مشکلات و ناراحتی‌های روانی شایع در بین دانشجویان خوابگاهی، افسردگی و وجود نشانه‌های آن است. (۳) افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی می‌باشد. (۴) برآوردهای همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که شیوع طول عمر این اختلال بین سیزده تا نوزده درصد می‌باشد. (۵) افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود. (۶) 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 مختلفی استفاده می‌کنند. (۷) یکی از این سبک‌های مقابله‌ای، سبک اجتناب‌شناختی-رفتاری است. افرادی که از این سبک مقابله‌ای استفاده می‌کنند، چون از فعالیت‌های لذت بخش 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. (۸) 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 علایم آن شود. (۹ و ۱۰) توجه و رسیدگی خاص به بهداشت روانی این گروه سنی و اقدامات درمانی مناسب، مساله عمده‌ای است که باید با دقت بیشتری بدان پرداخت امروزه درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای افسردگی وجود دارند، اما تعداد کمی از آنها توانسته‌اند در کار آزمایشی‌های تصادفی بالینی، اثربخشی خود را به اثبات برسانند. عمده‌ترین این درمان‌ها عبارتند از: رفتار درمانی، روان‌درمانی بین فردی و شناخت درمانی. (۱۱) هرچند هر سه این درمان‌ها دارای اثر بخشی هستند، اما در میان آنها، تفاوت‌هایی از نظر میزان اثربخشی و با صرفه بودن وجود دارد. (۱۲) درمان فعال‌سازی رفتاری نوعی رفتار درمانی محض است که مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار است و از نظریه رفتاری افسردگی ریشه گرفته است. (۸) اثر بخشی این درمان در تحقیقات متعددی به اثبات رسیده است و نسبت به شناخت درمانی و دارو درمانی در درمان بیماران افسرده برتری دارد. (۱۳) 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 نا فعالی که با ایجاد مشکلات ثانویه اضافی، موجب تشدید افسردگی می‌شوند، مقابله می‌کنند. فعال‌سازی رفتاری به‌منظور کمک به افراد در نزدیک شدن و دسترسی به منابع تقویت مثبت در زندگی، که دارای کارکرد ضدافسردگی طبیعی هستند، طراحی شده است. (۸) در بزرگترین مطالعه‌ای که تاکنون در زمینه مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های افسردگی انجام شده است (۱۳) مشخص شد که درمان فعال‌سازی رفتاری در درمان بیماران افسرده‌ی شدید نسبت به دارو درمانی و درمان شناختی نتایج بهتری داشته است. لازم به ذکر است که این نتایج تا دو سال پیگیری حفظ شده است. در ایران نیز، درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش شدت علایم افسردگی و تغییر نگرش‌های ناکارآمد دانشجویان موثر بوده است. (۱۴) فعال‌سازی رفتاری در کاهش میزان مصرف مواد و میزان عود پس از ترک و نیز افزایش شاخص‌های سلامت روان سوء مصرف کنندگان مواد نیز موثر بوده است. (۱۵)

عطایی و همکاران (۱۶) در بررسی خود نشان داد که تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش معنادار نمرات افسردگی گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد شده است. ریشل و همکاران (۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش معنادار در علایم افسردگی و افزایش معنادار در نمره امیدواری نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MMD) می‌شود. آرمنتو و هوپکو (۱۸) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که

و اجتناب شناختی-رفتاری دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های مرکز آموزش عالی امام رضا(ع) اندیشک می‌باشد.

درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش قابل توجهی در افسردگی و علائم اضطراب و افزایش کلی کیفیت زندگی و عملکردهای پزشکی می‌شود. با توجه به آنچه گفته شد، هدف عمده‌ی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی

## روش

در این پژوهش از روش آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. قبل از مداخله از هر دو گروه در متغیرهای افسردگی، اجتناب شناختی-رفتاری پیش‌آزمون به‌عمل آمد. سپس، گروه آزمایشی (درمان فعال‌سازی رفتاری) به‌صورت مجزا تحت درمان قرار گرفت. ولی گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام دوره‌ی زمانی، بلافاصله از هر دو گروه در تمامی متغیرها پس‌آزمون به‌عمل آمد به‌منظور پیگیری نیز یک ماه پس از درمان، آزمودنی‌ها مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه آموزش عالی امام رضا(ع) اندیشک بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری به شکل تصادفی در دسترس بود. بدین ترتیب که ابتدا دو پرسشنامه، افسردگی بک و اجتناب شناختی-رفتاری در بین دو بیست نفر از دانشجویان توزیع شد. سپس از بین کسانی که در پرسشنامه افسردگی بک نمره بالا (بیست و بالاتر) را کسب کرده بودند، تعداد شصت نفر انتخاب و به‌شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی (درمان فعال‌سازی رفتاری) و گروه کنترل (لیست انتظار) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که سه جلسه غیبت از جلسات، به‌عنوان ملاک افت آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد و چنان چه فردی سه جلسه غیبت از درمان داشت داده‌های وی از تحلیل کنار گذاشته می‌شد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به تحقیق عبارت بودند از: کسب نمره بیست و بالاتر (افسردگی متوسط) در آزمون افسردگی بک، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی (دست‌کم از یک سال قبل از ورود به پژوهش)، داشتن حداقل هجده سال و حداکثر سی سال.

**الف) پرسشنامه افسردگی بک:** از نوع آزمون‌های خودسنجی است و ماده‌های آزمودن از بیست و یک ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف افسردگی تشکیل می‌شود. مطالعات مربوط به پایایی و روایی این آزمون رضایت بخش بوده، برای نمونه ضریب آلفای کرونباخ آزمون بک ۰/۸۲، بک و استیر ۰/۸۸ (۱۹) به‌دست آمده است. رجبی، عطاری و حقیقی (۲۰) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی دو نیمه‌سازی آزمون را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. همبستگی آن با فهرست افسردگی هامیلتون برابر با ۰/۷۳ با مقیاس خود سنجی زونک برابر با ۰/۷۶ و با فهرست افسردگی MMPI برابر با ۰/۷۴ است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه افسردگی ۰/۶۹ به‌دست آمد.

**ب) پرسشنامه اجتناب شناختی-رفتاری:** مقیاس اجتناب شناختی-رفتاری (CBAS) سی و یک گویه دارد که روی مقیاس لیکرت (یک) تا (پنج) پاسخ داده می‌شود. (۲۱) CBAS چهار خرده مقیاس اجتناب شناختی اجتماعی، اجتناب شناختی غیراجتماعی، اجتناب رفتاری اجتماعی، و اجتناب رفتاری غیراجتماعی دارد. میان خرده مقیاس‌های CBAS همبستگی درونی متوسط ۰/۳۹-۰/۵۷ وجود دارد. همسانی درونی کل و خرده مقیاس‌های شناختی غیراجتماعی، رفتاری غیراجتماعی، رفتاری اجتماعی، و شناختی اجتماعی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۷۸ گزارش شده است. همسانی درونی نسخه فارسی خرده مقیاس‌های اجتناب اجتماعی و غیراجتماعی در یک نمونه ۶۹۸ نفری در ایران به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۶۵ به‌دست آمده است. (۱۶) در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه اجتناب شناختی-رفتاری ۰/۷۲ به‌دست آمد.

## یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار برای کلیه‌ی متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول شماره یک ارائه شده است. میانگین (انحراف استاندارد) سن شرکت‌کنندگان ۲۴/۲۱ (۴/۳۰) بود. تعداد سی و هفت نفر (۲۲/۲٪) دانشجوی دوره کارشناسی و تعداد بیست و سه نفر (۳۸٪) نیز دانشجوی کارشناسی ارشد بودند.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی، اجتناب شناختی-رفتاری دانشجویان به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

| گروه   | متغیر                | پیش‌آزمون |              | پس‌آزمون |              |
|--------|----------------------|-----------|--------------|----------|--------------|
|        |                      | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار |
| آزمایش | افسردگی              | ۳۹/۷      | ۶/۰          | ۳۱/۸     | ۸/۵          |
|        | اجتناب شناختی-رفتاری | ۶۰/۷      | ۱۴/۹         | ۵۲/۲     | ۱۶/۳         |
| کنترل  | افسردگی              | ۳۲/۹      | ۲/۲          | ۳۳/۹     | ۳/۰          |
|        | اجتناب شناختی-رفتاری | ۶۱/۰      | ۱۸/۱         | ۶۰/۹     | ۱۷/۸         |

افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجموع مجذورات | F     | سطح معناداری |
|--------------|---------------|------------|-----------------------|-------|--------------|
| پیش‌آزمون    | ۴۰۴/۳۷        | ۱          | ۴۰۴/۳۷                | ۱۴/۵۳ | ۰/۰۰۱        |
| گروه‌ها      | ۳۱۳/۲۳        | ۱          | ۳۱۳/۲۳                | ۱۱/۲۶ | ۰/۰۰۲        |
| خطا          | ۱۰۲۹/۰۷       | ۵۷         | ۲۷/۸۱                 |       |              |

جدول (۳) نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های اجتناب-شناختی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجموع مجذورات | F     | سطح معناداری |
|--------------|---------------|------------|-----------------------|-------|--------------|
| پیش‌آزمون    | ۹۰۷۴/۹        | ۱          | ۹۰۷۴/۹                | ۲۳۴/۳ | ۰/۰۰۱        |
| گروه‌ها      | ۲۹۰/۸         | ۱          | ۲۹۰/۸                 | ۷/۰   | ۰/۰۱۲        |
| خطا          | ۱۵۳۲/۴        | ۵۷         | ۴۱/۴                  |       |              |

نتایج جدول مانکوا بیانگر آن هستند که بین دانشجویان گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی، اجتناب شناختی-رفتاری) تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به مندرجات جدول شماره دو، مقدار F در متغیر افسردگی برابر ۱۱/۲۶ است که در سطح ۰/۰۰۲ معنادار است، بدین معنا است که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به مندرجات جدول شماره سه، مقدار F در متغیر اجتناب شناختی برابر ۷/۰۲ است که در سطح  $P < ۰/۰۱$  معنادار است، این بدین معنا است که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر اجتناب شناختی تفاوت معناداری وجود دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری موجب کاهش علائم افسردگی و اجتناب شناختی-رفتاری در دانشجویان شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پیشین در این زمینه همسو است. (۱۶، ۱۷ و ۱۸) در تبیین این یافته می‌توان گفت که نظریه رفتاری افسردگی پیشنهاد می‌کند که درمان فعال‌سازی رفتاری به این دلیل اثربخش است که منجر به افزایش تقویت مثبت می‌گردد. (۲۲) 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 ارتقاء خلق بیمار کمک می‌کند. (۲۳) 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 یابند و این نیز متعاقباً دستیابی به تقویت مثبت را تسهیل می‌کند. (۲۲) مارتل و همکاران (۲۴) 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 رخدادها و 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 فعال‌سازی رفتاری است که به نقش الگوهای ناکارآمد اجتناب و عدم فعالیت در رشد و حفظ افسردگی می‌پردازد و مداخله‌های درمانی مبتنی بر این نظریه روی این موضوع تأکید می‌کند که به مراجعان آموزش داده شود با الگوهای رفتاری غامض روبرو شوند. (۱۰) فعال‌سازی رفتاری به درمانجویان کمک می‌کند با فعال‌سازی ساختاریافته و مسأله‌گشایی مؤثر به جنگ با اجتناب بروند. درمانجویان در این درمان یاد می‌گیرند، الگوهای اجتنابی خود را شناسایی کنند، برای نزدیک شدن و درگیر شدن با مسائل، راهبردهای



انتظار قرار دارند. این روش درمانی می‌تواند به‌منظور کاستن از ناراحتی و پریشانی آن‌ها اعمال شود. همچنین به افراد آموزش دهد تا اجتناب خود را متوقف کرده و به شکلی متفاوت با آنچه تا به حال انجام می‌دادند، مقابله کنند و افراد یاد می‌گیرند به جای استفاده از الگوها و رفتارهای اجتنابی که منجر به افسردگی بیشتر می‌شود، رفتارهای مقابله جایگزین را آزمایش کنند و در نتیجه باعث کاهش رفتارهای منفعلانه و اجتنابی و بهبود علائم افسردگی می‌شود.

مقابله‌ای جایگزین را به‌کار گیرند. (۱۰) درمان فعال‌سازی رفتاری علاوه بر کاهش علائم افسردگی، در حذف الگوهای اجتنابی و در نتیجه کاهش اجتناب شناختی-رفتاری در افراد افسرده مؤثر است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و اجتناب شناختی-رفتاری اثربخش بوده است. با توجه به این که پژوهش حاضر بر اساس رویکرد ابعادی به آسیب‌شناسی روانی انجام شده است، می‌توان این احتمال را مطرح نمود که نتایج این پژوهش را می‌توان به جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی تعمیم داد. این روش درمانی را می‌توان برای کسانی که از علائم افسردگی در رنج هستند، به‌عنوان روش تسکینی سریعی، به‌کار گرفت. برای نمونه در مراکز مشاوره‌ای که عده‌ای از مراجعان در صف

#### محدودیت‌ها

زمان پیگیری با توجه به مشکلات وقت از لحاظ دفاع، کوتاه مدت بود. و همچنین، به دلیل آنکه جامعه حاضر دانشجویان بودند، در تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش به جمعیت‌های غیر دانشجویی باید احتیاط نمود.

#### پیشنهادهای

مسئلاً تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی این مداخلات را با کنترل جنسیت در شدت‌های مختلف افسردگی، در مقایسه با دارو درمانی و بر روی بیماران بالینی مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناسی و روانپزشکی اجرا نمایند. در بخش کاربردی، این روش درمانی را می‌توان برای کسانی که از علائم افسردگی در رنجند، به‌عنوان یک روش مؤثر، تأیید شده، کارآمد در زمان کوتاه، در درمان افسردگی و علائم آن، به‌کار گرفت. و همچنین فعال کردن مراکز مشاوره‌ای در خوابگاه‌های دانشجویی و توجه جدی به بهداشت روانی دانشجویان خوابگاهی، با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های قبلی در این زمینه، یک ضرورت می‌باشد.

#### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه شهید چمران اهواز است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه پرسنل و دانشجویان مرکز آموزش عالی امام رضا(ع) اندیمشک و تمامی افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند تقدیر و تشکر به‌عمل آورند.

#### منابع

##### References:

1. Rezaei M, Azadi A, Ahmadi, F. Compare rates of depression, anxiety, stress and quality of life for male and female students living in student dormitories, Journal of Nursing Research. 2006; 2 (4-5): 31-38. [Full Text in Persian]
2. Arshadikyay B, Shajari F, Tayebi M, Yaghoobi Far, A. Prevalence of depression and its risk factors in students of Sabzevar University of Health and paramedics. 2011. [Full Text in Persian]
3. Aghakhani N, Baghaei R. Depression in Medical Science University of Western Azerbaijan province. National Congress of nursing in the prevention of mood disorders and disabilities, Shiraz University of Medical Sciences. 2000: 15-12. [Full Text in Persian]
4. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, Roura P, Bertsch J, Mercader M, Haro JM. 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. 2010 Feb 1;45(2):201-10.

5. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*. 2005 Oct 1;62(10):1097-106.
6. Kaplan H, Saduk B. Summary of psychiatry, behavioral science and clinical psychiatry. *Trans. Purafkary*. 2013 (10th). [Full Text in Persian]
7. Blalock JA, Joiner Jr TE. Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive therapy and research*. 2014 Feb 1;24(1):47-65.
8. Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S. Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice*. 2001 Sep 1;8(3):255-70.
9. Fester CB. A functional analysis of depression. *American Psychologist*. 1973; 28 (10): 857-870.
10. Dimidjian S, Barrera Jr M, Martell C, Muñoz RF, Lewinsohn PM. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2011 Apr 27;7:1-38.
11. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008 Dec;76(6):909.
12. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, Gortner E, Prince SE. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996 Apr;64(2):295.
13. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, Gallop R, McGlinchey JB, Markley DK, Gollan JK, Atkins DC. 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*. 2006 Aug;74(4):658.
14. Jalili A. Effectiveness in reducing depressive symptoms and behavioral activation therapy in reducing the impact of dysfunctional attitudes. Thesis MA in Clinical Psychology, Institute of Psychiatry Tehran. 2006. [Full Text in Persian]
15. Goudarzi N. The Effectiveness of Group Contracting and Behavioral Activation Therapy for the treatment of opioid use disorders. Health Psychology PhD thesis, Tehran University. 2006. [Full Text in Persian]
16. Ataei S, Fata L, Abhari Ahmadi SA. Rumination avoidance of cognitive - behavioral depression in people with social anxiety disorder: comparison of two floors and spectral class perspective, *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2013; 19 (4): 283-295. [Full Text in Persian]
17. Ritschel LA, Ramirez CL, Jones M, Craighead WE. Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2011 May 31;18(2):281-99.
18. Armento ME, Hopko DR. Behavioral activation of a breast cancer patient with coexistent major depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies*. 2009 Feb 1;8(1):25-37.
19. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*. 1988 Dec 31;8(1):77-100.
20. Rajabi GR, Attari Y, Haghighi J. Factor analysis of the questionnaire Beck (BDI-21) on the male student Shahid Chamran. 2001; 3 (8): 49- 66. [Full Text in Persian]
21. Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: the construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour research and therapy*. 2004 Mar 31;42(3):293-313.
22. Mazzucchelli TG. Behavioural activation interventions for depression and well-being (Doctoral dissertation, Curtin University of Technology, School of Psychology and Speech Pathology). 2014.
23. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. Guilford press; 2011 Oct 26.
24. Martell C, Addis M, Dimidjian S. Finding the Action in Behavioral Activation: The Search for Empirically Supported Interventions and Mechanisms of Change. 2013.