

بررسی رابطه بین افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، تنیدگی‌های روزانه و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه تهران

رضا پورحسین^۱، فرزاد فرهودی^۲، محسن امیری^۳، محمود جانبرزگی^۴، اکرم رضایی بیداخویدی^۵،
فاطمه نوراللهی^۶

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۵

تاریخ وصول: ۹۲/۸/۲

چکیده

تحقیق حاضر با هدف بررسی رابطه بین افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، تنیدگی‌های روزانه و سلامت روانی در دانشجویان انجام گرفته است. ۲۶۵ دانشجوی دانشگاه تهران مطالعه شدند. از آزمودنی‌ها خواسته شد تا به مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی بک به همراه مقیاس‌های سلامت روانی، تنیدگی‌های روزانه و تاب‌آوری پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد. رابطه میان افکار خودکشی با تاب‌آوری و عزت نفس منفی و معنادار بود. همچنین متغیرهای اضطراب، افسردگی، سلامت روانی و تنیدگی‌های روزانه دارای همبستگی مثبت با افکار خودکشی بودند. بر اساس نتایج تحلیل

(نویسنده مسئول) prhosein@ut.ac.ir

۱. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تهران

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران

amiri2156@gmail.com

۳. کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه تهران

۴. کارشناس ارشد مدیریت دولتی و رئیس اداره بهزیستی شهرستان ازنا

۵. کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد، واحد علوم و تحقیقات اراک

۶. کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه تهران

رگرسیون، افسردگی بیشترین سهم را در پیش‌بینی افکار خودکشی ایفا می‌کرد و بعد از آن متغیرهای اضطراب، سلامت روانی، تاب‌آوری و تنیدگی‌های روزانه در این پیش‌بینی قرار گرفتند. این متغیرها بر روی هم ۲۱ درصد واریانس افکار خودکشی را تبیین کردند. شناخت مسائل و مشکلات روان‌شناختی و سلامت روانی از قبیل اضطراب و افسردگی و عوامل دیگری همچون تاب‌آوری و تنیدگی‌های روزانه به عنوان متغیرهای مهم در فهم خودکشی و افکار مربوط به آن نقش مهمی را ایفا می‌کنند.

واژگان کلیدی: افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، تنیدگی‌های روزانه، سلامت روانی.

مقدمه

خودکشی به عنوان یک مشکل سلامت عمومی اساسی در سراسر جهان شناخته شده و به صورت یک دغدغه و مشکل اساسی برای روان‌پزشکان، روان‌شناسان و دیگر متخصصانی که به نحوی با مسائل سلامت روان‌شناختی و بهزیستی جوانان درگیر هستند مطرح می‌باشد (لوین، ۲۰۰۸). این پدیده همچنین به عنوان سومین علت عمده مرگ و میر در میان جوانان و نوجوانان به حساب می‌آید (والدوگل، راتر و ابرگ، ۲۰۰۸). اختلالات روان‌شناختی و عوامل اجتماعی-زیستی عوامل خطر ساز مرتبط با این مشکل را تشکیل می‌دهند و از طرف دیگر مرگ در نتیجه آسیب‌های خود انگیخته حدود ۱/۵ درصد از کل مرگ و میر در هر دو جنس زن و مرد را تشکیل داده و در رده دوم علت اصلی مرگ و میر در میان افراد ۱۵ تا ۳۴ ساله در مجموعه‌ای از کشورهای اروپایی و چین قرار گرفته است (مورای و لوپز، ۱۹۹۶). و دهمین علت اصلی مرگ و میر در سرتاسر جهان در همه گروه‌های سنی را تشکیل می‌دهد (شیخ‌الاسلامی و همکاران، ۱۳۸۶). پژوهش‌های انجام گرفته در داخل کشور نیز مبین این مطلب می‌باشند که بالاترین میزان خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۵ سال اتفاق افتاده است (قلعه‌ایها، ۱۳۸۵).

همچنین بر طبق پژوهش‌های انجام گرفته افزایش قابل توجهی در درصد رفتارهای خودکشی گرایانه، افکار خودکشی و تلاش‌های منجر به مرگ و میر در بسیاری از کشور های در حال توسعه در ده سال گذشته رو به افزایش گذاشته است (بناتریس، ۲۰۰۳).

عوامل بسیار زیادی می‌توانند باعث افزایش خطر اقدام به خودکشی در میان جوانان گردند. این عوامل خطر در سطوحی از کمترین میزان خطر تا بیشترین آن در طبقه‌هایی مانند عوامل فردی، خانوادگی، جمعیت شناختی، عوامل محیط اجتماعی و استرس‌های روزانه جای داده شوند. هر کدام از این عوامل خطر می‌توانند به عنوان عاملی برای افزایش اقدام به خودکشی و خودکشی موفقیت آمیز به شمار روند. از جمله عواملی که می‌تواند خطر کمی برای اقدام به خودکشی داشته باشند از مشکلات جزئی در خانواده و محیط تحصیل شروع شود و به احساس غمگینی گاه به گاه اما بدون وجود سابقه افسردگی در فرد ختم شود. به علاوه افرادی که در معرض خطر متوسط برای اقدام به خودکشی هستند؛ افکاری در مورد خودکشی، علامت‌های رایج افسردگی، اضطراب و مشکلات کنترل خلق را از خود نشان می‌دهند و از طرف دیگر افرادی که در معرض خطر بالا برای اقدام به خودکشی هستند ممکن است از خانه‌شان بیرون شده باشند، هیچ معنایی برای ادامه زندگی نداشته باشند و این‌گونه فکر کنند که اگر مرده بودند بهتر بود و از افراد خانواده و محیط تحصیلی متنفر باشند و از کلاس‌های خود غیبت کنند (آکادمی روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

از عوامل دیگری نیز که از عوامل زمینه ساز اقدام به خودکشی و افکار مربوط به آن در نظر گرفته شده است می‌توان از تنش و خیم و زیاد و تنیدگی شدید نام برد که به طور معناداری خطر خودکشی را افزایش می‌دهد (فیلیس، ۲۰۰۲). این وقایع تنیدگی زای زندگی به نوبه خود می‌تواند به عوامل خطر، افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه اضافه گردد و احتمال بروز ایده‌های خودکشی را افزایش دهد (والدوگل و همکاران، ۲۰۰۶ بناتریس، ۲۰۰۳). و از دیگر سو از آنجا که دانشجویان اغلب از جمعیتی جوان برخوردارند و با مشکلات فراوانی مانند جدا شدن از خانواده‌هایشان و ورود به محیطی نا آشنا و کنار آمدن با استانداردهای تحصیلی بالا

مواجه می‌باشند این امر منجر به درصد بالای تنیدگی و افسردگی در بین آنان شده و تحقیقات مبین این امر هستند که دانشجویان بیشتر از بقیه جوانان در معرض عوامل تنیدگی زا قرار گرفته و در این میان دختران بیشتر از پسران این امر را تجربه می‌کنند و در معرض اقدام به خودکشی و افکار آن قرار می‌گیرند. از عواملی که منجر به وجود تنیدگی و مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی در میان دانشجویان می‌شود می‌توان از متحمل شدن فشار مالی در دوران تحصیل، نگرانی نسبت به آینده شغلی، ضرب الاجل‌های تحصیلی و رعایت طول مدت تحصیل و کمبود حمایت اجتماعی به عمل آمده از آنها نام برد، که این عوامل به نوبه خود می‌تواند زمینه ساز اقدام به خودکشی در میان این جوانان باشد، پژوهش‌ها نیز ارتباط بالایی بین افسردگی، تنیدگی و دیگر مشکلات روانی، مصرف بیش از حد الکل و مواد مخدر و خودکشی را در میان دانشجویان را گزارش داده‌اند علاوه بر این در پژوهشی آچار (۲۰۰۰) به این نتایج دست یافت که دانشجویانی که فکر خودکشی را در سر داشتند، ۹۴/۸ درصد آنها در سال تحصیلی اشان چنان احساس افسردگی در خود حس می‌کردند که هیچ انگیزه و کارکردی را از خود نشان نمی‌دادند و ۹۴/۴ درصد آنان اعتقاد داشتند که احساس ناامیدی به شدت در عمق وجود آنان رسوخ کرده است (لوین، ۲۰۰۸).

از جمله خصوصیات شخصیتی که به نحوی با بروز افکار خودکشی گرایانه ارتباط دارند می‌توان خصوصیتی از قبیل عزت نفس پایین، مکان کنترل بیرونی، درماندگی، تکانش‌گری، پرخاشگری و برون‌گرایی را نام برد (بناتریس، ۲۰۰۳).

این عوامل تأثیر خود را بر روی خودکشی به راه‌های گوناگونی اعمال می‌کنند، از جمله راه‌هایی که این عوامل تأثیر خود را بر روی خودکشی می‌گذارند این است که خطرات ابتلا به مشکلات روان‌شناختی و آسیب‌های روان‌پزشکی را بالا می‌برند. علاوه بر این بیشتر از ۹۰ درصد افرادی که خودکشی موفقیت آمیزی داشته‌اند حداقل واجد معیارهای یک اختلال روان‌پزشکی در زمان مرگ بوده‌اند، که از جمله این موارد می‌توانیم به اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و رفتارهای ضد اجتماعی اشاره کرد (گولد و همکاران، ۲۰۰۳).

از دیگر عوامل مرتبط با افکار و اعمال خودکشی گرایانه عواملی از سبک پردازش شناختی است که بدبینی در مورد آینده، عزت نفس پایین و خودکارآمدی پایین را می‌توان در این مقوله جای داد که این عوامل به نوبه خود می‌توانند تأثیر خود را بر سلامت روانی افراد بر جای گذارند و باعث بالا رفتن یا پایین آمدن آن شوند. علاوه بر این عوامل دیگری از قبیل دلبستگی ایمن، حمایت والدینی، سطوح پایین روش‌های سخت‌گیرانه انضباطی والدین با سطوح پایین اضطراب، افسردگی، آشفتگی‌های هیجانی، افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه ارتباط دارد (واگنر، ۱۹۹۹ پرینستین و همکاران، ۲۰۰۰).

از طرف دیگر از عواملی که به فرد در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش زای زندگی کمک کرده و افراد را در برابر اختلالات آسیب شناختی و دشواری‌های زندگی در امان نگاه می‌دارد تاب آوری است (راتر، ۱۹۸۵).

تاب آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنیدگی، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، عزت نفس، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده است. این سازه از جمله فاکتورهایی است که از بروز مشکلات روانی در میان جوانان و نوجوانان جلوگیری به عمل می‌آورد و آنها را از بروز اثرات روانی رویداد های مشکل‌زا در امان نگاه می‌دارد (پینکوارت، ۲۰۰۸). تاب آوری به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آنها تعریف شده است (سیکچنی و گرامزی، ۱۹۹۳). همچنین چنین ذکر شده است که تاب آوری می‌تواند سلامت روانی افراد را تضمین و ارتقا دهد (پینکوارت، ۲۰۰۸)، علاوه بر این، این ظرفیت می‌تواند در طول زمان تغییر کند و ممکن است در صورت وجود عوامل حمایتی در فرد یا محیط، افزایش پیدا کند (هارتر، ۲۰۰۰).

پژوهش‌های بی‌شماری نشان می‌دهند که تاب آوری عامل مهمی در تعدادی از گروه‌های در معرض خطر چون کودکان و جوانان به حساب آمده و نقش میانجی بسیار مهمی را در بروز

بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی از خود نشان می‌دهد (مایلانت، کاوس، میهان، ۲۰۰۲ لی و کانفورد، ۲۰۰۸) علاوه بر این در پژوهشی که بر روی ۴۱ بیمار که سابقه اقدام به خودکشی داشتند پژوهشگران به این نتایج رسیدند که بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند به صورت قابل ملاحظه‌ای نمره پایینی را در خود تاب‌آوری در مقایسه با بیمارانی که هرگز اقدام به خودکشی نکرده‌اند را به دست آورده‌اند. این پژوهشگران همچنین بیان کرده‌اند که وجود تاب‌آوری پایین با بروز افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه ارتباط دارد (روی، سارچیون و کارلی، ۲۰۰۷).

از این رو محققان دیگر برای ارتقا سلامت روانی و جلوگیری از اقدام به خودکشی و افکار مربوط به آن در میان دانشجویان باید آموزش مهارت‌های تاب‌آوری و تشخیص و حل مشکلات روانی آنان از طرف مسئولین دانشگاه‌ها مهم تلقی شده و در دستور کار آنان قرار گیرد (لوین، ۲۰۰۸). از این رو و از آنجا که شواهد پژوهشی در مورد ارتباط بعضی از متغیرهای پیش‌گفته با افکار خودکشی در میان دانشجویان اندک به چشم می‌خورد این پژوهش به بررسی ارتباط متغیرهای پیش‌گفته با افکار خودکشی در میان دانشجویان پرداخته است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک طرح شبه تجربی (آزمایشی) با پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل مراجعان سرپایی زن مراکز خصوصی روان‌پزشکی و مراکز خدمات مشاوره و روان‌شناختی شهر تهران در سال ۱۳۹۰ که حداقل یک‌بار تشخیص اختلال افسردگی را توسط روان‌پزشک دریافت داشته بودند، تشکیل دادند. بر اساس ملاک‌های (DSMV-TR) با انجام مصاحبه بالینی ساختار یافته نشانگان اختلال افسردگی اساسی، ۲۲ نفر واجد ملاک‌های اختلال که در پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و مقیاس افسردگی هامیلتون نیز نمرات بالا کسب کردند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۰

نفر) جایگزین شدند. دامنه سنی ۲۳ تا ۴۲ و میانگین ۳۰/۷۷ سال با انحراف استاندارد ($SD=6$) بود. گروه آزمایش ۱۰ جلسه درمان فعال‌سازی رفتاری را به صورت هفتگی و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه دریافت کردند. این در حالی بود که گروه کنترل هیچ مداخله یا درمانی را دریافت نکرد و تنها در جلسات ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت کردند.

ملاک‌های ورود شامل دریافت تشخیص افسردگی اساسی توسط روان‌پزشک، موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایت‌نامه کتبی، داشتن تحصیلات حداقل سال سوم راهنمایی، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی از حداقل یک ماه قبل از ارزیابی، داشتن سن بالاتر از ۱۸ و کمتر از ۵۵ سال و ملاک‌های خروج شامل وجود سایر اختلالات روان‌پزشکی، مصرف مواد مخدر یا شرایطی که افسردگی قابل انتساب به اثرات مصرف دارو یا مواد مخدر باشد، ابتلا به اختلال خلقی دو قطبی. وجود عقب‌ماندگی ذهنی، ابتلاء آزمودنی به بیماری جسمی که افسردگی قابل انتساب به عوارض آن باشد و وجود تشنج و بیماری‌های نورولوژیک بود.

ابزار پژوهش

۱. مصاحبه بالینی ساختار یافته، برای اختلالات محور I ($SCID-I$): مصاحبه مذکور ابزاری انعطاف پذیر است که توسط فرست و همکاران (۱۹۹۶) تهیه شد. دوزوا و دابسون (۲۰۰۱) ضریب توافق کامل دو ارزیاب (با استفاده از نوار صوتی برای ارزیابی دوم) در مورد SCID گزارش نموده‌اند. در بررسی که توسط بختیاری (۱۳۷۹) در ایران انجام شد و روایی محتوایی و صوری نسخه ایرانی توسط سه تن از اساتید روان‌شناسی بالینی تأیید شد و پایایی آن با آزمون-آزمون مجدد در طی یک هفته ۰/۹۵ گزارش شد. شریفی و همکاران (۱۳۸۳)، این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند، توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی و کلی متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد).

۲. پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم ($BDI-II$): این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، استر

و براون، ۱۹۹۶). این پرسش‌نامه با مقیاس درجه بندی هامیلتون، همبستگی ۰/۷۱ دارد و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۱ می‌باشد، همسانی درونی این پرسش‌نامه نیز ۰/۹۱ گزارش شده است (بک، استر و براون، ۱۹۹۶). مشخصات روان‌سنجی این پرسش‌نامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه، ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۴ بوده است (فتی و همکاران، ۱۳۸۴).

۳. *مقیاس افسردگی هامیلتون (HRS-D)*: این مقیاس توسط درمانگر یا مصاحبه کننده از بیمار پرسیده می‌شود و شدت علائم افسردگی را ارزیابی می‌کند و هم علائم زیستی و هم علائم رفتاری افسردگی را می‌سنجد (بیلینگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). میانگین نمره‌ها برای بیماران بستری برابر با ۳۲/۵، ۴۲/۵، ۴۳ (شواب به نقل از داداشی زاده، ۱۳۷۷). و میانگین ۳۰/۶ برای افسردگی‌های شدید و ۲۳/۹ برای افسردگی‌های نروتیک گزارش شده است و بعلاوه برای بیماران سرپایی میانگین‌های ۲۵ و ۲۷ و ۲۳ گزارش گردیده است (شواب، به نقل از داداش زاده، ۱۳۷۷). در پژوهش حاضر برای جلوگیری از خطای سوگیری که ممکن است به پژوهشگر نسبت داده شود، مقیاس افسردگی هامیلتون توسط متخصص روان‌شناس دیگری مورد ارزیابی قرار گرفت.

۴. *پرسش‌نامه WHOQOL-BREF*: این پرسش‌نامه، فرم کوتاه پرسش‌نامه WHOQOL-۱۰۰ است، که بعد از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سوالات آن تدوین شده و شامل ۲۶ سوال است. (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۹). اسکوینگتون^۲، لطفی^۳ و آکانل^۴ (۲۰۰۴) ویژگی‌های 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

1. Bieling
2. Skevington
3. Lotfy
4. Connell

۰/۸۲، برای سلامت روانی ۰/۸۱، برای سلامت محیط ۰/۸۰ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۸ به دست آمد. روایی این ابزار با استفاده از دو روش روایی افتراقی و روایی ساختاری بررسی و قابل قبول گزارش شد (اسکوینگتون، لطفی و اکانل، ۲۰۰۴).

نجات، و همکاران (۱۳۸۵) به ترجمه و استاندارد سازی این ابزار پرداختند نمونه آنان ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران را که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، در بر می گرفت. در روش بازآزمایی، شاخص همبستگی درون خوشه‌ای هر چهار حیطه این مقیاس بالای ۰/۷ گزارش شد. آلفای کرونباخ همه حیطه‌ها نیز، جز حیطه روابط اجتماعی با آلفای ۰/۵۵، بالای ۰/۷ بود که روی هم رفته این پرسش نامه از روایی و پایایی خوب و قابل قبولی برای ایرانیان برخوردار است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵).

۵. درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت: درمان فعال‌سازی رفتاری شیوه مداخله‌ای کوتاه مدت است که شامل جلسات درمانی مبتنی بر راهنمای عملی نسخه تجدید نظر شده که توسط لیجوز و همکاران (۲۰۱۱)، ارائه شد و در ۱۰ جلسه اجرا گردید. خلاصه برنامه جلسات به شرح زیر می‌باشد.

جلسه اول: الف- معرفی / مقدمه. ب- تشریح افسردگی. ج- معرفی منطق درمان: - از ضربه (آسیب) و فقدان در زندگی تان چه اطلاعاتی دارید؟ - چرا حضور در همه جلسات درمانی اهمیت دارد؟ ج- معرفی فرم بازبینی روزانه (فرم ۱). - درجه بندی لذت و اهمیت. د- تکلیف: - انجام فرم بازبینی روزانه.

جلسه دوم: الف- بازبینی روزانه: - بررسی تکلیف (فرم ۱). - رفع اشکال. ب- منطق درمان: - بررسی تکلیف. ج- نکات مهم در مورد ساختار درمان: - بررسی تکلیف. د- اجرای سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲). ه- تکالیف: - تکمیل فرم بازبینی روزانه (فرم ۱). - بررسی سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲).

جلسه سوم: الف- بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱). ب- سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: - بررسی تکلیف (فرم ۲). ب- انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها (فرم ۳). ج-

تکالیف: - بازبینی روزانه (فرم ۱)، - ادامه بررسی و تغییر سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲)، - بررسی و تغییر انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها.

جلسه چهارم: الف- بازبینی روزانه: بررسی تکالیف (فرم ۱)، ب- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت‌ها (فرم ۱). ج- تکالیف: - بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱).

جلسه پنجم: الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکالیف (فرم ۱). ب- قراردادها (فرم ۴). ج- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱). د- تکالیف: - بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، - تداوم افزودن/اصلاح قراردادها (فرم ۴).

جلسه ششم: الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکالیف (فرم ۱). ب- قراردادها: بررسی تکالیف (فرم ۴). ج- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱). د- تکالیف: - بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، - تداوم افزودن/تغییر قراردادها (فرم ۴).

جلسه هفتم: الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکالیف (فرم ۱). ب- سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۲). ج- تکالیف: - بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) - تداوم افزودن/تغییر قراردادها (فرم ۴).

جلسه هشتم: الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکالیف (فرم ۱). ب- انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۳) ج- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱). د- تکالیف: - بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، - تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادها (فرم ۴).

جلسه نهم: الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکالیف (فرم ۱). ب- قراردادها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۴). ج- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته

آینده (فرم ۱). د- تکالیف: - بازیابی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، - تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادها (فرم ۴).

جلسه دهم: الف- بازیابی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکالیف (فرم ۱). ب- بازیابی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱). ج- آمادگی برای خاتمه (پایان دهی). د- تکالیف: - بازیابی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱). - تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادها (فرم ۴).

یافته‌های پژوهش

جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی مربوط به نمرات افسردگی بک، افسردگی هامیلتون و کیفیت زندگی در دو گروه در سه مقطع زمانی را نشان می‌دهد.
جدول ۱.

گروه	مقیاس	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
فعال سازی	افسردگی بک	۸/۶۳	۳۰/۲۵	۵/۱۱	۹/۵۲	۴/۲۷	۶/۳۳
	افسردگی هامیلتون	۵/۹۹	۲۵/۸۳	۳/۹۳	۷/۹۲	۳/۱۴	۶/۱۱
	کیفیت زندگی	۸/۹۵	۴۵/۱۷	۱۱/۴۴	۷۱/۳۳	۹/۷۰	۷۵/۲۶
کنترل	افسردگی بک	۸/۸۵	۲۸/۹۰	۸/۵۴	۲۸/۳۰	۷/۴۱	۲۹/۴۰
	افسردگی هامیلتون	۶/۲۲	۲۳/۵۰	۵/۶۶	۲۲/۲۳	۵/۷۴	۲۳/۱۱
	کیفیت زندگی	۷/۴۳	۴۴/۴۰	۶/۴۶	۴۶/۳۳	۵/۳۰	۴۵/۹۰

همان‌طور که داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد، میان میانگین دو گروه در زمان‌های مختلف اجرا در سه مقیاس تفاوت وجود دارد. برای بررسی تفاوت میانگین‌ها و آزمون فرضیه‌ها با توجه به وجود یک منبع بیگانه پرآش با مقیاس حداقل فاصله‌ای که امکان کنترل تجربی مستقیم آنها وجود ندارد (پیش آزمون) و همچنین با توجه به وجود چندین متغیر وابسته، از تحلیل کوواریانس تک متغیری (MANCOVA) استفاده شد که نتایج در ادامه آمده است.

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون‌های مختلف چند متغیری

آزمون	Value	F	Df	Sig	اندازه اثر
اثر هتلینگ	۴۱/۹۷	۲۰۸/۹۷	۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳

بر اساس جدول ۲ نتایج آزمون چند متغیره اثر هتلینگ ($F=۲۰۸/۹۷$ ، $P<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که با در نظر داشتن پیش آزمون، بین پس آزمون گروه‌ها تفاوت وجود دارد که نشان از اثر بخشی برنامه‌ی درمانی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته دارد.

جدول ۳. نتایج تفاوت‌های بین گروهی برای افسردگی بک و هامیلتون.

آزمون	منبع پرآش	SS	Df	MS	F	Sig	اندازه اثر
افسردگی بک	پیش آزمون	۰/۹۲	۱	۰/۹۲	۰/۲۴	۰/۶۳	۰/۲۴
	گروه	۱۹۸۷/۰۸	۱	۱۹۸۷/۰۸	۵۲۴/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	خطا	۶۴/۳۵	۱۷	۳/۷۹			
افسردگی هامیلتون	پیش آزمون	۱۳/۸۳	۱	۱۳/۸۳	۳/۶۵	۰/۰۷۱	۰/۴۳
	گروه	۷۹۳/۳۱	۱	۷۹۳/۳۱	۴۳۰/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	خطا	۳۱/۳۲	۱۷	۱/۸۴			
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۳۰/۱۰	۱	۳۰/۱۰	۰/۳۱	۰/۵۸	۰/۰۸
	گروه	۲۷۸۸/۵۴	۱	۲۷۸۸/۵۴	۲۸/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	خطا	۱۶/۳۷	۱۷	۹۶/۳۳			

جدول شماره ۳ نتایج تفاوت بین گروهی نشان می‌دهد که در پیش آزمون تفاوت معنا داری بین دو گروه وجود ندارد. ولی مقایسه‌ی بین گروهی در پس آزمون در پرسش‌نامه

افسردگی بک ($F=524/91$ ، $P<0/001$)، پرسش نامه افسردگی هامیلتون ($F=430/55$ ، $P<0/001$) و کیفیت زندگی ($F=28/98$ ، $P<0/001$) بین میانگین‌ها تفاوت معناداری وجود دارد که در متغیر افسردگی میانگین گروه کنترل بالاتر و در متغیر کیفیت زندگی میانگین گروه آزمایش بیشتر است. به عبارت دیگر اینکه مداخله فعال سازی رفتاری موجب بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم افسردگی شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون t برای مقایسه پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه در پرسش نامه بک، هامیلتون و کیفیت زندگی

آزمون	گروه	مرحله	M	SD	T	Sig
افسردگی بک	فعال سازی	پس آزمون	۹/۵۲	۵/۱۱	۵/۱۶	۰/۰۱
		پیگیری	۶/۵۳	۴/۲۷		
افسردگی هامیلتون	فعال سازی	پس آزمون	۷/۹۲	۳/۹۳	۴/۷۳	۰/۰۳
		پیگیری	۶/۱۱	۳/۱۴		
کیفیت زندگی	فعال سازی	پس آزمون	۷۰/۳۳	۱۱/۴۴	-۱/۶۱	۰/۱۴
		پیگیری	۷۵	۹/۶۹		

همان‌طور که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد نتایج آزمون تی وابسته حاکی از آن است که هم در نمرات پرسش نامه بک و هم در پرسش نامه هامیلتون گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون کاهش معناداری داشته ($p<0/001$) و نمرات و علائم افسردگی کاهش داشته است. همچنین نتایج آزمون تی وابسته برای متغیر کیفیت زندگی نشان از آن دارد که پس آزمون نسبت به مرحله پیگیری تغییر معناداری نداشته است. بنابراین نتایج پس آزمون و پیگیری نشان داد که اثربخشی درمان همچنان پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که یافته‌ها نشان داد بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری مشاهده شد که نشان از اثربخشی درمان در کاهش نشانه‌های افسردگی اساسی دارد. بر اساس نظریه‌های رفتاری جدید، علت عمده بیشتر اختلالات روانی به ویژه

افسردگی، اجتناب از شرکت در فعالیت‌های فردی و اجتماعی مهم می‌باشد. نفع‌آلی فردی و اجتماعی می‌تواند منجر به افزایش میزان ساعت‌های حضور در خانه شود و فردی که بیش از حد در منزل می‌ماند، لاجرم وقت بیشتری صرف فعالیت‌های انفعالی مانند خوابیدن، فکر کردن، تماشای تلویزیون، یادآوری و مرور خاطرات گذشته، نشخوار فکری منفی، احساس تنهایی و عدم احساس کارایی و کفایت و... اختصاص خواهد داد. از طرفی دیگر چنین وضعیتی منجر به قرار گرفتن فرد افسرده در دام اجتناب شده، و این امر تشدید رفتارهای انفعالی و علائم افسردگی مانند اختلال خواب (بی‌خوابی یا پرخوابی)، نشخوارهای فکری منفی، اشکال در تفکر یا تمرکز و تصمیم‌گیری، احساس انزوا و تنهایی، غمگینی، از دست دادن لذت و کاهش فعالیت‌های لذت بخش را در پی دارد. این شرایط موجب خود انتقادی و کاهش عزت نفس و بالا رفتن هیجان‌های منفی و دریافت تقویت مثبت کمتر می‌گردد. برنامه ریزی فعالیت یک درمان رفتاری برای افسردگی است که در آن بیماران با بازیابی خلق و فعالیت‌های روزانه از یک سو، و افزایش تدریجی و نظام‌دار فعالیت‌های لذت بخش و تعاملات مثبت با محیط از طرف دیگر به ایفای نقش طبیعی و سالم خود می‌پردازند (کویجرز، ون استارن و وارمردام، ۲۰۰۷).

بر اساس نظریات رفتاری یکی از علل رفتاری افسردگی به هم خوردن نظم و ترتیب در فعالیت‌های روزانه می‌باشد (لیجیوز و همکاران، ۲۰۱۰). درمان فعال‌سازی رفتاری موجب مرتب شدن فعالیت‌های روزانه شده که این امر باعث تنظیم خواب و بیداری و افزایش فعالیت‌های بیمار و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌گردد. بنابراین، بخشی از علائم افسردگی یعنی اختلال خواب، و عدم علاقه به شرکت لذت بخش از بین می‌رود. همچنین با توجه به اینکه افراد افسرده، اغلب برای انجام فعالیت‌های مختلف، احساس خستگی و فقدان انگیزه می‌کنند، این درمان باعث انرژی بیشتر و مثبت‌اندیشی در آنها می‌شود، در چنین شرایطی فرد قادر به انجام فعالیت‌هایی می‌شوند که قبلاً آنها را نادیده گرفته یا قادر به انجام آن نبودند.

نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهش‌های جیکوبسون^۱ و همکاران (۱۹۹۶)؛ دیمیدجیان و همکاران^۲، (۲۰۰۶)؛ هوپکو و همکاران (۲۰۰۴)؛ کانتر و همکاران^۳ (۲۰۱۰)؛ گاورسیانگ^۴ و همکاران (۲۰۰۹)؛ هوپکو و همکاران (۲۰۰۹)؛ دابسون^۵ و همکاران، (۲۰۰۸)؛ کانتر و همکاران، (۲۰۰۸)؛ روگیرو^۶ و همکاران، (۲۰۰۷)؛ بتوناری^۷ و همکاران (۲۰۰۸)؛ می‌باشد که نشان دادند درمان فعال‌سازی رفتاری روشی مؤثر در درمان افسردگی است و می‌تواند کاهش قابل توجه و سریع در علائم افسردگی به وجود آورد. همچنین نتایج تحلیل آماری نشان دادند که گروه فعال‌سازی رفتاری پس از درمان بهبود بیشتری نسبت به گروه کنترل در پرسش‌نامه کیفیت زندگی نشان داده است. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که در این پژوهش، درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت، درمانی مؤثر در افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی بوده که با یافته‌های پژوهش هوپکو، بل، آرمنتو، هانت و لجویز^۸ (۲۰۰۵) هم‌خوان است.

با توجه به اینکه کیفیت زندگی دارای شاخص‌هایی مانند عملکرد جسمانی خوب، سلامت عمومی، سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی مناسب، ایفای مناسب نقش عاطفی و هیجانی و سلامت روانی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹)، در حالی که بسیاری از نشانه‌های افسردگی رابطه معکوسی با شاخص‌های کیفیت زندگی دارند که به دلیل اثر بخشی درمان این رابطه تنظیم شده و فرد نقش فعالی در زندگی خود ایفا می‌کند (کانتر و همکاران، ۲۰۰۸) که نتیجه آن افزایش شاخص کیفیت زندگی است. از دیگر شاخص‌های کیفیت زندگی، سلامت

-
1. Jacobson
 2. Dimidjian
 3. Kanter
 ۴. Gawrysiak
 ۵. Dobson
 ۶. Ruggiero
 ۷. Battonari
 ۸. Hopko, Bell, Armento, Hunt, & Lejuez

عمومی است که در افراد افسرده به صورت فزآینده‌ای با ادراکات سوگیری شده و افکار منفی نسبت به سلامت در ارتباط است. در مطالعه حاضر، گروه آزمایش پس از کاهش افسردگی، افکار مثبت و مثبت اندیشی افزایش یافته و در نتیجه سلامتی خود را بهتر ارزیابی می‌کند که این امر با افزایش کیفیت زندگی همراه است. همچنین نشاط و سرزندگی رابطه معکوسی با احساس غمگینی و ناامیدی دارد، با توجه به اینکه یکی از مهم‌ترین علائم افسردگی، احساس غمگینی و ناامیدی و احساس خستگی و کاهش انرژی است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷) بیمار هرچه احساس افسردگی بیشتری داشته باشد، احساس نشاط و سرزندگی کمتر خواهد داشت. در نتیجه می‌توان گفت در این پژوهش به موازات کاهش شدید علائم افسردگی گروه آزمایش، احساس نشاط و سرزندگی در آنها بیشتر شده است. به طور کلی می‌توان گفت در این پژوهش بیماران افسرده در ابتدای پژوهش به دلیل وجود برخی از علائم و نشانه‌های افسردگی مانند خلق پایین و عدم احساس لذت از زندگی، برآورد خوبی از کیفیت زندگی خود نداشته‌اند. اما در پایان مداخلات به دلیل افزایش خلق و میزان فعالیت‌های لذت بخش، کیفیت زندگی خود را بهتر ارزیابی نمودند.

اهمیت این یافته‌ها در این است، با توجه به این که تنها چند علامت از علائم افسردگی به کاهش قابل توجه در عملکرد فرد منجر می‌شود، و از آنجایی که این درمان محدودیت‌ها، خطرات و عوارض جانبی سایر مداخلات (دارو درمانی) به همراه ندارند. و همچنین شرایط موجود در بسیاری از بیمارستان‌های اعصاب و روان مبنی بر تقاضای بالای خدمات بهداشت روانی، محدودیت زمانی، محدودیت نیروی انسانی متخصص و محدودیت مداخلات باصرفه و کوتاه مدت می‌تواند این درمان‌ها به عنوان یک روش درمانی برای افسردگی چه در کلینیک‌های سرپایی و چه در بیمارستان‌ها بپذیرد. به دلیل اینکه تنها چند علامت از علائم افسردگی فرد را در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به اختلال افسردگی اساسی قرار می‌دهد.

در پایان پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده اثرات پیشگیرانه و اثر بخشی این درمان‌ها بر روی سایر اختلالات خلقی: اختلال دوقطبی، افسرده خویی، افسردگی فصلی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر: پژوهش حاضر با همکاری مدیریت محترم کلینیک امام سجاد انجام گرفت، از این رو بر خود فرض می‌دانیم که از مدیریت محترم و کارکنان کلینیک که در اجرای پژوهش مساعدت لازم را به عمل آوردند و تمامی دوستانی که ما را در این پژوهش یاری دادند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

منابع

- پورنقاش تهرانی، سعید. (۱۳۸۳). داروها و رفتار، تهران: سمت.
- فتی، لادن، بیرشک، بهروز، عاطف وحید، محمد کاظم و استفان دابسون، کیت. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری طرح‌واره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۲، ۲۵-۳۲.
- جلیلی، امیر (۱۳۸۵). تأثیر درمان فعال سازی رفتاری گروهی در کاهش علائم افسردگی دانشجویان و اثر این درمان بر سبک اسنادی و نگرش‌های ناکارآمد. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- شریفی و نداد، اسعدی سید محمد، محمدی محمدرضا و همکاران، (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیص برای SCID بر اساس DSM IV. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی. شماره ۳، ۸-۲۲.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجد زاده، سید رضا، (۱۳۸۵)، استاندارد سازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت

(WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و

انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴، شماره ۴، ۱-۱۲

- Ahmed, I., & Taketishta, J. (1997). Late –life depression. *Generation, 20*, 4-17.
- Antonuccio, D., Thomas, M., & Danton, W. A. (2008). Cost – effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine in the treatment of depression. *Behavior therapy, 128*, 187-210.
- Armento, M. E. A., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation of a breast cancer patient with co-existent major depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies, 8*, 25-37.
- Battonari, K., Roberts, J., Thomas, S., & Read, J. (2008). Stop thinking and start doing : Switching from cognitive therapy to behavioral activation in a cognitive and behavioral activation in a case of chronic treatment-resist depression. *Cognitive and behavioral practice, 15*, 376-386.
- Beak AT, steer RA, & Brown G k. (1996). Beck Depression Inventory for measuring depression. *Arch Gen psychol, 4*, 561-571.
- Belack, A. S., & Hersen, M. (1988). *Behavioral assessment: A Practical handbook*. Newyork: Dprgamon.
- 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 Reaserch, 160*, 364-371.
- Bieling, P., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2000). The Sociotropy, autonomy scale: structure and implication. *Cognitive therapy and research, 24*, 736-780.
- Blanco, C., Lipsitz, J., & Caligor, E. (2001). Treatment of depression with a 12-week program of interpersonalpsychotherapy. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 371-375.
- 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 Gerontlogist, 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 hote 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.
- Daughters, S. B., Braun, A. R., Sargeant, M. N., Reynolds, E. K., Hopko, D. R., Blanco, C., & et al. (2008). Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: The life enhancement treatment for substance abuse. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 122-129.



- 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.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., & et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 468–477.
- First MB, Spitzer L, Gibbon M, & Williams, JBW. (1996). *Structural clinical Interview for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient edition.(SCID-CV)*. . Washington, DC: Am psychiatry press.
- 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.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 62*, 1097–1106.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005a). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 236–243.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005b). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 236–243.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., & Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for co-existent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies, 3*, 37–48.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review, 23*, 699–717.
- Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S.D., Dvir, Sharone, , & Lejuez, C. W. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder. *Journal of personality Disorder, 17*, 460–478.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., & et al. (1996). A component analysis of cognitive behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295–304.
- Kanter, J. W., Hurtado, G. D., Rusch, L. C., Bush, A. M., & Rivera, A. S. (2008). Behavioral activation for Latinos with depression. *Clinical Case studies, 6*, 491–506.
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A., Rusch, I. C., Busch, A. M., & West, P. (2010). Initial outcomes of a culturally adapted behavioral activation for Latinas diagnosed with depression at a community clinic. *Behavior Modification, 34*, 120–144.
- 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 Co morbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- LaidLaw, K., Tompson, L. W., & Gallagher- Tompson, D. (2004). Comprehensive conceptualization of cognitive behavioral therapy for late life depression. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 32, 389- 392.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- 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.
- Michalos, A. C., & Orlando, J. A. (2006). A note on student quality of life. *Social Indicators Research*, 79, 51-59.
- Paoakosts, G. I., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, D., Nierenberg, A. A., & Fara, M. (2004). Quaiity of Life assessment in major depressed disorder: a review of the litreture. *General Hospital Psychiatry*, 26, 13-17.
- 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.
- Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Hopko, D. R., & Lejuez, C. W. (2007). Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clinical Case Studies*, 6, 64-78.
- Sadock, B. J., Sadock, V, A. (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry, 10th Editi Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.
- Watt, L., & Cappeliez, P. (2000). Reminiscence intervention for the treatment of depression in older adults: intervention strategies and treatment effectiveness. *Agning and Mental Health*, 4, 166-177.