

اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش علایم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی

هادی پرهون^۱، علیرضا مرادی^۲، محمد حاتمی^۳، شیوا مشیرپناهی^۴

تاریخ وصول: ۹۲/۶/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۵

چکیده

زمینه: افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی می باشد، روش های متنوعی جهت درمان آن وجود دارد. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش علایم و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به اختلال افسردگی اساسی انجام شده است. روش: در یک طرح آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون توام با گروه کنترل، و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۲۲ آزمودنی زن، که براساس ملاک های DSM-IV-TR توسط روانپزشک افسرده اساسی تشخیص داده شدند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند؛ گروه آزمایش درمان فعال سازی رفتاری دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. هر دو گروه مقیاسهای (BDI-II)، (HRSD) و (WHOQOL-BREF) قبل و بعد

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول) hadi_p15@yahoo.com

۲. استاد گروه روان شناسی دانشگاه خوارزمی moradi90@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان شناسی دانشگاه خوارزمی hatami513@gmail.com

۴. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی

از مداخله و در مرحله پیگیری (سه ماه پس از دریافت مداخله) را پر کردند. نتایج با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس تک متغیره، و آزمون T وابسته تحلیل شد.

یافته‌ها: درمان تغییرات معنادار و قابل توجهی در کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران ایجاد کرد. یافته‌ها موید اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش علائم و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده بودند و پایداری درمان در مرحله پیگیری نیز تأیید شد.

نتیجه‌گیری: درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت در کاهش علائم افسردگی اساسی اثر بخش بود که در چارچوب دیدگاه‌های رفتاری موج سوم قابل تفسیر می‌باشد لذا به عنوان یک روش درمان موثر برای اختلال افسردگی اساسی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: افسردگی اساسی، فعال‌سازی رفتاری، کیفیت زندگی.

مقدمه

افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است (سرانو، بلانکو، پالائو، لوسیانو، پینتو^۱ و همکاران، ۲۰۱۰) که شیوع رو به رشد آن به یک نگرانی جهانی تبدیل شده و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود (برلیم، مک‌گیر و فلک^۲، ۲۰۰۸). برآوردهای همه گیر شناسی نشان می‌دهد که شیوع طول عمر اختلال بین ۱۳ تا ۱۹ درصد می‌باشد (هاسین^۳ و همکاران، ۲۰۰۵)، فشار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی اختلال افسردگی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و شیوع فزاینده سالانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد در جمعیت عمومی (کسلر، بارگلدن، دملر، جین، کورتز^۴ و همکاران، ۲۰۰۳) به اضافه خودکشی به عنوان پی‌آمد فاجعه‌بار آن (گلدنی^۵، ۲۰۰۴؛ مورو و همکاران^۶، ۲۰۱۰).

-
1. Serrano, Blanco, Palao, Luciano, Pinto
 2. Berlim, McGirr & Fleck
 3. Hasin
 4. Kessler, Berglund, Demler, Jin, Koretz
 5. Goldni
 6. Morrow

همچنان افسردگی را در سپهر مسائل بهداشت روان همچنان به عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش ها باقی نگه داشته است.

از دیگر پی آمدهای ناخوشایند افسردگی، کاهش کیفیت زندگی است که می تواند تأثیرات عمده ای بر زندگی فرد بگذارد (لیما و فلیک^۱، ۲۰۰۷). افسردگی یک عامل پیش بین قوی بر آسیب کیفیت زندگی بزرگسالان می باشد (چان، چین، تامپسون و لام^۲، ۲۰۰۶؛ استافورد، برک، ردی و جکسون، ۲۰۰۷) به طوری که یافته های پژوهشی جدید حاکی از آن است که حتی سطوح خفیف افسردگی با کاهش معنا دار کیفیت زندگی در افراد بزرگسال همراه است (چاکاموچ، فلت، لیدلاو و پاور^۳، ۲۰۰۸).

بر خلاف قرن گذشته، چالش اساسی قرن پیش رو نه زنده ماندن، بلکه زندگی با کیفیت درخور و شایسته است. نتایج مطالعات نشان می دهد که مشکلات روانی عاطفی بیش از هر عامل دیگری کیفیت زندگی افراد را تهدید می کند (مایکل و اورلاندو^۴، ۲۰۰۶)، از آنجایی که درمان افسردگی همواره با بهبود کیفیت زندگی در این بیماران همراه بوده است (پاکاستاس، پترسون، ماهال، میسچلون و همکاران^۵، ۲۰۰۴)، توجه و رسیدگی خاص به بهداشت روانی افراد و اقدامات درمانی مناسب، مسئله عمده ایست که باید با دقت بیشتری به آن پرداخت.

از شیوه های رایجی که برای درمان افسردگی به کار برده می شود دارو درمانی است (لید لاو، تامپسون و گالاهر و تاپسون، ۲۰۰۴) که می تواند نشانه های خاص افسردگی را کاهش دهد، لکن از منظر متخصصان نابسنده، ناپایدار و همراه با عوارض است، زیرا بر خلاف مداخلات روان شناختی، داروهای ضد افسردگی ضمن ایجاد واکنش های نامناسب قلبی- عروقی، عصبی و هاضمه ای ناتوان از ایجاد مهارت های سازشی برای پیشگیری از عود و

1. Lima & Fleck
2. Chan, Chien, Thompson & Lam
3. Chacahmovich, Fleck, Laidlaw & Power
4. Michalos, & Orlando
5. Paoakosts, Petersen, Mahal, Mischoulon & etal

بازگشت مجدد افسردگی می باشد (وات و کیپلیز، ۲۰۰۰). از آنجایی که درمان های روان شناختی، دارای حداقل عوارض ناخواسته هستند (آمد و تاکیشتا، ۱۹۹۷) و دارو ها در درمان بیماری های روانی، زیاد موثر واقع نشده اند و بعد از قطع دارو میزان عود در آنها بالا می باشد، و نقش یک روان درمانگر به عنوان کسی که می تواند کمبود های عاطفی و حمایتی فرد بیمار را برطرف سازد با هیچ دارویی نمی توان جایگزین کرد (پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۳)، توجه به روان درمانی ها در درمان بیماران افسرده امری اجتناب ناپذیر می باشد.

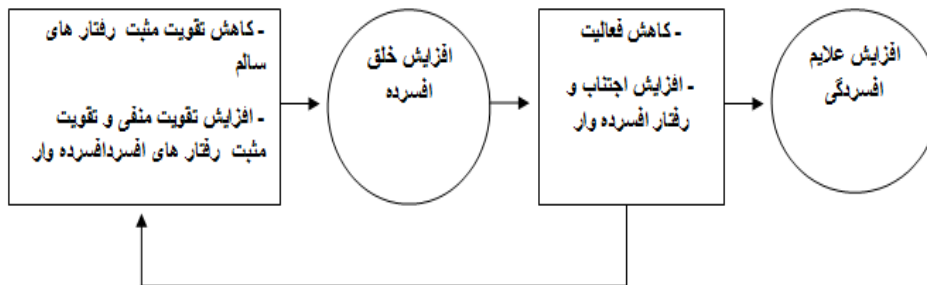
در طول چند دهه گذشته روش های روان شناختی متعددی برای درمان افسردگی به کار برده شده که از آن جمله می توان به رفتار درمانی، روان درمانی بین فردی و شناخت درمانی اشاره کرد، هر چند همه این درمان ها از اثربخشی مناسب برخوردار هستند، اما در میان آنها تفاوت هایی از نظر میزان اثر، و یا مقرون به صرفه بودن وجود دارد (جیکوبسون و همکاران، ۱۹۹۶).

درمان فعال سازی رفتاری^۳ فرآیند درمانی ساختار یافته ای است که موجب افزایش رفتارهایی می شود که تماس فرد را با پیوستگی های تقویتی^۴ محیطی زیادتر می کند. این فرآیند منجر به بهبودی خلق، تفکر، و کیفیت زندگی فرد می شود (دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۰۶؛ هوپکو و همکاران^۵، ۲۰۰۳). بر اساس این دیدگاه رفتار افسرده وار^۶، راهبرد های مقابله ای برای اجتناب از شرایط محیطی است که برای بیمار تقویت اندک یا آزارندگی بالایی تولید می کند، از این رو درمان فعال سازی رفتاری راه اندازهای افسردگی را در زندگی فرد در نظر می گیرد، نه در کاستی های درون فردی. در این مدل اجتناب رفتاری کانون درمان است. رفتار های اجتنابی موجب راحتی، آرامش سریع و کوتاه بیمار شده، در حالی که در بلند مدت فرد از منابع

-
1. Watt
 2. Ahmed & Taketishta
 3. behavioral activation treatment
 4. contingency reinforcement
 5. Hopko
 6. depressive behavior

تقویتی محیطی محروم می شود. از مهمترین الگوهای اجتنابی بی‌نظمی در برنامه‌های روزمره زندگی است، این بی‌نظمی‌ها موجب عدم هماهنگی میان فرد و محیط زندگی شده و افسردگی را تشدید می‌کند. برقراری مجدد برنامه‌های قبلی یا شکل‌گیری برنامه‌های جدید برای بهبود یافتن افسردگی بسیار مهم می‌باشد. لذا به بیمار آموزش داده می‌شود که به جای الگوی اجتناب^۱ با کمک الگوی مقابله‌ای جایگزین^۲، واکنش نشان دهد و این شیوه را بخشی از سبک زندگی خود قرار دهد (لجیوز و هوپکو، ۲۰۱۰).

بر اساس مباحث نظری مطرح شده، مدل آسیب‌شناسی رفتاری زیر برای اختلال افسردگی پیشنهاد شده است.

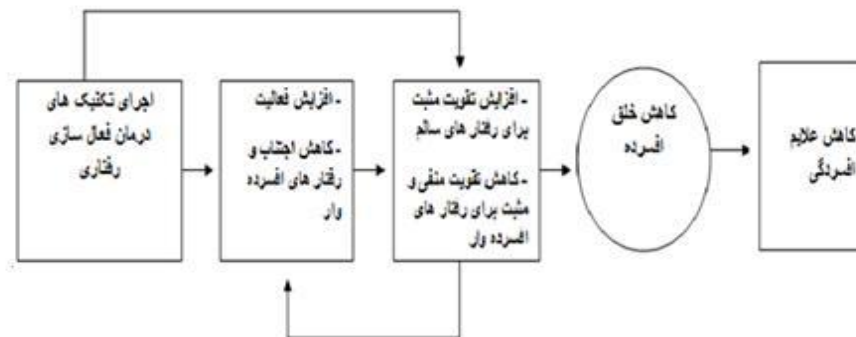


شکل ۱. مدل رفتاری آسیب‌شناسی افسردگی (راچل^۳ و همکاران، ۲۰۱۰)

این مدل ارتباط بین تقویت، حالات خلقی، رفتار و افسردگی را توصیف می‌کند. همانطور که مشاهده می‌شود دیدگاه رفتاری معتقد است که کاهش تقویت مثبت برای رفتارهای سالم و افزایش تقویت منفی و مثبت رفتارهای افسرده وار موجب افزایش خلق افسرده شده و این امر باعث کاهش فعالیت‌های مفید و به تبع آن افزایش فعالیت‌های اجتنابی و رفتار افسرده وار در فرد بیمار می‌شود. پی‌آمد ادامه چنین روندی، شکل‌گیری یک چرخه معیوب فعال خواهد

1. avoidance pattern
2. alternative coping
3. Rachel

بود که منجر به افزایش و یا تشدید علائم افسردگی خواهد شد. علاوه بر این مدل زیر چگونگی شکل‌گیری تعامل بین فرد و محیط پس از دریافت درمان فعال‌سازی رفتاری نشان می‌دهد.



شکل ۲. مدل رفتاری درمان افسردگی (راچل و همکاران، ۲۰۱۰)

همانطور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود این دیدگاه معتقد است که اجرای تکنیک‌های درمان فعال‌سازی رفتاری موجب افزایش فعالیت و کاهش اجتناب و رفتارهای افسرده وار در این بیماران می‌شود و هنگامی که فعالیت‌های بیمار افزایش می‌یابد این امر موجب می‌شود که بیمار بیشتر در معرض تقویت‌کننده‌های محیطی قرار بگیرند و رفتارهای سالم در وی افزایش پیدا می‌کند و همچنین تقویت‌های منفی و مثبت برای رفتارهای افسرده و اجتنابی کاهش پیدا می‌کند که در نهایت منجر به کاهش خلق افسرده و به تبع آن کاهش علائم افسردگی در این بیماران خواهد شد.

از جمله مهمترین خصوصیات این درمان، مقرون به صرفه بودن از نظر زمان، هزینه، امکانات و سهولت در اجرا، داشتن راهنمای درمانی و منطبق بودن پروتکل درمان با ویژگی‌های فردی بیمار می‌باشد. اثربخشی این درمان در پژوهش‌های مختلف مشتمل بر درمان افسردگی،

بیماران سوء مصرف کننده مواد (داگترز و همکاران^۱، ۲۰۰۸)، افراد افسرده ای که در کودکی مورد سوء استفاده قرار گرفته اند (روگیرو و همکاران^۲، ۲۰۰۷)، دانشجویان مبتلا به افسردگی اساسی (گاوریسیاک^۳، نیکولاس^۴، هوپکو^۵، ۲۰۰۹)، همایندی اختلال افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر (هوپکو، لژیوز، ۲۰۰۴)، افسردگی بیماران سرطانی (هوپکو، آرمنتو^۶، بل، ۲۰۰۵)، کاهش رفتارهای منجر به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (هوپکو، سانچز^۷، لژیوز ساندر^۸، ۲۰۰۳) و همایندی افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر (آرمنتو، هوپکو، ۲۰۰۹)، به اثبات رسیده است.

یکی از مشکلات گریبان گیر درمانگران و به طبع آن درمانجویان، عدم قاطعیت در خصوص میزان اثر بخشی شیوه های درمانی جهت انتخاب است. در سال های اخیر برخی پژوهشگران ایده مراقبت مدبرانه را پیش کشیده و لزوم بررسی درمان از جوانب مختلف را مطرح ساخته اند. به زعم آنها در انتخاب درمان، میزان اثر بخشی هزینه های اقتصادی، عوارض جانبی ناشی از به کار گیری و نرخ پاسخ گویی به درمان باید ملاک ارزیابی قرار گیرند (آنتونیکو^۹، ۲۰۰۸) داشتن آگاهی کافی از مزایا، معایب و میزان اثر بخشی هر کدام از روش های درمانی موجب می شود که درمانگر در انتخاب روش درمانی خود با توجه به شرایط قبل و یا حین درمان گزینه های بیشتری را در اختیار داشته باشد. بنابراین استفاده از آخرین دستاوردهای علمی در راستای درمان افسردگی ضروری و اجتناب ناپذیر است.

با توجه به اهمیت پژوهش های اثر بخشی در تعمیم نتایج به جامعه و موقعیت های درمانی واقعی گرچه در مورد افسردگی و درمان آن در دنیا پژوهش های مختلفی صورت پذیرفته، اما

-
1. Daughters
 2. Ruggiero
 3. Gawrysiak
 4. Nicholas
 5. Hopko
 6. Armento
 7. Sanchez
 8. Sandra
 9. Antonuccio

در مورد بررسی اثربخشی این درمان حداقل در جمعیت ایرانی پژوهش‌های بسیار اندکی انجام گرفته است. بر همین اساس، پژوهش حاضر در پی تعیین میزان اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت (ویرایش ۲۰۱۱) بر کاهش علایم و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک طرح شبه تجربی 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 ساختاریافته 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

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 میانگین های 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^۱، لطفی^۲ و اکانل^۳ (۲۰۰۴) ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را در ۲۴ شهر از کشورهای مختلف بررسی کردند. ۱۱۸۳۰ شرکت‌کننده ۱۲-۹۷ ساله با میانگین سنی ۴۵ سال و انحراف استاندارد ۱۶ در این بررسی حضور داشتند که آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی ۰/۸۲، برای سلامت 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 نمونه‌ی آنان ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران را که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، در بر می‌گرفت. در روش بازآزمایی، شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای 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 پرسش‌نامه از روایی و پایایی خوب و قابل قبولی برای ایرانیان برخوردار است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵).

1. Skevington
2. Lotfy
3. Connell

۵. درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت: درمان فعال سازی 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 می باشد.

جلسه اول: الف- معرفی / مقدمه. ب- تشریح افسردگی. ج- معرفی منطق درمان: - از ضربه (آسیب) و فقدان در زندگیتان چه اطلاعی 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 حوزه های زندگی، ارزش ها و فعالیت ها (فرم ۲). ه- تکالیف: - تکمیل فرم بازبینی روزانه (فرم ۱). - بررسی سیاهه حوزه های زندگی، ارزش ها و فعالیت ها (فرم ۲).

جلسه سوم: الف- بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱). ب- سیاهه حوزه های زندگی، ارزش ها و فعالیت ها: - بررسی تکلیف (فرم ۲). ب- انتخاب و رتبه بندی فعالیت ها (فرم ۳). ج- تکالیف: - بازبینی روزانه (فرم ۱)، - ادامه بررسی و تغییر سیاهه حوزه های زندگی، ارزش ها و فعالیت ها (فرم ۲)، - بررسی و تغییر انتخاب و رتبه بندی فعالیت ها.

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

جلسه پنجم: الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (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 تکلیف (فرم ۱). ب- قراردادها: بررسی تکلیف (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 تکلیف (فرم ۱). ب- سیاهه حوزه های زندگی، ارزش ها و فعالیت ها: 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 تکلیف (فرم ۱). ب- انتخاب و رتبه بندی فعالیت ها: 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 تکلیف (فرم ۱). ب- قراردادها: مرور و بازنگری مفاهیم (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 دادن قراردادها (فرم ۴).

جلسه دهم: الف- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱). ب- بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱). ج- آمادگی برای خاتمه (پایان دهی). د- تکالیف: - بازبینی 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 رفتاری | افسردگی بک | ۸/۶۳ | ۳۰/۲۵ | ۵/۱۱ | ۹/۵۲ | ۶/۲۷ | 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 پراش 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 ($F=208/97$ ، $P<0/01$) 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 بین‌گروهی برای افسردگی بک و هامیلتون.

| آزمون | منبع پراش | SS | Df | MS | F | Sig | اندازه اثر |
|------------------|-----------|---------|----|---------|--------|-------|------------|
| افسردگی بک | پیش آزمون | 0/92 | 1 | 0/92 | 0/24 | 0/63 | 0/24 |
| | گروه | 1987/08 | 1 | 1987/08 | 524/91 | 0/001 | 0/99 |
| | خطا | 64/35 | 17 | 3/79 | | | |
| افسردگی هامیلتون | پیش آزمون | 13/83 | 1 | 13/83 | 3/65 | 0/071 | 0/43 |
| | گروه | 793/31 | 1 | 793/31 | 430/55 | 0/001 | 0/99 |
| | خطا | 31/32 | 17 | 1/84 | | | |
| کیفیت زندگی | پیش آزمون | 30/10 | 1 | 30/10 | 0/31 | 0/58 | 0/08 |
| | گروه | 2788/54 | 1 | 2788/54 | 28/98 | 0/001 | 0/99 |
| | خطا | 16/37 | 17 | 96/33 | | | |

جدول شماره ۳ نتایج تفاوت‌های بین‌گروهی نشان می‌دهد که در پیش آزمون تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد. ولی مقایسه‌ی بین‌گروهی در پس آزمون در پرسشنامه افسردگی بک ($F=524/91$ ، $P<0/001$)، پرسشنامه 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 پرسشنامه 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 می دهد نتایج آزمون تی وابسته حاکی از آن است که هم در نمرات پرسشنامه بک و هم در پرسشنامه هامیلتون گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون کاهش معناداری داشته ($p < ۰/۰۱$) 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 نتیجه گیری

همانطور که یافته ها نشان داد بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری مشاهده شد که نشان از اثربخشی درمان در کاهش نشانه های افسردگی اساسی دارد. براساس نظریه های رفتاری جدید، علت عمده اکثر اختلالات روانی بویژه افسردگی، اجتناب از شرکت در فعالیت های فردی و اجتماعی مهم می باشد. نفعی فردی و اجتماعی می تواند منجر به افزایش میزان ساعت های حضور در خانه شود و فردی که بیش از حد در منزل می ماند، لاجرم وقت بیشتری صرف فعالیت های 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 پر خوابی)، 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 بازبینی 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 مثبت اندیشی 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^۲ و همکاران (۱۹۹۶)؛ دیمیدجیان و همکاران^۳، (۲۰۰۶)؛ هوپکو و همکاران (۲۰۰۴)؛ کانتر و همکاران^۴ (۲۰۱۰)؛

-
1. Cuijpers, Van Straten, & Warmerdam
 2. Jacobson
 3. Dimidjian
 4. Kanter

احساس غمگینی و ناامیدی دارد، با توجه به اینکه یکی از مهمترین علایم 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 علایم 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 علایم 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 لذت‌بخش، کیفیت زندگی خود را بهتر ارزیابی نمودند.

اهمیت این یافته‌ها در این است، با توجه به این که تنها چند علامت از علایم 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 را به عنوان یک روش درمانی برای افسردگی چه در کلینیک‌های سرپایی و چه در بیمارستان‌ها بپذیرد. به دلیل اینکه تنها چند علامت از علایم افسردگی فرد را در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به اختلال افسردگی اساسی قرار می‌دهد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده اثرات پیشگیرانه و اثر بخشی این درمان‌ها بر روی سایر اختلالات خلقی: اختلال دوقطبی، افسرده‌خویی، 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 معنا گذاری طرح واره ها، حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۲۵۲-۳۲.
- جلیلی، امیر. (۱۳۸۵). تاثیر درمان فعال سازی رفتاری گروهی در کاهش علایم افسردگی دانشجویان و اثر این درمان بر سبک اسنادی و نگرش های 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 تازه های علوم شناختی. شماره ۳، ۸-۲۲.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سید رضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی 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 medicationin the prevention of relapse and recurrence in majordepression. . *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). Comperhensive conceptualization of cognitive behavioral therapy for late life depression. *Behavioral and C ognitive 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). Quality of Life assessment in major depressed disorder: a review of the literature. *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. *Ageing and Mental Health, 4*, 166-177.