

تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان با اختلال اضطراب فراگیر The Effect of Behavioral Activation Therapy on Coping Strategies in Students with Generalized Anxiety Disorder

Ameneh Tajipoor *

M. A of Science in Clinical Psychology, Boroujerd Islamic Azad University, Lorestan, Iran

amenehtajipoor@gmail.com

Farzaneh Abbasi Motlagh

B. A of Clinical Psychologist, Hekmat Razavi Institute, Lorestan, Iran.

آمنه تاجی پور (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد، لرستان

فرزانه عباسی مطلق

کارشناس روانشناس بالینی، مؤسسه حکمت رضوی، لرستان

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of behavioral activation therapy on coping strategies in students with general anxiety disorder. The research method was semi-experimental with pretest-posttest with the control group. A total of 30 undergraduate and undergraduate female students from Khorramabad University were selected based on criteria of the research and randomly assigned to the experimental and control groups. The experimental group received eight sessions of 90 minutes (weekly twice) of the program of behavioral activation group therapy; the control group was placed on the waiting list. Data were collected in pre-test and post-test by Lazarus & Folkman coping strategies questionnaire. Data were analyzed using one-way covariance analysis. The findings of the research showed that there is a significant difference between the mean scores of post-test of the test groups and the control group in controlling the effect of the pretest, in the components of coping strategies. According to the findings of the research, it can be stated that behavioral activation therapy has a significant effect on increasing the problem-oriented coping strategies and reducing the emotional coping strategies. In general, it is suggested that behavioral activation group therapy be considered as an excellent way to improve the methods of coping of students with a generalized anxiety disorder, by counselors and psychotherapists.

Keywords: Behavioral activation therapy, coping strategies, general anxiety, students

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان با اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ نفر از دانشجویان دختر مقطع کاردانی و کارشناسی دانشگاه خرم‌آباد پس از ارزیابی بالینی اولیه و بر اساس ملاک‌های پژوهش، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو بار) برنامه گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری را دریافت کردند؛ گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس یک‌راهه تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد با کنترل اثر پی‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان اظهار کرد که درمان فعال‌سازی رفتاری بر افزایش راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار و کاهش راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار تأثیر معناداری دارد. در مجموع پیشنهاد می‌شود که گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری به عنوان شیوه مناسبی جهت بهبود راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان با اختلال اضطراب فراگیر، توسط مشاوران و روان‌درمانگران در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی: درمان فعال‌سازی رفتاری، راهبردهای مقابله‌ای، اضطراب فراگیر، دانشجویان

ویرایش نهایی: دی ۹۸

پذیرش: اردیبهشت ۹۸

دریافت: فروردین ۹۸

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۱ یکی از انواع اختلالات اضطرابی شایع در کودکان و نوجوانان است که از سن متوسط ۱۱ سالگی شروع می‌شود و همبندی بسیار بالایی با ابتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی، از جمله اختلالات خلقی و سوء‌مصرف مواد و روانگردان‌ها

۱. general anxiety disorder

۲. comorbidity

دارد که از این نظر بار اقتصادی قابل توجهی را برای خانواده و جامعه به دنبال دارد (پتر، لاورینس، موریاما و کریسول، ۲۰۱۹). علائم اختلال اضطراب فراگیر شامل بی‌قراری، تحریک‌پذیری، گرفتگی عضلانی و اشکال در خواب است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی حاکی از آن است که ۳۳/۷ درصد از جمعیت عمومی در زندگی خود با اختلالات اضطرابی مواجه می‌شوند (باندلو و مایک لایز، ۲۰۱۵) و به طور اختصاصی در بین دانشجویان از ۱۵ درصد تا ۲۰ درصد گزارش شده است (کندال، ۲۰۱۰). عوامل شناختی خاص، مسئول گسترش یا کنترل اختلالات اضطرابی خاص هستند؛ برای نمونه می‌توان به راهبردهای مقابله‌ای^۶ اشاره کرد (زیدنر، مالتیوز، شمش، ۲۰۱۶).

مفهوم راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی که هدفشان به حداقل رساندن فشار موقعیت و اضطراب ناشی از آن شناخته شده است، که اکثر فعالیت‌های آن بین تلاش برای بهبود یک موقعیت دشوار مثل طراحی نقشه و اقدام عمل (مقابله مسئله‌مدار) یا برای تنظیم درماندگی هیجانی مثل جستجوی دیگران برای حمایت عاطفی یا کاهش شدت دشواری موقعیت از نظر شناختی (مقابله هیجان‌مدار) هستند (راجرز، آلتز، فیلیپس و گاردنر، ۲۰۰۶). راهبردهای مقابله‌ای، مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود (ندائی، پاغوش، صادقی هسنیجه، ۱۳۹۵). لازاروس و فولکمن^۹ (۱۹۸۴) معتقدند که راهبردهای مقابله‌ای به یکی از دو نوع کلی مقابله سازگارانه (مسئله‌مدار)^۱ و مقابله ناسازگارانه (هیجان‌مدار)^۱ تقسیم می‌شوند. راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار باعث سازگاری فرد با شرایط تازه می‌شود، اما راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار ممکن است در نهایت به مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس، منجر شود (به نقل از طباطبایی، رحمتی‌نژاد، محمدی و اعتماد، ۱۳۹۶). عوامل مختلفی در نوع راهبردهایی که افراد در برابر شرایط فشارزا به کار می‌برند دخیل هستند؛ پژوهشگران نشان داده‌اند که افرادی که از لحاظ اضطراب در سطح بالاتری قرار دارند بیشتر از شیوه‌های هیجان‌مدار اجتنابی استفاده می‌کنند (لی، پارک و سیم، ۲۰۱۸^۲؛ وینیکات، ۲۰۱۳^۳).

با توجه به سیر مزمن، شیوع زیاد و همبودی بالای اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال به‌عنوان یکی از مهمترین اختلال‌های ناتوان‌کننده، مطرح شده است (شیهاتا، مک اوی و مولان، ۲۰۱۸^۴)، پرداختن به روش‌های درمانی مؤثر و اقتصادی‌تر برای این اختلال سودمند و ضروری است. درمانگران با رویکردی نظری مختلف از روش‌های متفاوتی برای کنترل هیجان‌های جمعیت‌های مختلف استفاده می‌کنند. یکی از درمان‌های روان‌شناختی که در سال‌های اخیر در درمان اختلالات مورد توجه قرار گرفته، درمان فعال‌سازی رفتاری^۵ است که در مورد اختلالات گوناگون روان‌شناختی مورد استفاده قرار گرفته است (پورمحمد، مدحی و فروتن نژاد، ۱۳۹۷). این درمان، فرآیند ساختار یافته‌ای است که موجب افزایش تماس فرد با پیوستگی‌های محیطی شده و منجر به بهبود خلق، تفکر و کیفیت زندگی، کاهش اجتناب و ارزیابی‌های منفی و اضطراب اجتماعی می‌گردد (طاهری، طاهری و امیری، ۱۳۹۶).

درمان فعال‌سازی رفتاری، که جزء درمان‌های موج سوم محسوب می‌شود، نوعی رفتار درمانی خالص است که تکنیک‌های عینی و راحت‌الاجرا برای درمان اضطراب و نشانه‌های آن ارائه می‌دهد و به علت کوتاه‌مدت بودن طول دوره‌ی درمان، مقرون به صرفه است (ریچاردز، ۲۰۰۸^۶). در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا بتواند در اولین وهله بهبود یابد و بیمار را از نظر رفتاری و اجتماعی فعال می‌کند و از طریق افزایش تعامل سازنده با افراد سالم و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، فشار روانی و باورهای منفی، بیمار را برای

1. Peter, Lawrence, Murayama & Creswell

2. american psychiatric association

3. epidmiology

4. Bandelow & Michaelis

5. Kendall

6. ways of coping

7. Zeidner, Malttthews & Shemesh

8. Rogers, Oualter, Phelps & Gardner

9. Lazarus & Folkman

1. problem-oriented 0

1. emotion-oriented 1

1. Lee, Park & Sim 2

1. Winnicott 3

1. Shihata, McEvoy & Mullan 4

1. Behavioral Activation (BA) 5

1. Richards 6

درگیر کردن کامل با فرآیند درمان به منظور حفظ بهبودی آماده کند (داو و لوکستون؛ ۲۰۱۴). هدف این نوع درمان ارتباط بین اقدامات و پیامدهای هیجانی و همچنین جایگزینی نظام مند الگوهای رفتاری ناکارآمد با الگوهای رفتاری سازگارانه است. افزون بر این موارد، در این نوع درمان به کیفیت و بهبود کارکرد اجتماعی توجه می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). تا کنون این شیوه درمانی در درمان اختلالاتی نظیر اختلالات افسردگی و اضطراب (زمستانی، داودی، مهربابی زاده هنرمند و زرگر، ۱۳۹۲؛ خداپناه، مرادی و خداپناه، ۱۳۹۰)؛ افزایش کیفیت زندگی (پرهون، مرادی، حاتمی و مشیرپناهی، ۱۳۹۳)؛ کاهش اجتناب شناختی و ارزیابی‌های منفی (طاهری، طاهری و امیری، ۱۳۹۶)؛ سبک‌های اسنادی (شاره، ۱۳۹۵)؛ انعطاف‌پذیری کنشی، باورهای فراشناختی، نشخوار فکری (دشت بزرگی، ۱۳۹۷)؛ میلز و اندر؛ ۲۰۱۵؛ پاتریک؛ ۲۰۱۲)؛ کاهش استرس ادراک شده و احساس گناه (اندرسون؛ ۲۰۱۵؛ عطایی مغانلو و عطایی مغانلو، ۱۳۹۴) و باور مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری و اجتناب‌شناختی کم (پورمحمد و همکاران، ۱۳۹۷؛ راسل؛ ۲۰۱۳). در افراد با اختلال‌ها و بیماری‌های مختلف به کار برده شده است.

باتوجه به شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر در بین دانشجویان و آثار منفی این اختلال بر عملکردهای دانشگاهی آنها در طول تحصیل و عملکرد شغلی آنها در آینده و نیز هزینه‌هایی که به دنبال آن بر جامعه و خانواده تحمیل می‌شود (زمستانی و همکاران، ۱۳۹۲)، خلأ پژوهشی موجود در داخل و خارج از کشور در زمینه بررسی تأثیر درمان فعال سازی رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای و از آنجایی که درمان فعال‌سازی رفتاری درمانی مقرون به صرفه در درمان اکثر اختلالات روان‌شناختی است و با توجه به کارایی بالایی که در مطالعات قبلی نشان داده است. این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال انجام شد: آیا درمان فعال‌سازی رفتاری بر بهبود مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای (مسئله‌مدار و هیجان‌مدار) دانشجویان با اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر مقطع کاردانی و کارشناسی دانشگاه خرم آباد در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند. از بین دانشکده‌های دانشگاه خرم آباد تعداد ۴ دانشکده شامل ادبیات و علوم انسانی، فنی و مهندسی، علوم پایه و کشاورزی به صورت تصادفی انتخاب و از هر دانشکده نیز چهار کلاس کاردانی و کارشناسی به صورت تصادفی انتخاب شدند و سپس تست سنجش اضطراب فراگیر در بین ۳۸۰ نفر از دانشجویان دختر پخش شد. پس از جمع‌آوری کامل تست‌ها و نمره‌گذاری آنها، تعداد ۱۰۸ نفر از دانشجویان دختری که در این تست نمره‌ی ۱۰ به بالا (اضطراب متوسط) کسب کردند، به مصاحبه دعوت شدند. ولی از بین ۱۰۸ نفر، ۶۲ نفر در مصاحبه شرکت کردند. پس از انجام مصاحبه ساختار یافته، ۳۰ نفر را که دارای اختلال اضطراب فراگیر شدید بودند به تشخیص روان‌شناس پژوهش انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پریشی (به تشخیص روان‌شناس پژوهش)، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم شرکت همزمان در هرگونه مداخله درمانی دیگر، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه، عقب ماندگی ذهنی، ناتوانی جسمی، عدم تمایل به ادامه درمان. جهت رعایت مسائل اخلاقی، به شرکت کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات محرمانه خواهند ماند.

ابزار سنجش

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD - 7):^۱ این مقیاس را اسپیتز، کروئکی، ویلیامز و لوی^۲ (۲۰۰۶) ساخته اند که میزان شدت اضطراب موجود در طی دو هفته گذشته را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس حاوی ۷ سؤال است که بر حسب مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۳ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود و گستره‌ی نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ با نمره برش ۱۰ است. ضریب آلفای کرونباخ

1. Dawe & Loxton
2. Miles & Ander
3. Patric
4. Anderson
5. Rasel
6. Generalized Anxiety Disorder Scale- 7 Item
7. Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe

و ضریب بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش شده است (نابینیان، شعیری، شریفی، ۱۳۹۰). در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی تحلیل عامل اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با ضریب تعیین ۰/۵۳ بود، همچنین نتایج نشان داد که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر از اعتبار تشخیصی مناسبی برخوردار است (رضایی، سپهوندی و میرزایی هابیلی، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد (از این ابزار به عنوان ملاک تشخیصی استفاده شد).

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای^۱ (WOCQ): این مقیاس توسط لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۴ تهیه شده و شامل ۶۶ ماده است که هشت روش رویارویی را بررسی می‌کند. این الگوهای هشت‌گانه به دو دسته روش‌های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار تقسیم شده که بر مبنای یک مقیاس درجه‌بندی شده صفر تا سه است. مغیرهای راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل: مقابله‌ی مستقیم، پرت کردن حواس، خویش‌نمایی، گریز- اجتناب و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار شامل: طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، حل مسئله و ارزیابی مجدد مثبت می‌شوند. لازاروس (۱۹۹۳)، ثبات درونی ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ را برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای گزارش کرده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش گروس و تامپسون^۲ (۲۰۰۷) با استفاده از همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۰ برآورد شد. وی به منظور بررسی روایی همگرایی پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای نیز از محاسبه همبستگی نمره‌های خام حاصل از این پرسشنامه با نمره‌های خام حاصل از پرسشنامه استرس لیونل استفاده نمود که نتایج نشان داد آزمون WOCQ از روایی همگرایی بالایی برخوردار است. همچنین نتایج روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس نشان داد که خرده مقیاس‌ها از ۱۰ عامل با بار عاملی بیش از ۰/۳ تشکیل شده است. در ایران، این مقیاس توسط حسن زاده، علی اکبری دهکردی و خمسه (۱۳۹۱) استفاده شده و برای آن روایی صوری، روایی ظاهری و روایی سازه و اعتبار مناسبی گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای راهبردهای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۵، برآورد شد.

روش اجرا بدین صورت بود که پس از اخذ مجوزات لازم و هماهنگی با مسئولین دانشگاه خرم آباد و انتخاب نمونه‌ی پژوهش و اجرای پیش آزمون‌ها، گروه آزمایش به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دوبار) الگوی برنامه درمانی فعال‌سازی رفتاری را بر اساس پروتکل ارائه شده توسط کانتر، بوش و راش^۳ (۲۰۰۸) (مطابق با جدول ۱) دریافت کردند؛ گروه کنترل به مدت دومه در لیست انتظار قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی

جلسه‌ی اول	معرفه، آشنایی و سازماندهی گروه با اصول و قواعد درمان، برقراری رابطه درمانی با مراجعان و آموزش قراردادهای رفتاری (به صورت نوشتاری و کلامی)، تبادل نظر در مورد چگونگی رسیدن به اهداف مورد نظر.
جلسه‌ی دوم	آموزش و تمرکز بر فعال‌سازی رفتاری و نیز تعامل فرد با محیط و آموزش راهبردهای مناسب فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس‌پرتی دوره‌ای، آموزش مهارت‌های روبه‌ای و تفکر نظاره‌ای، پخش فیلم کوتاه اثر پروانه.
جلسه‌ی سوم	آموزش روانی در مورد فرآیندهای شفاف‌بخشی گروهی (با چهار محور توجه‌هایی در مورد زمینه‌ی کلی اضطراب، انتخاب روش‌های درمانی مناسب، وضعیت جسمی و روان‌شناختی فرد، موضوعات انگیزشی)، ارائه فن تن‌آرامی.
جلسه‌ی چهارم	تمرکز بر جنبه‌های افسردگی و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امیددرمانی و بیان جملات مثبت و امید بخش در مورد پیشرفت‌های کوچک مراجع، کار بر روی عقاید فراشناختی.
جلسه‌ی پنجم	تمرکز مجدد بر جنبه‌های افسردگی و تغییر حالات خلقی و روانی از طریق استفاده از تمثیل در جریان آموزش روانی (تشریح حالات خلقی، بهبود سلسله مراتبی، عود اضطراب و حالات روانی به صورت تمثیل و گفتگوی گروهی مطرح شد).
جلسه‌ی ششم	تمرکز بر حالات و قضاوت‌های شناختی افراد در مورد ظاهر و وضع جسمی و کنترل و مدیریت تنش‌های آنها (شناسایی باورهای شناختی و ارزیابی‌های منفی در مورد وضعیت ظاهری، بررسی از طریق یادداشت‌ها در فرم، شخصیت و کنترل تنش، شناسایی و پیشگیری از پیامدهای منفی و نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی و منفی و بازسازی آنها)، بررسی راهکارهای راهی از اضطراب.
جلسه‌ی هفتم	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و بازسازی شناختی و مهارت قاطعیت در درمان و استفاده بهینه از روان‌شناس و مددکار.
جلسه‌ی هشتم	جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌های درمانی، نظرخواهی، ارائه راهکارهای پیگیرانه و در نهایت اجرای پس آزمون‌ها.

1. Way Of Coping Questionnaire (WOCQ)

2. Gross & Thompson

3. Kanter, Busch & Rusch

یافته ها

آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیر وابسته مورد مطالعه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

پس آزمون		پیش آزمون		گروه		متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
۲/۹۴	۲۰/۰۰	۲/۰۰	۹/۲۳	مسئله‌مدار	آزمایش	راهبردهای مقابله‌ای
۲/۸۸	۸/۸۴	۱/۶۵	۱۲/۳۱	هیجان‌مدار		
۱/۷۰	۸/۶۱	۱/۸۹	۸/۹۲	مسئله‌مدار	کنترل	
۲/۰۶	۱۲/۰۷	۱/۸۵	۱۱/۶۲	هیجان‌مدار		

در ادامه نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس نمرات گروه‌ها در متغیر راهبردهای مقابله‌ای، نشان داد که سطح معناداری به‌دست آمده در متغیر وابسته پژوهش بزرگ‌تر از $0/05$ است، بنابراین با $0/95$ اطمینان می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات راهبردهای مقابله‌ای در پیش‌آزمون یکسان هستند. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات راهبردهای مقابله‌ای نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون رعایت گردیده است ($P > 0/05$). در ادامه نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ($P > 0/05$) پشتیبانی می‌کنند. به منظور بررسی تفاوت میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج نشان داد، آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر با $0/29$ و $F = 5/53$ با حذف اثر متغیرهای همپراش، تفاوت در اثربخشی دوره درمانی بین گروه‌های آزمایش و کنترل، حداقل در یکی از مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای معنادار است ($P < 0/01$). لازم به ذکر است با توجه به اینکه برای بررسی تفاوت میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل، ابتدا به نتایج گزارش لامبدای ویلکز توجه می‌شود و در صورت معنی داری، مسلماً سایر اثرات مانند (ریشه دوم روی، اثر پیلاپی، شاخص هیتلینگ) معنی دار خواهند بود، لذا در این مطالعه تنها اثر لامبدا گزارش شد. جهت بررسی سوال پژوهش مبنی بر اینکه "آیا درمان فعال‌سازی رفتاری بر بهبود مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای (مسئله‌مدار و هیجان‌مدار) دانشجویان با اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد؟" از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. با توجه به جدول ۳، نتایج نشان داد پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین میانگین نمرات راهبردهای مقابله‌ای دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد شد و با توجه به میانگین نمرات راهبردهای مقابله‌ای گروه‌های آزمایش و کنترل، می‌توان گفت که درمان فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش معنی‌دار نمرات راهبرد مقابله مسئله‌مدار ($\eta^2 = 0/77$) و $p < 0/001$ و کاهش نمرات راهبرد مقابله هیجان‌مدار ($\eta^2 = 0/44$) و $p < 0/001$ و $F = 17/60$ ، گروه آزمایش شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه بر روی نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های سبک‌های مقابله‌ای بین گروه‌های آزمایش و کنترل با

کنترل اثر پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	Eta ²
پس آزمون	مسئله‌مدار	۱	۱۴/۰۶	۲/۴۸	۰/۱۲	
	هیجان‌مدار	۱	۲/۱۶	۰/۳۴	۰/۵۶	
گروه	مسئله‌مدار	۱	۸۲۷/۷۵	۱۴۶/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	هیجان‌مدار	۱	۱۱۰/۶۰	۱۷/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴
خطا	مسئله‌مدار	۲۶	۱۲۴/۳۶			
	هیجان‌مدار	۲۶	۱۳۸/۲۳			

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان با اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان اظهار کرد که درمان فعال‌سازی رفتاری بر افزایش راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار و کاهش راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار تأثیر معناداری دارد. این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعات پورمحمد و همکاران (۱۳۹۷)؛ دشت بزرگی (۱۳۹۷)؛ طاهری و همکاران (۱۳۹۶)؛ شاره (۱۳۹۵)؛ عطایی مغاللو و همکاران (۱۳۹۴)؛ زمستانی و همکاران (۱۳۹۲)؛ پرهون و همکاران (۱۳۹۳)؛ خدایانه و همکاران (۱۳۹۰)؛ اندرسون (۲۰۱۵)، میلز و همکاران (۲۰۱۵)؛ داو و همکاران (۲۰۱۴)؛ راسل (۲۰۱۳)؛ پاتریک (۲۰۱۲)، است.

در تبیین تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای (مسئله‌مدار و هیجان‌مدار) می‌توان بیان کرد که گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری، با هدایت خودگویی‌های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و شناخت‌های ناکارآمد، با هدف راه‌اندازی پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری هیجان‌های منفی عمل می‌کند. در جریان گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری مراجعان به درک درستی از هیجان‌های کارآمد و ناکارآمد خود می‌رسند که این امر می‌تواند به آنها در مقابله با شرایط تنش‌زا کمک کند. این درمان با استفاده از فنون مختلف به ویژه فن تمثیل (با مضامین کنترل شرایط تنش‌زا و انتخاب بهترین راه‌حل ممکن در هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب) می‌تواند موجب تغییر و سازگارتر شدن سبک‌های مقابله‌ای شود. درمان فعال‌سازی رفتاری با تأکید بر راهبردهای مقابله و تأثیر آنها بر کیفیت و سرزندگی، سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار را بر سبک مقابله‌ای متمرکز بر هیجان ارجح می‌داند؛ چرا که سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار، شامل ارزیابی شرایط مشکل‌زا، تلاش در جهت تغییر موقعیت، برنامه‌ریزی و دنبال راه‌حل گشتن و کسب راهنمایی از دیگران است.

علاوه‌براین، در جریان گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری، درمانگر با آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای به شرکت‌کنندگان سعی نمود تا شرکت‌کنندگان را با حالات درونیشان (مانند هیجان و شناخت) در یک حالت غیر قضاوتی و پذیرا آشنا کند. تشریح حالات خلقی و افزایش شناخت شرکت‌کنندگان از حالات درونی خویش، آنها را قادر ساخت تا پاسخ‌های عادی و خودبه‌خودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند. در نهایت نگرش و بصیرت شخص گسترش پیدا می‌کند و فرد وقایع غیرقابل تغییر زندگی را می‌پذیرد و در نتیجه فعال شدن پاسخ‌های تنیدگی‌زا کاهش می‌یابد. بنابراین می‌توان گفت، تمرینات فعال‌سازی رفتاری، خودآگاهی و هشیاری فیزیکی و شناختی را افزایش می‌دهد و این فرآیند، سبب ارزیابی صحیح خود می‌شود و الگوهای معیوب قبلی افکار و احساسات می‌شکند و فرد بیشتر در زمان حال زندگی می‌کند و فرآیندهای شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تسهیل می‌شود و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه خواهد کرد. بنابراین آرامش جسمی و روحی در وی به وجود می‌آید و فرد کمتر در برابر شرایط تنش‌زا به‌صورت هیجان‌مدار و شتاب زده عمل کرده و به جای آن سعی در حل مسئله به وجود آمده با انتخاب بهترین راه‌حل می‌نماید.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود، از جمله اینکه در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارش دهی استفاده شد، ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند و با توجه به تأثیر عوامل انسانی، در نتایج پژوهش محدودیت‌هایی در این خصوص به وجود آمده باشد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که این مطالعه بر روی دانشجویان دختر انجام گرفته و لذا نتایج به‌دست آمده به دانشجویان پسر قابل تعمیم نیست و یا باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین باید در نظر داشت که تحقیق حاضر در شهر خرم‌آباد اجرا شده و نتایج آن قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور، نیست به همین دلیل در تفسیر نتایج پژوهش این موضوع باید این محدودیت‌ها مد نظر قرار گیرد. علاوه براین، در این پژوهش اثرات درمانی در فواصل زمانی مختلف مورد پیگیری قرار نگرفته است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های گسترده‌تر استفاده گردد و اثر برخی متغیرهای احتمالی تأثیرگذار نیز کنترل گردد. در مجموع پیشنهاد می‌شود که گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری به عنوان شیوه مناسبی جهت بهبود راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان با اختلال اضطراب فراگیر، توسط مشاوران و روان‌درمانگران در نظر گرفته شود.

منابع

پرهون، ه؛ مردادی، ع. ر؛ حاتمی، م؛ مشیرپناهی، ش. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۴)، ۴۱-۶۱.

- پورمحمد، ک؛ مدحی، س؛ فروتن نژاد، ک. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر باورهای فراشناختی و نگرانی از تصویر بدنی دانشجویان دختر افسرده. ماهنامه رویش روانشناسی، پذیرفته شده و در نوبت انتشار.
- حسن زاده، پ؛ علی اکبری دهکردی، م؛ خمسه، م. ا. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۱(۲)، ۱۲-۲۱.
- خداپناه، م؛ مرادی، ع. ر؛ و خداپناه، م. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری در درمان افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به چاقی. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱(۱)، ۵۷-۴۷.
- دشت بزرگی، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه‌درمانی فعال‌سازی رفتاری بر انعطاف‌پذیری کنشی و باورهای فراشناختی بیماران وابسته به مواد افیونی. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۷)، ۲۸۷-۳۰۲.
- رضایی، ف؛ سهپوندی، م. ع؛ میرزایی هابیلی، خ. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی- رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱(۱)، ۴۳-۶۳.
- زمستانی، م؛ داوودی، ا؛ مهرابی زاده هنرمند، م؛ زرگر، ی. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب. فصلنامه روان‌شناسی بالینی، ۴(۴)، ۷۳-۸۴.
- طاهری، ه؛ طاهری، ا؛ امیری، م. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، اجتناب و ارزیابی‌های منفی افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۹(۵)، ۳۶۱-۳۶۵.
- طباطبایی، ر؛ رحمتی‌نژاد، پ؛ محمدی، د؛ اعتماد، ع. (۱۳۹۶). نقش سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان در میزان بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان. مجله علوم پزشکی قزوین، ۲۱(۲)، ۴۱-۴۹.
- ناینیان، م. ر؛ شعیری، م. ر؛ شریفی، م؛ هادیان، م. (۱۳۹۱). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۳(۴)، ۴۱-۵۰.
- ندائی، ع؛ پاغوش، ع. ا؛ صادقی هسنیجه، ا. ح. (۱۳۹۵). رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی: نقش واسطه‌ای مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان. مجله روان‌شناسی بالینی، ۸(۴)، ۳۹-۵۱.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Author.
- Bandelow, Brown; Michaelis, Sophie (2015). Epidemiology of anxiety disorder in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327 – 335.
- Dawe, S., & Loxton, N.J. (2014). Abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *International Journal of Eating Disorder*, 29, 455-462.
- Gross, J.J. & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., & Bush, A. M. (2008). Behavioral activation for Latinos with depression. *Clinical Case studies*, 6, 491-506.
- Kendall, P. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *NIH Public Access*, 24 (3), 360- 365.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Springer.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlook. *Annual Review of Psychology*, 4, 1-21.
- Lee, J. H., Park, S., & Sim, M. (2018). Relationship between ways of coping and posttraumatic stress symptoms in firefighters compared to the general population in South Korea. *Psychiatry Research*, 270, 649-655.
- Miles, H., Andr, J. S. (2015). The effect of behavioral activation group therapy on the meta cognitions of abusing in drug abuser. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 80-93.
- Patric, P. (2012). *The effect of behavioral activation group therapy on the stress and obsessive rumination of abusing in drug abuser. Drug and Alcohol, Dependence*, 48, 119-126.
- Peter, J., Lawrence, D, C., Murayama, K., & Creswell, C. (2019). Systematic review and meta-analysis: Anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 58(1), 46-60.
- Rasel, H. (2013). The effect behavioral activation group therapy on the meta cognitive beliefs of abusing in drug abuser. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 401-409.
- Rogers, P , Oualter, P , Phelps, G , & Gardner, K, (2006). Belief in the Paranormal, coping and emotional intelligence. *Personality and Individual Difference*, (41)6, (1089-1705).
- Shihata, S., McEvoy, P. M., & Mullan, B. A. (2018). A bifactor model of intolerance of uncertainty in undergraduate and clinical samples: Do we need to reconsider the two-factor model? *Psychological Assessment*, 30(7), 893-903.
- Spitzer, R. L. Kroenke, K., Williams, J. B. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.

- Winnicott, D. W. (2013). The Family and Emotional Maturity. In *Psychosomatic Disorders in Adolescents and Young Adults*. Proceedings of a Conference Held by the Society for Psychosomatic Research at the Royal College of Physicians, London. (P: 169).
- Zeidner, M., Matthews, G., & Shemesh, D. (2016). Cognitive-Social Sources of Wellbeing: Differentiating the Roles of Coping Style, Social Support, and Emotional Intelligence. *Journal of Happiness Studies*, 17, 2481-2501.



شپوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی