

The effect of behavioral activation therapy on learned helplessness and psychological toughness in depressed women

Farnaz Kiaian Moosavi

PhD student in psychology, Islamic Azad University, Bojnord Branch, North Khorasan, Iran.

* Abdollah Mafakheri

Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Iran.

Ali Mohammadzadeh Ebrahimi

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Bojnord University, North Khorasan, Iran.

Abstract

Aim: Depressed women have psychological problems that require interventions such as behavioral activation to reduce them. The purpose of this study was to investigate the effect of behavioral activation therapy on learned helplessness and psychological toughness in depressed women. **Method:** The research design was a semi-experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the research included all the people suffering from depression in Babol city who had referred to psychotherapy clinics in Babol city in 2019. Thirty people who scored medium to high in the Beck Depression Questionnaire were randomly selected and randomly assigned to 2 groups (15 people in the experimental group and 15 people in the control group). The intervention group underwent 90-minute behavioral activation therapy from Leahy, Holland & McGinn (2002) in 8 sessions once a week in groups, but no action was taken in the control group. Quinles and Nelson's (1988) learned helplessness questionnaire and Ahvaz Kiamarhi, Najarian and Mehrabizadeh's (1999) psychological toughness questionnaire were applied to them. Was. Data analysis was done with descriptive tests (mean and standard deviation) and covariance analysis using SPSS version 23 software. P value less than 0.05 was considered significant. **Result:** The results of covariance analysis indicated that behavioral activation treatment had an effect on learned helplessness ($F = 49.24$) and psychological toughness ($F =$

تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر درماندگی

آموخته‌شده و سرسختی روان‌شناختی در زنان افسرده

فرناز کیائیان موسوی

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، خراسان

شمالی، ایران

* عبدالله مفاخری

استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، ایران

علی محمد زاده ابراهیمی

دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، خراسان

شمالی، ایران

چکیده

هدف: زنان افسرده دارای مشکلات روان‌شناختی هستند که برای کاهش آن نیاز به مداخلاتی هم‌چون فعال‌سازی رفتاری می‌باشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر درمان درمان فعال‌سازی رفتاری بر درماندگی آموخته‌شده و سرسختی روان‌شناختی در زنان افسرده بود. **روش:** طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به افسردگی شهر بابل بود که در سال ۱۳۹۹ به کلینیک‌های روان‌درمانی سطح شهر بابل مراجعه کرده بودند. ۳۰ نفر از کسانی که در پرسشنامه افسردگی بک نمره متوسط به بالا کسب کردند، به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و در ۲ گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) به‌صورت تصادفی قرار گرفتند. گروه مداخله طی ۸ جلسه تحت درمان فعال‌سازی رفتاری بر اساس پروتکل لیهی، هالند و مک‌گین (۲۰۱۱) به صورت گروهی هفته‌ای یک‌بار و به‌مدت ۹۰ دقیقه قرار گرفتند اما در مورد گروه کنترل اقدامی انجام نشد. پرسشنامه درماندگی آموخته‌شده کوینلس و نلسون (۱۹۸۸) و سرسختی روان‌شناختی اهواز کیامرثی، نجاریان و مهربابی زاده (۱۹۹۹) در مورد آن‌ها اجرا شد. بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های توصیفی و تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS-23 انجام شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌داری در نظر گرفته شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد درمان

* نویسنده مسئول: Email: amafa32@yahoo.com

دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۳

17.58) in depressed women ($P < 0.001$). The amount of this effect in the variable of learned helplessness based on the square of the eta coefficient was equal to 52% and in the variable of psychological toughness, it was equal to 37%. **Conclusion:** According to the results of this research, behavioral activation can be used to reduce the psychological problems of depressed women and increase their toughness.

Keywords: depression, learned helplessness, women, psychological toughness, behavioral activation.

فعال‌سازی رفتاری بر درماندگی آموخته‌شده ($F = 49/24$) و سرسختی روان‌شناختی ($F = 17/58$) در زنان افسرده تأثیر داشت ($P < 0/001$). میزان این تأثیر در متغیر درماندگی آموخته‌شده بر اساس مجذور ضریب اتا برابر با ۵۲ درصد و در متغیر سرسختی روان‌شناختی برابر با ۳۷ درصد بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش، فعال‌سازی رفتاری می‌تواند برای کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان افسرده و افزایش سرسختی آن‌ها، مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: افسردگی، درماندگی آموخته‌شده، زنان، سرسختی روان‌شناختی، فعال‌سازی رفتاری.

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که متخصصان بهداشت روانی با آن مواجه‌اند و مطالعات همه‌گیرشناسی نیز این اختلال را شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی گزارش نموده‌اند. این اختلال با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود. افسردگی با رنج شخصی، اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی و نقش خانوادگی همراه بوده و یکی از علل اصلی ناتوانی و مرگ و میر است (Liu, Wang & Wang, 2022). برآوردهای همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که شیوع طول عمر این اختلال بین سیزده تا نوزده درصد می‌باشد. در حال حاضر بیش از ۳۵۰ میلیون نفر در سطح جهان به افسردگی مبتلا هستند (Weinberger et al., 2018).

یکی از مشکلات افراد افسرده، درماندگی آموخته‌شده است که در آن افراد برطبق تجربیات گذشته (مانند سرکوفت‌ها و ناکامی‌های مستمر، طولانی و مداوم) به این نتیجه می‌رسند که کوشش را با پیشرفت مرتبط نمی‌دانند. آن‌ها یاد گیرندگانی هستند که فکر می‌کنند هر کاری انجام دهند، به موفقیت دست نمی‌یابند. این موضوع نخستین بار توسط مارتین سلیگمن مطرح شد (Trindade, Mendes & Ferreira, 2020) بی‌ثباتی انگیزشی، طیفی از هیجانات منفی (از ناامیدی تا افسردگی)، انتساب‌های درونی پایدار و فراگیر و آسیب‌پذیری نسبت به رویدادهای زندگی از عوامل مرتبط با احساس درماندگی هستند. می‌توان این‌گونه اظهار داشت که افراد درحالت درماندگی و درموقعیتی کنترل‌ناپذیر، فعالیت شناختی شدید اما ناموفق را به کار می‌گیرند. افراد افسرده بعد از تجربه چنین وضعیتی، دچار خستگی شناختی می‌شوند و در کنترل شرایط احساس ناتوانی می‌کنند (Yang et al, 2019). افرادی که خصیصه‌های خوش‌بینانه را برای توضیح عوامل استرس‌زا و کنترل‌ناپذیر به کار می‌برند، کمتر دچار درماندگی آموخته‌شده می‌شوند تا افرادی که از خصیصه‌های بدبینانه برای برخورد با عوامل استرس‌زا استفاده می‌کنند. همچنین درماندگی آموخته‌شده تأثیر بسزایی بر بیولوژی اعصاب انسان و پیامدهای مهم سلامت جسمی و افسردگی دارد (Azizi et al, 2020).

افسردگی می تواند تمام جنبه های زندگی فرد بیمار راتحت تأثیر قرار دهد. یکی از این جوانب سرسختی روان شناختی می باشد که توسط کوباسا (۱۹۷۹) مطرح شد. سرسختی روان شناختی، مجموعه ای متشکل از ویژگی های شخصیتی است که در رویارویی با حوادث فشارزای زندگی، به عنوان منبعی از مقاومت و به عنوان سپری محافظ عمل می کند. سرسختی روان شناختی یک جهت گیری کلی نسبت به خود و دنیای پیرامون است و شامل سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی است (Saify, Y., & Taghavi, 2019). فردی که سرسختی روان شناختی زیادی دارد، از سه مشخصه عمومی برخوردار است: قادر به کنترل یا تأثیرگذاری بر حوادث است و فشارزاهای روانی را قابل تغییر می داند، توانایی احساس عمیق در آمیختگی یا تعهد نسبت به فعالیت هایی دارد که انجام می دهد، به این امر اعتقاد دارد که تغییر یک مبارزه هیجان انگیز برای شدت بیشتر است و آن را جنبه ای از زندگی می داند (Gucciardi et al., 2021).

توجه به روان درمانی ها در درمان بیماران افسرده امری اجتناب ناپذیر می باشد. محققان معتقدند (۲۰۲۲) رویکردهای یکپارچه نگر ظرفیت اثرگذاری بیشتری برای کمک به رفع مشکلات روان شناختی افراد در شرایط متفاوت فراهم می کنند که یکی از درمان های موثر در درمان بیماری افسردگی، فعال سازی رفتاری می باشد. درمان فعال سازی رفتاری به عنوان یک مداخله معتبر کوتاه مدت بر ارتقای کیفیت و سبک زندگی و کاهش هیجان های منفی در افراد تأکید دارد (Jeness, 2022). این درمان با افزایش فعالیت های ارزشمند، احساس لذت و موفقیت را افزایش می دهد که از مزایای آن، سادگی و نداشتن عوارض جانبی است. تأکید فعال سازی رفتاری بر تبادل بین فرد و محیط در طی زمان و شناسایی محرک های محیطی و پاسخ های مقابله ای دخیل در سبب شناسی و تداوم خلق افسرده وار است (Eisanezhad Boshehri & Dasht Bozorgi, 2018).

نتایج پژوهش های سینگلا، سیموندس و همکاران و عزیزی نشان داد که درمان فعال سازی رفتاری بر درماندگی آموخته شده زنان افسرده تأثیر داشت (Singla et al., 2022, Simmonds et al., 2019, Azizi et al., 2020). همچنین پژوهش ها نشان داد که درمان فعال سازی رفتاری بر سرسختی روان شناختی زنان افسرده تأثیر داشت (Mohammadian et al., 2019, Taherpour et al., 2020, Taghipour et al., 2019). با توجه به ادبیات مطالعات انجام شده در این زمینه، می توان چنین جمع بندی کرد که تاکنون تأثیر درمان فعال سازی رفتاری بر درماندگی آموخته شده و سرسختی روان شناختی مورد بررسی قرار نگرفته است. این پژوهش به دنبال آن است که این خلأ موجود در پژوهش های گذشته را پر کند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان فعال سازی رفتاری بر درماندگی آموخته شده و سرسختی روان شناختی در زنان افسرده می باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به افسردگی شهر بابل بود که در سال ۱۳۹۹ به کلینیک‌های روان‌درمانی سطح شهر بابل مراجعه کرده بودند. ۳۰ نفر از کسانی که در پرسشنامه افسردگی بک (۲۰۰۱) نمره متوسط به بالا کسب کردند، به صورت در دسترس انتخاب شدند و در ۲ گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) به صورت تصادفی قرار گرفتند. تعداد نمونه لازم بر اساس مطالعات مشابه، مانند پژوهش فاریابی و همکاران (۱۳۹۹)، با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۰/۹۵ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه ۸ زوج محاسبه شد (Faryabi et al, 2020). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص افسردگی با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه‌ی بالینی، گذشتن حداقل ۳ ماه از تشخیص افسردگی، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی حاد و مزمن، شرایط سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و تمایل و رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج عبارت بود از: عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی در ۳ ماه گذشته، بیمارانی که در طول درمان مشخص شود که شرایط منطبق با اهداف پژوهش را نداشته باشند و شرکت در دوره‌های آموزشی دیگر به صورت همزمان داشتند از مطالعه خارج می‌شدند. ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز عبارت بود از: رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، به آن‌ها اطمینان داده شد که اصل رازداری رعایت شود و این‌که می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخ‌گویی، همکاری در پژوهش را ادامه ندهند. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1400.004 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد است. در این پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۱ و حداقل نمره صفر است. به عنوان یک قاعده کلی نمره ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ به عنوان افسردگی شدید تعریف می‌شود. در مطالعه‌ای ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ برای آن گزارش شد (Dabson & Mohammad, 2007). موتابی و همکاران (۲۰۱۱) نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفا کرونباخ را ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند (Motabi, 2011). در این پژوهش پایایی پرسشنامه به کمک محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه درماندگی آموخته‌شده: این مقیاس در سال ۱۹۸۸ توسط کوبینلس و نلسون طراحی شد که شامل ۲۰ سؤال ۴ گزینه‌ای و براساس مقیاس لیکرت است و نمره‌گذاری آن از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً)

موافق) صورت گرفته است. نمره برش این پرسشنامه ۴۰ است. درستی این پرسشنامه ۰/۷۹ و قابلیت اعتماد به آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است. با ارزیابی نسخه اصلی آن با دیگر مقیاس‌های موجود همچون مقیاس افسردگی بک، ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس حرمت خود اسمیت ۰/۶۲ و قابلیت اعتماد به آن ۰/۸۵ گزارش شده است. آلفای کرونباخ در پژوهش‌های دیگر ۰/۹۴ و ۰/۹۰ به دست آمد. در ایران برای قابلیت اعتماد به این مقیاس، آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین وی گزارش کرده است که برای تعیین درستی سازه این مقیاس از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی استفاده شده است که در تحلیل داده‌های پرسشنامه، مقدار شاخص کفایت نمونه‌گیری ۰/۸۵ و مقدار آزمون بارتلت شاخص کفایت ماتریس همبستگی (۳۲۳۷/۳۰) محاسبه شده است (Rajabi, Shamoni Ahwazi & Amanollahi, 2018). در این پژوهش پایایی پرسشنامه به کمک محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی اهواز: یک مقیاس خودگزارشی مداد کاغذی است که دارای ۲۷ ماده است. این مقیاس به وسیله‌ی تحلیل عوامل توسط کیامرثی و همکاران (۱۹۹۹)، در یک نمونه‌ی ۵۲۳ نفری از دانشجویان ساخته شده و سرسختی روان‌شناختی را موردسنجش قرار می‌دهد. هر آزمودنی در این پرسشنامه نمره‌ای بین ۰ تا ۸۱ کسب می‌کند که هرچه نمره‌ی فرد بالاتر باشد از سرسختی بالاتر برخوردار است و نمره برش این پرسشنامه ۳۱ است. کیامرثی و همکاران (۱۹۹۹)، برای سنجش پایایی این مقیاس دو روش بازآزمایی و همسانی درونی را به کار گرفته‌اند. ضریب همبستگی میان آزمون و آزمون دوباره با فاصله‌ی زمانی ۶ هفته، در نمونه‌ی ۱۱۹ نفری از آزمودنی‌ها، برای کل آزمودنی‌ها و آزمودنی‌های دختر و آزمودنی‌های پسر به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۴ گزارش شد. برای ارزیابی و سنجش همسانی درونی مقیاس سرسختی روان‌شناختی، ضریب‌های آلفا کرونباخ در نمونه‌ی ۵۲۳ نفری به کار گرفته شد. ضریب آلفای کرونباخ برای سرسختی روان‌شناختی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۷۶، برای آزمودنی‌های دختر ۰/۷۶ و برای آزمودنی‌های پسر ۰/۷۶ بود. پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ در پژوهش تقی پور و همکاران (۱۳۹۸) ۰/۷۵ به دست آمد و برای احراز روایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد که ضرایب همبستگی گویه‌ها بین ۰/۱۴ تا ۰/۵۰ به دست آمد (Taghipour et al, 2019).

سپس گروه مداخله، طی ۸ جلسه تحت درمان فعال‌سازی رفتاری بر اساس پروتکل لیهی، هالند و مک‌گین (۲۰۱۱) و به صورت گروهی هفته‌ای یک‌بار به مدت ۹۰ دقیقه قرار گرفتند اما در مورد گروه کنترل اقدامی انجام نشد. این مداخله توسط متخصص رشته‌ی روانشناسی که این دوره درمانی را گذرانده بود، در مرکز مشاوره مهر شهر بجنورد اجرا شده است. محتوای مداخله‌ی درمان فعال‌سازی رفتاری در جدول ۱ آورده شده است.

جدول (۱) پروتکل درمان فعال‌سازی رفتاری (Ghodrati S, Vaziri Nekoo, 2018)

جلسات	اهداف و محتوا	تکلیف
اول	آشنایی اعضای گروه با هم، بیان قوانین گروه، خوش آمدگویی و آشنایی و معارفه اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر؛ بیان احساسات توسط افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان مقررات گروه	ارائه برگه الگوی افسردگی و بحث در مورد تأثیر افسردگی بر زندگی، مقدمه ای بر منطق درمان، مقدمه ای بر مشاهده روزانه، نکات مهم ساختاری این درمان، معرفی فرم بازبینی روزانه (فرم ۱)، درجه بندی لذت و اهمیت. انجام پیش آزمون
دوم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ ارائه مدل درمان فعال‌سازی رفتاری؛ بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱) و رفع اشکال؛ منطق درمان: بررسی تکلیف؛ نکات مهم در مورد ساختار درمان	اجرای سیاهه حوزه‌های زندگی؛ ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲)؛ تکالیف: تکمیل فرم بازبینی روزانه (فرم ۱)؛ بررسی سیاهه حوزه‌های زندگی؛ ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲).
سوم	بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱)، سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: بررسی تکلیف (فرم ۲)؛ انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها (فرم ۳).	بازبینی روزانه (فرم ۱) و ادامه بررسی و تغییر سیاهه حوزه‌های زندگی؛ ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲)؛ بررسی و تغییر انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها؛ بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)
چهارم	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)؛ قراردادهای (فرم ۴)؛ بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)؛ تداوم افزودن/اصلاح قراردادهای (فرم ۴)
پنجم	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)؛ سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۲)	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)؛ تداوم افزودن/تغییر قراردادهای (فرم ۴)
ششم	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)؛ انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۳)؛ بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)؛ تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادهای (فرم ۴)
هفتم	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)؛ انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۳)؛ بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)؛ تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادهای (فرم ۴)
هشتم	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱)؛ بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت؛ آمادگی برای خاتمه و اجرای پس آزمون	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)؛ تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادهای (فرم ۴).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کوواریانس و با

استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی داری در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه فعال‌سازی رفتاری ۵۸/۸ و گروه کنترل ۴۱/۲ بود. تحلیل داده‌ها به‌منظور تعیین تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر درماندگی آموخته شده و سرسختی روان‌شناختی در زنان-افسرده صورت گرفت. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره ۲ گزارش شد.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

کنترل	آزمایش	آزمون	متغیرها
Mean ± SD	Mean ± SD		
۵۱/۱۳±۹/۸۱	۵۱/۱۳±۷/۸۸	پیش‌آزمون	درماندگی آموخته‌شده
۵۰/۵۳±۹/۶۲	۳۹/۳۳±۸/۶۶	پس‌آزمون	
۳۰/۶۶±۷/۷۰	۳۱/۷۳±۱۱/۱۸	پیش‌آزمون	سرسختی روانشناختی
۳۱/۰۶±۷/۶۹	۴۳/۲۶±۱۱/۱۲	پس‌آزمون	

براساس جدول شماره ۲، میانگین نمرات درماندگی آموخته‌شده و سرسختی روانشناختی در مرحله پس‌آزمون در گروه فعال‌سازی رفتاری نسبت به گروه کنترل افزایش داشته، اما در مرحله پیش‌آزمون تغییرات کم بوده است.

برای تعیین معنی‌داری این تفاوت با توجه به این‌که لازم است اثر پیش‌آزمون مهار شود؛ از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس، مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. بر همین اساس، سطح معناداری برای تمامی متغیرها، بزرگ‌تر از ۰/۰۵ منظور گردید و فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته شد. یکی دیگر از مفروضات اجرای آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری، همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها بود که برای بررسی برقراری آن از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در هیچ یک از متغیرها معنادار نبود. از این رو فرض مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی همسانی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و سطح معناداری آن برابر با ۰/۳۱۴ به دست آمد. از آنجایی که این مقدار، بزرگ‌تر از سطح معناداری (۰/۰۰۱) موردنیاز برای رد فرض صفر بود، همسانی ماتریس کواریانس‌ها مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول (۳) شاخص‌های تحلیل کواریانس درماندگی آموخته‌شده و تنظیم هیجان برحسب نوع درمان و همپراشی پیش‌آزمون

متغیرها	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذورات
درماندگی آموخته شده	نوع درمان	۳/۸۷۷	۱	۳/۸۷۷			۰/۵۲
	خطا	۷/۲۸۱	۲۸	۰/۲۶	۱۴/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲
سرسختی روانشناختی	نوع درمان	۴/۰۶۲	۱	۴/۰۶۲			۰/۳۷
	خطا	۸/۶۸۱	۲۸	۰/۳۱	۱۳/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷

باتوجه به نتایج جدول شماره ۴ متغیرهای درماندگی آموخته‌شده و سرسختی روانشناختی، اثرپیش‌آزمون و اثر نوع درمان معنادار به‌دست آمد. متغیر درماندگی آموخته‌شده پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون در گروه

درمانی فعال‌سازی رفتاری ($F=16/91, P\leq 0/001$) و متغیر سرسختی روان‌شناختی ($F=13/10, P\leq 0/001$) معنادار بود.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر درماندگی آموخته‌شده و سرسختی روان‌شناختی در زنان افسرده انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری بر درماندگی آموخته‌شده زنان افسرده تأثیر داشت. نتایج این یافته با پژوهش‌های سینگلا و همکاران، سیموندز و همکاران و عزیزی و همکاران همسو بود (Singla et al., 2022, Simmonds et al, 2019, Azizi et al., 2020). در تبیین این یافته می‌توان گفت که براساس نظریات رفتاری یکی از علل رفتاری افسردگی به‌هم‌خوردن نظم و ترتیب در فعالیت‌های روزانه می‌باشد. درمان فعال‌سازی رفتاری موجب مرتب‌شدن فعالیت‌های روزانه شده که این امر باعث کاهش درماندگی و افزایش فعالیت‌های بیمار و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌گردد. بنابراین، بخشی از علائم افسردگی یعنی اختلال خواب و عدم علاقه به شرکت لذت‌بخش 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 افراد قادر به انجام فعالیت‌هایی می‌شوند که قبلاً آن‌ها را نادیده گرفته یا قادر به انجام آن نبودند و به این ترتیب درماندگی در افراد افسرده کاهش می‌یابد (Azizi et al., 2020). علت اثربخشی این درمان می‌تواند این باشد که در حین درمان، افراد یاد می‌گیرند که سبک زندگی‌شان را عوض و قانون جدیدی را در زندگی دنبال کنند. یعنی به جای این‌که «هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، خاموش شوند»، فعال شوند. فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی بر تأثیر رفتارها بر خلق و علائم تأکید می‌کند. درمانگر، مراجع را برای درگیری مجدد با منابع بالقوه تقویت مثبت، تنظیم اهداف تکلیف‌محور و کاهش درماندگی مواجه می‌کند. فرض بر این است که افزایش مشارکت در فعالیت‌های لذت‌بخش سطوح عاطفه مثبت را بالا می‌برد و چنین افزایشی در فعالیت و عاطفه مثبت منجر به کاهش علائم افسرده‌ساز می‌شود (Singla et al., 2022).

درمان فعال‌سازی رفتاری با درگیری افراد در فعالیت‌های پاداش‌دهنده و کاهش رفتارهای بی‌اثر می‌تواند از یک‌سو باعث کاهش چرخه نشخوار فکری و به تبع آن کاهش درماندگی شود و از طرفی با تشویق بیماران برای مواجهه ممتد با رفتارهایی که با خلق افسرده، انگیزه و تمایل آن‌ها ناهماهنگ است، زمینه را برای انعطاف‌پذیری هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همراه سازد، به عبارتی دیگر، در درمان فعال‌سازی رفتاری با مورد هدف قراردادن رفتارهای غیرپاداش‌دهنده و ایجاد یک سبک فعال رفتاری، ظرفیت انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی بیمار نیز به‌طور غیرمستقیم مورد مداخله قرار می‌گیرند که همین

ظرفیت‌سازی می‌تواند منجر به کاهش علائم هیجانی و شناختی افسردگی نظیر نشخوار فکری، عدم تمرکز، خلق افسرده و ناامیدی شود (Simmonds et al., 2019). دیگر نتایج این پژوهش نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری بر سرسختی روانشناختی زنان افسرده تأثیر داشت. نتایج این یافته با پژوهش‌های تقی پور و همکاران ۱۳۹۸، طاهرپور و همکاران ۱۳۹۹ و محمدیان و همکاران ۱۳۹۸ همسو بود (Mohammadian et al, 2019, Taherpour et al, 2020, Taghipour et al, 2019).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در درمان فعال‌سازی رفتاری با مورد هدف قرار دادن رفتارهای غیرپاداش دهنده و ایجاد یک سبک فعال رفتاری، ظرفیت انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی بیمار نیز به طور غیرمستقیم مورد مداخله قرار می‌گیرند که همین ظرفیت‌سازی می‌تواند منجر به کاهش علائم هیجانی و شناختی نظیر نشخوار فکری، عدم تمرکز، خلق نامطلوب و افکار منفی شود. درمان فعال‌سازی رفتاری، بیماران را تشویق می‌کند فعال‌تر شوند و یا سعی کنند تکالیف رفتاری مرتبط با فرایند درمانشان را انجام دهند، حتی اگر هیچ انگیزه‌ای برای انجام دادن اینکار نداشته باشند. چنین فرایندی به مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق و افزایش سرسختی می‌گردد (Taghipour et al, 2020). فعال‌سازی رفتاری با برنامه‌ریزی هدفمند و پایش فعالیت‌ها و ارائه فعالیت‌های جدید به عنوان جایگزینی برای فعالیت‌های اجتنابی، آن‌هم توسط خود مراجع، موجب رشد و تعالی ویژگی‌هایی در افراد می‌شود که رابطه مستقیمی با سرسختی روان‌شناختی دارد، و آن عبارتست از پذیرش خود به‌عنوان فردی که "می‌تواند" و توانایی دیدن و پذیرفتن نقاط ضعف و قوت خود را پیدا می‌کند و این تأثیر مستقیمی بر رشد هویت شخصی، خودمختاری و تسلط بر محیط را ایجاد می‌کند. از دیگر تمرینات ضمنی فعال‌سازی رفتاری که در خلال روان‌درمانی و در صورت لزوم بدان پرداخته می‌شود، تکنیک افزایش مهارت‌های اجتماعی و برقراری ارتباط مؤثر با دیگران است که موجب افزایش حمایت اجتماعی در برقراری ارتباط با دیگران می‌شود و این حمایت اجتماعی یکی از موارد تأثیرگذار در سرسختی روان‌شناختی می‌باشد (Ghodrati S, Vaziri Nekoo, 2018).

اما محدودیت‌هایی در این زمینه وجود داشت. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان اشاره کرد که بررسی‌ها و مصاحبه‌ها مطابق با چند جلسه روان‌درمانی بوده است و زمان برای دوره‌های پیگیری نیز وجود نداشت. جلسات آموزش درمان هم با مشکلات زیادی نظیر توجیه حضور به موقع در جلسات، غیبت نکردن از جلسات درمانی و موارد دیگر همراه بود. هم‌چنین از آنجایی که مطالعه در شهر بابل یعنی تنها در یک مکان و شهر انجام شده است در تعمیم نتایج به کل کشور یا کل زنان افسرده باید احتیاط صورت گیرد. با توجه به نتایج این مطالعه، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، موضوع با تعداد نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری صورت پذیرد. مقایسه اثر بخشی این درمان‌ها با سایر درمان‌های

روانشناختی و در نظر گرفتن عواملی مانند طبقه اجتماعی، اقتصادی و مصرف دارو در شرکت کنندگان پژوهش نیز می‌تواند مفید باشد. با توجه به اثر بخش بودن درمان فعال‌سازی رفتاری بر درماندگی آموخته شده و سرسختی روان‌شناختی بیماران افسرده بر اهمیت کاربرد این روش درمانی در مورد سایر اعضای خانواده بیماران نیز تأکید می‌شود. همچنین از نهادها و انجمن‌های حمایتی و مسئول در کنار روانشناسان، جهت درمان و کاهش بار سنگین اقتصادی استفاده شود و کار تیمی جایگزین کار فردی گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکترای روانشناسی نویسنده اول است. بدین وسیله نویسندگان از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و تمام کسانی که به نحوی مؤثر در انجام این پژوهش همکاری نموده‌اند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

مقاله حاضر بدون حمایت مالی انجام شده است.

References

- Azizi, A., Dastbaaz, A., Hosseini, S., Abedi, M. (2020). Comparing the Effectiveness of Meta-cognitive therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Depression, Resilience and Quality of life in a Depressed divorced Women. *Journal of Modern Psychological Researches*, 15(57), 203-217.
- Dabson, K.S., & Mohammad K. P. (2007). Psychometric characteristics of Beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. *Journal of Rehabilitation*, 8(2), 82-86.
- Eisanezhad Boshehri, S., & DashtBozorgi, Z. (2018). Effectiveness of behavioral activation treatment on marital intimacy and sexual satisfaction of women during premenopause. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 6(1), 63-71.
- Jeness, J. L., DeLonga, K., Lewandowski, R. E., Spiro, C., Crowe, K., Martell, C. R., ... & McCauley, E. (2022). Behavioral Activation as a Principle-Based Treatment: Developments from a Multi-Site Collaboration to Advance Adolescent Depression Treatment. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 1-18.
- Ghodrati, S., & Vaziri Nekoo, R. (2018). The Effectiveness of Behavioral Activation (BA) on Psychological Well-being and Psychological Flexibility in Female Students. *Journal of Medical Council of Iran*, 36(4), 233-240.
- Gucciardi, D. F., Lines, R. L., Ducker, K. J., Peeling, P., Chapman, M. T., & Temby, P. (2021). Mental toughness as a psychological determinant of behavioral perseverance in special forces selection. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 10(1), 164-185.

- Liu, X., Wang, S., & Wang, G. (2022). Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19-20), 2665-2677.
- Mohammadian, M., maredpour, A., Ramezani, K., Fathi, M. Comparison of the efficacy of Cognitive behavioral hypnotherapy and Drug therapy on Psychological Hardiness and State – Trait Anxiety in panic disorder. *medical . Journal of mashhad university of medical sciences*, 2020; 63(2): 2340-2349.
- Motabi, F., Fata, L., Moloodi, R., Ziai, K., & Jafari, H. (2011). Development and Validation of Depression-Related Beliefs Scale. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 17(3), 208-217.
- Rajabi, G., Shamoni Ahwazi, S., & Amanollahi, A. (2018). The effect of Group Cognitive-Behavior Therapy on Depression Symptoms Decrease in Adolescence Girls. *Journal of Educational Psychology Studies*, 15(29), 125-148.
- Saify, Y., & Taghavi, M. (2019). Relationship between Spiritual well-being and Marital Satisfaction: The mediation of psychological Hardiness. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*, 14(1), 31-41.
- Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., & Waller, G. (2019). Acceptability and efficacy of group behavioral activation for depression among adults: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(5), 864-885.
- Singla, D. R., Hossain, S., Ravitz, P., Schiller, C. E., Andrejek, N., Kim, J., ... & Dimidjian, S. (2022). Adapting behavioral activation for perinatal depression and anxiety in response to the COVID-19 pandemic and racial injustice. *Journal of affective disorders*, 299, 180-187.
- Taghipour, R., Siahpoosh, S., Kazemi Dalivand, F., Sadeghi, P., & Farjadtehrani, T. (2019). Comparison of the Effect of Cognitive-Behavioral Therapy and Narrative Therapy in Improving Death Related Distress and Psychological Hardiness in Female Patients with Breast Cancer. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(4), 169-203.
- Taherpour, R., Hatami, H. R., Ahadi, H., Zakeripour, G. R., & Kalhorniya Golkar, M. (2020). The Impact of Cognitive-Behavioral Group Therapies and Positive Treatment on the Psychological Hardiness and Quality of Life in Women Suffering from T. *The Women and Families Cultural-Educational*, 15(51), 151-168.
- Trindade, I. A., Mendes, A. L., & Ferreira, N. B. (2020). The moderating effect of psychological flexibility on the link between learned helplessness and depression symptomatology: A preliminary study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 68-72.
- Weinberger, A. H., Gbedemah, M., Martinez, A. M., Nash, D., Galea, S., & Goodwin, R. D. (2018). Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: widening disparities in vulnerable groups. *Psychological medicine*, 48(8), 1308-1315.
- Yang, S. J., Song, Z. J., Wang, X. C., Zhang, Z. R., Wu, S. B., & Zhu, G. Q. (2019). Curculigoside facilitates fear extinction and prevents depression-like behaviors in a mouse learned helplessness model through increasing hippocampal BDNF. *Acta Pharmacologica Sinica*, 40(10), 1269-1278.