

Original Article

The Effectiveness of Behavioral Activation Therapy on Interpersonal Sensitivity, Self-Esteem, and Perceived Social Support in Students with Major Depressive Disorder

Farzin Bagheri Sheykhangafshe¹, PhD; Forough Esrfilian^{1*}, PhD; Hadis Taghdiri², MSc; Vahid Savabi Niri³, MSc; Faranak Saeedi Moghadam⁴, MSc

¹Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

²Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Garmsar Branch, Garmsar, Iran

³Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Ardabil Branch, Ardabil, Iran

⁴Department of General Psychology, Payame Noor University of Zarrinshahr Branch, Isfahan, Iran

Article Information

Article History:

Received: June 06, 2024

Accepted: July 01, 2024

*Corresponding Author:

Forough Esrfilian, PhD;
Department of Psychology, Faculty
of Humanities, Tarbiat Modares
University, Tehran, Iran
Email: Esrfilian.fo@gmail.com

Abstract

Introduction: Major depressive disorder (MDD) is one of the most prevalent mental disorders among university students, with serious implications for their psychological well-being and academic performance. This study aimed to determine the effectiveness of behavioral activation therapy on interpersonal sensitivity, self-esteem, and perceived social support in students with MDD.

Methods: This semi-experimental study employed a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population consisted of the university students in Tehran Province in 2023. A sample of 34 students with MDD was randomly assigned to either an experimental group (n=17) or a control group (n=17). Data collection instruments included standardized questionnaires for depression, interpersonal sensitivity, self-esteem, and perceived social support. The experimental group received 10 sessions of behavioral activation therapy, each lasting 60 minutes, while the control group received no intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS software (version 27).

Results: The findings indicated that behavioral activation therapy led to a significant reduction in interpersonal sensitivity, including its components of interpersonal awareness, need for approval, separation anxiety, shyness, fragile inner self, and a significant increase in self-esteem and perceived social support in students with MDD ($P<0.01$).

Conclusion: Behavioral activation therapy could serve as an effective intervention for reducing interpersonal sensitivity and enhancing self-esteem and perceived social support in students with MDD. It is recommended that counselors and psychotherapists in university settings incorporate this therapeutic approach to improve students' mental and social health.

Keywords: Behavior Therapy; Sensitivity Training Groups; Self Concept; Social Support; Depressive Disorder, Major

Please cite this article as:

Bagheri Sheykhangafshe F, Esrfilian F, Taghdiri H, Savabi Niri V, Saeedi Moghadam F. The Effectiveness of Behavioral Activation Therapy on Interpersonal Sensitivity, Self-Esteem, and Perceived Social Support in Students with Major Depressive Disorder. Sadra Med. Sci. J. 2025; 13(3): 494-508. doi: 10.30476/smsj.2025.102904.1541.



مجله علوم پزشکی صدرا

<https://smsj.sums.ac.ir/>



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر حساسیت بین فردی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

فرزین باقری شیخانگفته^۱، فروغ اسرافیلیان^{۱*}، حدیث تقدیری^۲، وحید صوابی نیری^۲، فرانک سعیدی مقدم^۴

^۱گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۲گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، گرمسار، ایران
^۳گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران
^۴گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد زرین شهر، اصفهان، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۱۱

*نویسنده مسئول:

فروغ اسرافیلیان،
گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت
مدرس، تهران، ایران
پست الکترونیکی: Esrafilian.fo@gmail.com

مقدمه: افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی در میان دانشجویان است که می تواند تأثیرات جدی بر سلامت روان و عملکرد تحصیلی آن ها داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر حساسیت بین فردی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

مواد و روش ها: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح آن به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه های استان تهران در سال ۱۴۰۲ بود. ۳۴ دانشجوی افسرده به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۷ نفر) و گروه کنترل (۱۷ نفر) جای دهی شدند. ابزار گردآوری شامل پرسش نامه های افسردگی، حساسیت بین فردی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده بود. گروه آزمایش درمان فعال سازی رفتاری را در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای دریافت کردند ولی گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج به دست آمده نشان داد که درمان فعال سازی رفتاری به طور معنی داری باعث کاهش حساسیت بین فردی (آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمروبی، خود درونی شکننده) و در مقابل باعث افزایش عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شده است ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: استفاده از درمان فعال سازی رفتاری می تواند به عنوان یک روش مؤثر در کاهش حساسیت بین فردی و افزایش عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مورد استفاده قرار گیرد. مشاوران و روان درمانگران نیز می توانند در محیط های دانشگاهی از این روش درمانی به منظور بهبود سلامت روانی و اجتماعی دانشجویان استفاده نمایند.

کلمات کلیدی: رفتاردرمانی، گروه های آموزش حساسیت، خودپنداره، حمایت اجتماعی، اختلال افسردگی اساسی

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

باقری شیخانگفته ف، اسرافیلیان ف، تقدیری ح، صوابی نیری و، سعیدی مقدم ف. اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر حساسیت بین فردی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۳، شماره ۳، تابستان ۱۴۰۴، ۴۹۴-۵۰۸.

شدن‌های معمولی واکنش‌های شدیدی نشان دهند که می‌تواند منجر به احساس بی‌ارزشی، ناامیدی و تشدید افسردگی شود (۱۱). وقتی فرد مبتلا به افسردگی در تعاملات اجتماعی با واکنش‌های منفی مواجه می‌شود، احساس بی‌ارزشی و ناامیدی او افزایش می‌یابد. این احساسات منفی می‌توانند به چرخه‌ای از خودانتقادی و کاهش اعتمادبه‌نفس منجر شوند که در نهایت به تشدید افسردگی می‌انجامد (۸). نتایج پژوهش اوتانی^۳ و همکاران (۱۱) حاکی از همبستگی معنادار بین حساسیت بین فردی و باورهای منفی نسبت به خود بود. افرادی که نمرات بالایی در ابعاد حساسیت بین فردی کسب می‌کردند مستعد ابتلا به افسردگی بودند. یافته‌های مطالعه پیترز^۴ و همکاران (۶) نیز نشان داد، بیمارانی که با دارو افسردگی خود را کنترل می‌کردند از حساسیت بین فردی کمتری برخوردار بودند.

در میان عوامل متعدد مرتبط با افسردگی، عزت نفس^۵ به‌عنوان یکی از عناصر کلیدی و تأثیرگذار بر سلامت روانی دانشجویان، نقش مهمی ایفا می‌کند (۱۲). عزت نفس به معنای تصویری که فرد از خود دارد و ارزشی که برای خود قائل است، می‌تواند به‌طور مستقیم و غیر مستقیم بر شدت و دوره‌های افسردگی تأثیر بگذارد (۱۳). دانشجویان با عزت نفس پایین ممکن است بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی قرار گیرند و در مواجهه با چالش‌های زندگی کمتر قادر به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر باشند (۱۴). همچنین عزت نفس پایین باعث ایجاد افکار منفی درباره فرد و توانایی‌هایش می‌شود. این افکار منفی می‌توانند باعث ایجاد و تقویت احساسات منفی مانند غم، ناامیدی و اضطراب شوند که همه این احساسات می‌توانند منجر به افسردگی گردد (۱۵). بررسی رابطه بین افسردگی و عزت نفس می‌تواند به درک بهتر از سبب‌شناسی این اختلال و ایجاد راهکارهای درمانی مؤثرتر کمک کند (۱۶). مطالعات نشان می‌دهند که بهبود عزت نفس به کاهش علائم افسردگی کمک می‌کند و در مقابل، درمان موفقیت‌آمیز افسردگی نیز منجر به افزایش عزت نفس می‌گردد (۱۷). در این زمینه، نتایج پژوهش کانلی و کاراسار^۶ (۱۲) نشان داد که عزت نفس و تأیید اجتماعی به میزان قابل توجهی سطوح افسردگی دانشجویان را پیش‌بینی می‌کند. افرادی که عزت پایینی دارند و تأیید اجتماعی مطلوبی

دوران دانشجویی با تغییرات زیادی مثل جدا شدن از خانواده، محیط جدید دانشگاه، فشارهای تحصیلی و نیاز به برقراری روابط اجتماعی جدید همراه است، این تغییرات می‌توانند به‌صورت بالقوه باعث ایجاد استرس و اضطراب گردند و در برخی موارد به اختلالات روانی مانند اختلال افسردگی اساسی^۱ منجر شوند (۱). افسردگی کاهش علاقه‌مندی و احساس مداوم غم است که بر افکار، رفتار، احساسات و میزان رضایت‌مندی فرد تأثیر می‌گذارد و می‌تواند برای هر فردی به‌طور موقت در زندگی رخ دهد (۲). افسردگی نه تنها بر وضعیت روانی فرد تأثیر می‌گذارد، بلکه می‌تواند عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی را نیز به‌شدت تحت تأثیر قرار دهد (۳). دانشجویان مبتلا به افسردگی ممکن است با مشکلاتی چون افت تحصیلی، عدم تمرکز و کناره‌گیری اجتماعی مواجه شوند. این مشکلات می‌توانند چرخه‌ای منفی ایجاد کنند که در آن دانشجویان، مشکلات روانی و تحصیلی یکدیگر را تشدید می‌کنند (۴). بررسی‌های صورت گرفته به شیوع بیشتر افسردگی در دانشجویان دختر دلالت دارد (۱). مطالعات انجام شده در ۲۷ کشور اروپایی نشان می‌دهد که در شیوع ۶/۳۸ درصدی افسردگی در این کشورها، سهم زنان بیشتر بوده است. همچنین کشورهای جمهوری چک (۲/۵۸ درصد) و ایسلند (۳۳/۱۰ درصد) کمترین و بیشتری آمار افسردگی را گزارش کردند. مطالعه مروری انجام شده در داخل ایران نیز شیوع ۴/۸ و ۲/۳ درصدی افسردگی در زنان و مردان را تأیید می‌کند (۵).

یکی از ویژگی‌های مهم و بحث‌برانگیز در افسردگی دانشجویان، حساسیت بین فردی^۲ است (۶). این مفهوم به درک، تفسیر و پاسخ‌دهی به نشانه‌ها و پیام‌های اجتماعی و عاطفی دیگران اشاره دارد (۷). افراد مبتلا به افسردگی اغلب به نشانه‌های منفی از سوی دیگران حساس‌تر هستند و ممکن است احساسات منفی و ناپسندی مانند انتقاد، رد شدن یا بی‌توجهی را بیشتر و شدیدتر تجربه کنند (۸). این حساسیت می‌تواند باعث شود که این افراد در تعاملات اجتماعی بیشتر احساس آسیب‌پذیری کنند و واکنش‌های عاطفی زیادی نشان دهند (۹). افراد مبتلا به افسردگی غالباً حساسیت بالایی نسبت به انتقاد، رد شدن و بی‌توجهی از سوی دیگران دارند (۱۰). این افراد ممکن است حتی به انتقادهای ملایم یا رد

3. Otani

4. Peters

5. Self-esteem

6. Canlı & Karaşar

1. Major depressive disorder

2. Interpersonal sensitivity

دریافت نمی‌کنند از افسردگی بالایی رنج می‌برند. یافته‌های مطالعه چوی^۷ و همکاران (۱۵) مشخص کرد که بیماران با عزت نفس پایین کمترین سطح حمایت اجتماعی، تاب‌آوری، توافق‌پذیری و برونگرایی را از خود نشان دادند که خود موجب افزایش افسردگی در آن‌ها می‌شد.

یکی دیگر از متغیرهایی که نقش چشمگیری در کاهش افسردگی دانشجویان دارد، حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۸ است (۱۸). حمایت اجتماعی به معنای دریافت کمک، محبت، احترام و درک از سوی دیگران است که می‌تواند از طریق خانواده، دوستان، همکلاسی‌ها و استادان فراهم شود (۱۹). این حمایت می‌تواند به دانشجویان کمک کند تا احساس تعلق و امنیت داشته باشند و در مواجهه با چالش‌های زندگی دانشجویی، از جمله استرس‌های تحصیلی و شخصی، بهتر عمل کنند (۲۰). حمایت اجتماعی می‌تواند به صورت‌های مختلفی ارائه شود؛ حمایت عاطفی مانند ابراز محبت و درک، حمایت اطلاعاتی مانند مشاوره و راهنمایی و حمایت عملی مانند کمک در انجام کارهای روزمره (۲۱). هر یک از این نوع حمایت‌ها می‌توانند به نحوی متفاوت در کاهش علائم افسردگی و افزایش رضایت از زندگی نقش داشته باشند (۲۲). مطالعات نشان می‌دهند که دانشجویانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، کمتر دچار افسردگی می‌شوند و در صورت ابتلا به این اختلال، روند بهبودی سریع‌تری دارند (۲۳). در این راستا، نتایج پژوهش وان‌دنبرینک^۹ و همکاران (۱۸) ارتباط معناداری میان احساس تنهایی، حمایت اجتماعی و شدت افسردگی نشان داد. در واقع، بیمارانی که برای مدتی حمایت اجتماعی خوبی دریافت نمی‌کردند و از احساس تنهایی قابل توجهی رنج می‌بردند، نمرات بالاتری در افسردگی کسب می‌کردند. یافته‌های مطالعه شی^{۱۰} و همکاران (۲۰) مشخص کرد که دختر بودن، سن کمتر، تحصیلات پایین، تنهایی و حمایت اجتماعی کم از جمله عوامل تشدیدکننده افسردگی در بیماران بوده است.

در میان روش‌های مختلف درمان افسردگی، فعال‌سازی رفتاری^{۱۱} به‌عنوان یکی از رویکردهای مؤثر و کاربردی مطرح شده مد نظر قرار می‌گیرد (۲۴). این روش درمانی بر اساس نظریه رفتاری افسردگی

پایه‌ریزی شده و هدف آن افزایش فعالیت‌های مثبت و کاهش رفتارهای اجتنابی است (۲۵). در فعال‌سازی رفتاری، فرض بر این است که کاهش فعالیت‌های مثبت و افزایش رفتارهای اجتنابی و غیر سازنده به تشدید افسردگی منجر می‌شود (۲۶)؛ بنابراین، با افزایش مشارکت در فعالیت‌های مثبت و معنادار و کاهش اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا، می‌توان علائم افسردگی را کاهش داد (۲۷). فعال‌سازی رفتاری به دانشجویان کمک می‌کند تا از چرخه معیوب بی‌حرکی و ناامیدی که اغلب همراه با افسردگی است، خارج شوند (۲۸). این روش درمانی شامل شناسایی فعالیت‌های لذت‌بخش و معنادار، برنامه‌ریزی برای انجام این فعالیت‌ها و ارزیابی نتایج آن‌ها است (۲۹). به مرور زمان، انجام فعالیت‌های مثبت می‌تواند به بهبود خلق و خوی فرد و افزایش انگیزه منجر شود (۳۰). همچنین، این رویکرد به دانشجویان می‌آموزد که چگونه با افکار منفی و رفتارهای اجتنابی مقابله کنند و راهکارهای مؤثری برای مدیریت استرس و مشکلات روزمره پیدا نمایند (۳۱). نتایج مطالعات گذشته نیز نشان می‌دهد که فعال‌سازی رفتاری می‌تواند به‌طور مؤثری علائم افسردگی را کاهش دهد و به دانشجویان کمک کند تا با استرس‌های زندگی دانشگاهی بهتر مقابله کنند (۲۶-۲۸). این روش درمانی با تشویق دانشجویان به شناسایی و شرکت در فعالیت‌های لذت‌بخش و معنادار، می‌تواند به افزایش انگیزه، بهبود خلق و خو و ارتقای سلامت روانی آنان منجر گردد (۳۲).

افسردگی می‌تواند به‌شدت بر سلامت روان و کیفیت زندگی دانشجویان تأثیر بگذارد. این اختلال ممکن است منجر به احساس غم، ناامیدی، کاهش انگیزه و علاقه به فعالیت‌های روزمره شود و درنهایت کیفیت زندگی آن‌ها را به‌شدت کاهش دهد. بررسی افسردگی در دانشجویان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است زیرا این اختلال می‌تواند تأثیرات گسترده و عمیقی بر سلامت روان، عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی و سلامت جسمانی دانشجویان داشته باشد. شناسایی و مداخله زودهنگام می‌تواند به بهبود وضعیت روانی و اجتماعی دانشجویان کمک کند و از بروز مشکلات جدی‌تر جلوگیری نماید. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر حساسیت بین فردی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک‌شده دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

7. Choi

8. Perceived Social Support

9. Van den Brink

10. Shih

11. Behavioral activation

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. متغیر مستقل در این پژوهش درمان فعال‌سازی رفتاری و متغیرهای وابسته حساسیت بین فردی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده در نظر گرفته شد.

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران (آزاد اسلامی، پیام‌نور و دولتی) در سال ۱۴۰۲ بود که در پرسشنامه افسردگی نمرات بالاتر از ۲۰ کسب کرده بودند.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به مطالعه شامل کسب نمرات بالاتر از ۲۰ در پرسشنامه افسردگی، دامنه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال، عدم ابتلا به بیماری جدی، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی (خوداظهاری فرد)، و معیارهای خروج از مطالعه نظیر مراجعه به درمانگر (تحت درمان روانشناسی)، وخیم شدن شدت افسردگی بیمار و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی بودند.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

پس از توزیع پرسشنامه افسردگی بین دانشجویان، از بین افرادی که نمرات بالاتر از ۲۰ در پرسشنامه افسردگی کسب کرده بودند، ۳۴ دانشجو انتخاب و به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در گروه آزمایش (۱۷ نفر) و گروه گواه (۱۷ نفر) تقسیم شدند. حجم نمونه بر اساس نتایج نرم‌افزار G*Power (۳۳) و در نظر گرفتن نکات مطرح شده برای حجم نمونه در تحلیل کوواریانس تعیین شد.

ابزار گردآوری داده‌ها

• پرسشنامه افسردگی بک (BDI)^{۱۳}: این پرسشنامه از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای ارزیابی حالات افسردگی است که درجات مختلفی از افسردگی از خفیف تا شدید را تعیین و علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. روش نمره‌گذاری گویه‌ها ۰ تا ۳ و دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ قرار دارد. در این مقیاس نمرات ۰ تا ۹

نشان‌دهنده بهنجار بودن، ۱۰ تا ۱۹ میزان افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۹ سطح افسردگی متوسط و نمره ۳۰ به بالا نشان‌دهنده افسردگی شدید است (۳۴). بک، استری و برون^{۱۴} اعتبار این آزمون را ۰/۹۶، ثبات درونی را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ را برای بیماران ۰/۸۶ و غیر بیماران ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (۳۴). در داخل کشور ایران ضریب آلفای ۰/۸۲ برای دانش‌آموزان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۸۶ گزارش شده است (۳۵). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

• پرسشنامه حساسیت بین فردی (ISM)^{۱۵}:

این پرسشنامه توسط بویس و پارکر^{۱۵} (۳۶) در راستای سنجش حساسیت بین فردی یا طرد اجتماعی تدوین شده است، ۳۶ سؤال دارد و شامل زیر مؤلفه‌های آگاهی بین فردی (۸ گویه)، نیاز به تأیید (۷ گویه)، اضطراب جدایی (۷ گویه)، کمروبی (۷ گویه) و خود درونی شکننده (۷ گویه) می‌شود. با استفاده از مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) با حداقل نمره ۳۶ و حداکثر ۱۴۴ نمره‌گذاری می‌گردد، کسب نمره بالاتر بیانگر حساسیت بین فردی بیشتر است. بویس و پارکر (۳۶) آلفای کرونباخ نمره کل پرسشنامه را ۰/۸۵ و ضرایب در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۷۶ را برای زیر مؤلفه‌ها گزارش کرده‌اند، همچنین روایی هم‌زمان این پرسشنامه با آزمون بالینی حساسیت بین فردی برابر ۰/۷۲ شد. وجودی و همکاران (۳۷) پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ محاسبه کردند. در مطالعه پیش رو نیز ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل (۰/۸۶) و برای زیرمقیاس‌های آگاهی بین فردی (۰/۸۱)، نیاز به تأیید (۰/۸۴)، اضطراب جدایی (۰/۸۳)، کمروبی (۰/۸۰) و خود درونی شکننده (۰/۸۷) مطلوب گزارش شد.

• پرسشنامه عزت نفس (SEQ)^{۱۶}: آیزنگ^{۱۷} (۳۸)

برای بررسی شخصیت، کوشش‌های فراوانی به عمل آورده است. حاصل تلاش‌های وی پرسشنامه‌های گوناگونی درباره ابعاد مختلف شخصیت است. پرسشنامه عزت نفس یک مقیاس ۲۰ گویه‌ای است که توسط آیزنگ (۳۸) تهیه شده است. هر گویه متشکل از سه گزینه بلی (۱)، خیر (۰)، نمی‌دانم (۰/۵) است. حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه

13. Bec, Steer & Brown

14. Interpersonal Sensitivity Measure

15. Boyce & Parker

16. Self-esteem Questionnaire

17. Eysenck

12. Beck Depression Inventory

جدول ۱. محتوای جلسات درمان (۴۲)

جلسات	فعالیت‌ها
اول	معرفی و مقدمه، تشریح افسردگی، معرفی منطق درمان: از ضربه (آسیب) و فقدان در زندگیتان چه اطلاعی دارید؟ چرا حضور در همه جلسات درمانی اهمیت دارد؟ معرفی فرم بازبینی روزانه (فرم ۱): درجه بندی لذت و اهمیت، تکلیف: انجام فرم بازبینی روزانه.
دوم	بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱) و رفع اشکال، منطق درمان: بررسی تکلیف، نکات مهم در مورد ساختار درمان: بررسی تکلیف، اجرای سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲) تکلیف: 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 رتبه بندی فعالیت‌ها (فرم ۳) تکلیف: بازبینی روزانه (فرم ۱) و ادامه بررسی و تغییر سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲) بررسی و تغییر انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها
چهارم	بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱) بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت‌ها (فرم ۱) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)
پنجم	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) قراردادهای (فرم ۴) بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) تداوم افزودن/اصلاح قراردادهای (فرم ۴)
ششم	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) قراردادهای: بررسی تکلیف (فرم ۴) بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) تداوم افزودن/تغییر قراردادهای (فرم ۴)
هفتم	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۲) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) و تداوم افزودن/تغییر قراردادهای (فرم ۴)
هشتم	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۳) بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) تداوم افزودن/تغییر قراردادهای (فرم ۴) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادهای (فرم ۴)
نهم	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۳) بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادهای (فرم ۴)
دهم	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) آمادگی برای خاتمه (پایان دهی) تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادهای (فرم ۴)

بین ۱۲ تا ۶۰ است. نمره کل مقیاس از جمع نمرات سؤالات به دست می‌آید. کسب نمره بالا نشان دهنده ادراک بالای حمایت اجتماعی است. در پژوهش زیمت و همکاران (۴۰) پایایی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده به روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ گزارش شده است. همچنین پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی برای نمره کل ۰/۸۵ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه شاوران و دهقانی چمپیری (۴۱) ۰/۸۲ گزارش گردیده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای این مقیاس به دست آمد.

• **برنامه مداخله‌ای:** به منظور بررسی و درمان دانشجویان مبتلا به افسردگی اساسی از درمان فعال سازی رفتاری مارتل^{۲۰} و همکاران (۴۲) طی ۱۰ جلسه (هر هفته دو جلسه) ۶۰ دقیقه گروهی استفاده شد. همچنین در طول دوره، اعضای گروه آزمایش و گواه از درمان روتین خود برای بیماری برخوردار بودند (جدول ۱).

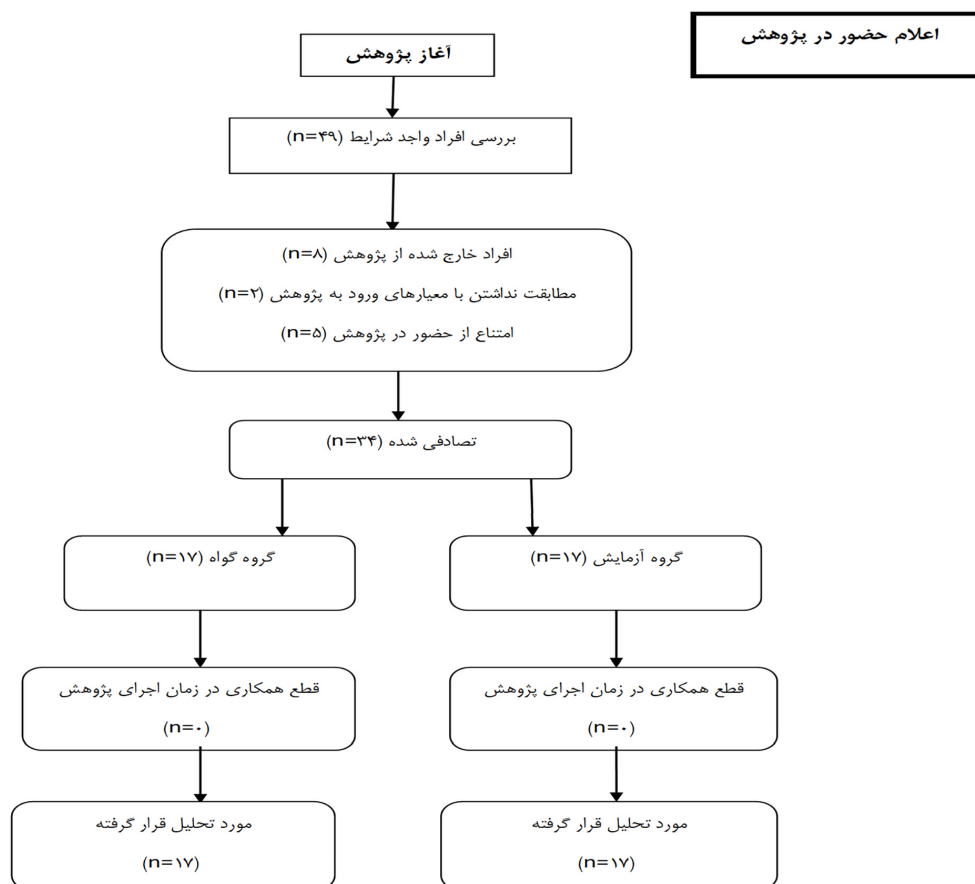
به ترتیب ۰ و ۳۰ است. کسب نمره ۱۵ به بالا در این پرسشنامه نشان دهنده عزت نفس، ثبات هیجانی و سازش یافتگی بالا است. نمرات پایین تر از ۱۵ نیز به معنای داشتن احساس کهنتری و بی ثباتی هیجانی است. شکری و همکاران (۳۹) روایی این پرسشنامه را برای دانشجویان دختر ۰/۷۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۷۹ گزارش کرده اند. ضریب پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و با استفاده از روش تنصیف ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برای این مقیاس به دست آمد.

• **مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)**^{۱۸}: این پرسشنامه توسط زیمت^{۱۹} و همکاران (۴۰) تهیه شد. این ابزار ۱۲ گویه دارد که هر گویه در مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا ۵ برای کاملاً موافقم قرار دارد. تمامی گویه‌ها به صورت مستقیم نمره گذاری می‌شوند و پرسشنامه نمره کل کسب می‌شود. دامنه نمرات

18. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support

19. Zimet

20. Martell



شکل ۱. نمودار کانسورت

از آزمون مجذور کای^{۲۱} با توجه به وجود حداقل ۳ فراوانی در هر سطح یا طبقه جهت مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها، از آزمون ناپارامتریک شاپیرو-ویلک^{۲۲} برای ارزیابی نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون ام.باکس^{۲۳} برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس، از آزمون لوین^{۲۴} برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش، از آنالیز کوواریانس چندمتغیره (مانکووا)^{۲۵} برای ارزیابی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر حساسیت بین فردی، عزت نفس و حمایت اجتماعی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، با کنترل اثر پیش‌آزمون، استفاده گردید. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

• برای رعایت نکات اخلاقی پژوهش، ابتدا رضایت شرکت‌کنندگان جلب شد. هم‌چنین برای بیماران این امکان فراهم شد که هرگاه تمایل داشتند، از حضور در

روش اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌ها و اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش (IR.MODARES.REC.1401.100)، با مراجعه به مراکز درد، ۳۴ دانشجوی مبتلا به افسردگی اساسی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه گمارده شدند (شکل ۱). در ابتدا، توضیحاتی کلی به افراد داده شد و پس از در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج و اخذ رضایت از آن‌ها، شرکت‌کنندگان وارد پژوهش شدند. پژوهشگران درمان فعال‌سازی رفتاری را طی ۱۰ جلسه (هر هفته دو جلسه) ۶۰ دقیقه گروهی در کلینیک روانشناسی باسلام انجام دادند (در دامنه زمانی دو ماه نیم). در (جدول ۱)، شرح مختصر محتوای جلسات مداخله برای گروه آزمایش ارائه شده است. به‌منظور رعایت نکات اخلاقی، پس از اتمام جلسات درمانی برای گروه گواه نیز جلسات درمانی فعال‌سازی رفتاری به‌صورت خلاصه‌تر در چند جلسه مطرح شد.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند. برای این منظور،

21. Chi-square

22. Shapiro-Wilk

23. M.Box

24. Levine test

25. Multivariate Covariance (MANCOVA)

جدول ۲. مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی گروه های آزمایش و گواه

متغیرها	سطوح	آزمایش تعداد (درصد)	گواه تعداد (درصد)	مقدار P
جنس	خانم	۹ (۵۲/۹)	۱۰ (۵۸/۸)	۰/۲۰۷
	آقا	۸ (۴۷/۱)	۷ (۴۱/۲)	
تحصیلات	کاردانی	۳ (۱۷/۶)	۴ (۲۳/۵)	۰/۳۵۱
	کارشناسی	۹ (۵۲/۹)	۸ (۴۷/۱)	
	کارشناسی ارشد	۵ (۲۹/۴)	۵ (۲۹/۴)	
	مجرد	۱۰ (۵۸/۸)	۹ (۵۲/۹)	
تاهل	متاهل	۵ (۲۹/۴)	۶ (۳۵/۳)	۰/۴۴۹
	مطلقه	۲ (۱۱/۷)	۲ (۱۱/۷)	

$P < 0.05$ اختلاف معنی دار

شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس حساسیت بین فردی ($F_{3,32} = 1/45, P = 0/237 > 0/05$) عزت نفس ($F_{3,32} = 1/91, P = 0/176 > 0/05$) و حمایت اجتماعی ادراک شده ($F_{3,32} = 0/94, P = 0/340 > 0/05$) در گروه ها برابر است. نتایج آزمون ام.باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ($\text{Box } M = 53/318, F = 1/45, P = 0/059 > 0/05$). میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت^{۲۶} برای بررسی معنی داری رابطه بین حساسیت بین فردی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده نشان داد که رابطه بین آنها معنی دار است ($\chi^2 = 225/93, df = 27, P < 0/05$). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش آزمون ها و پس آزمون ها با متغیر مستقل معنادار نیست و از همگونی شیب رگرسیون حکایت دارد؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام و در (جدول ۴) ارائه شد.

پژوهش انصراف دهند. به منظور اصل رازداری، اطلاعات حاصل از پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار گرفت و اطلاعات فردی کاملاً محرمانه ماند.

• اطلاعات این پژوهش با کد اخلاق IR.MODARES.REC.1401.100 در کمیته اخلاق در پژوهش ثبت شده است.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سنی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی گروه آزمایش $24/39 \pm 6/19$ سال و دانشجویان گروه گواه $25/14 \pm 7/36$ سال بود. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که گروه های آزمایش و گواه از نظر سن، تحصیلات، جنس، وضعیت تاهل تفاوت معنی داری نداشتند ($P > 0/05$) (جدول ۲).

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون-پس آزمون نمرات حساسیت بین فردی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در گروه آزمایش و گواه در (جدول ۲) ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (S-W) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شد. با توجه به این جدول آماره شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنی دار نیست. لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است (جدول ۳).

برای بررسی اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر حساسیت بین فردی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	P
آگاهی بین فردی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۶/۵۸	۱/۳۵	۰/۱۰۳	۰/۰۵۸
		گواه	۲۴/۸۸	۱/۴۶	۰/۱۴۲	۰/۰۶۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۳/۴۱	۱/۹۴	۰/۰۹۶	۰/۰۸۷
		گواه	۲۵/۱۱	۱/۸۷	۰/۰۸۷	۰/۰۶۲
نیاز به تأیید	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۱/۴۱	۱/۹۵	۰/۰۷۹	۰/۰۵۷
		گواه	۲۱/۵۳	۱/۲۳	۰/۱۳۱	۰/۰۸۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۸/۷۰	۱/۰۸	۰/۰۸۵	۰/۰۶۹
		گواه	۲۱/۲۹	۱/۱۷	۰/۱۱۷	۰/۰۵۱
اضطراب جدایی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۲/۶۴	۱/۴۵	۰/۰۹۶	۰/۰۸۳
		گواه	۲۲/۵۲	۱/۳۰	۰/۰۸۷	۰/۰۵۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۹/۸۸	۱/۱۹	۰/۱۳۷	۰/۱۱۵
		گواه	۲۲/۷۶	۱/۸۴	۰/۱۰۲	۰/۰۹۸
کمرویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۹/۲۹	۱/۵۴	۰/۰۹۴	۰/۰۷۳
		گواه	۱۹/۲۳	۱/۶۳	۰/۱۲۱	۰/۰۶۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۹۴	۱/۷۴	۰/۱۱۵	۰/۰۹۰
		گواه	۱۹/۳۵	۱/۶۳	۰/۰۸۴	۰/۰۷۴
خود درونی شکننده	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۰/۷۰	۱/۵۰	۰/۰۹۳	۰/۰۵۵
		گواه	۲۰/۸۲	۱/۸۶	۰/۱۱۷	۰/۰۶۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۸/۲۳	۱/۹۳	۰/۱۲۲	۰/۰۵۸
		گواه	۲۰/۵۸	۱/۴۵	۰/۰۷۹	۰/۰۹۴
عزت نفس	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۶۴	۱/۹۱	۰/۰۸۶	۰/۰۵۱
		گواه	۱۴/۷۱	۱/۵۸	۰/۰۸۲	۰/۰۸۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷/۴۱	۱/۶۰	۰/۱۳۲	۰/۰۷۹
		گواه	۱۴/۵۸	۱/۸۲	۰/۰۸۲	۰/۰۶۲
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۲/۴۷	۱/۴۹	۰/۱۱۳	۰/۰۵۳
		گواه	۴۲/۳۵	۱/۷۴	۰/۰۷۵	۰/۰۹۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۵/۵۹	۱/۵۲	۰/۰۹۸	۰/۰۷۱
		گواه	۴۲/۵۸	۱/۳۹	۰/۰۹۴	۰/۰۸۶

S-W: آزمون شایپرو ویلیک؛ P: سطح معنی‌داری

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۳	۷/۳۲۱	۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۷۰	۷/۳۲۱	۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
آزمون اثر هتلینگ	۲/۶۹۷	۷/۳۲۱	۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۶۹۷	۷/۳۲۱	۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱

ادراک‌شده تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه‌شده، ۷۶ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت

با توجه به (جدول ۴)، نتایج تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته را تأیید می‌کند، به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از فاکتورهای حساسیت بین فردی، عزت نفس و حمایت اجتماعی

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	خطای مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	خطای میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
آگاهی بین فردی	۱۰۰/۵۰۲	۵۳/۶۳	۱	۱۰۰/۵۰۲	۲/۱۴	۴۶/۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
نیاز به تأیید	۵۶/۲۹۳	۵۰/۳۰	۱	۵۶/۲۹۳	۲/۰۱	۲۷/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۳
اضطراب جدایی	۸۵/۷۷۵	۴۲/۷۷	۱	۸۵/۷۷۵	۱/۷۱	۵۰/۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۷
کمرویی	۵۵/۱۸۹	۲۸/۳۷	۱	۵۵/۱۸۹	۱/۱۳	۴۸/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۶
خود درونی شکننده	۴۷/۶۸۰	۴۰/۴۸	۱	۴۷/۶۸۰	۱/۶۱	۲۹/۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۴
عزت نفس	۷۶/۶۱۷	۳۷/۰۶	۱	۷۶/۶۱۷	۱/۴۸	۵۱/۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۷
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۸۵/۲۰۱	۵۲/۱۹	۱	۸۵/۲۰۱	۲/۰۸	۴۰/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۲

بر کفایت حجم نمونه دارد؛ اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در (جدول ۵) گزارش شده است.

با توجه به مندرجات (جدول ۵)، آماره F برای آگاهی بین فردی ($F=۴۶/۸۴$)، نیاز به تأیید ($F=۲۷/۹۷$)، اضطراب جدایی ($F=۵۰/۱۴$)، کمرویی ($F=۴۸/۶۳$)، خود درونی شکننده ($F=۲۹/۴۴$)، عزت نفس ($F=۵۱/۶۸$) و حمایت اجتماعی ادراک‌شده ($F=۴۰/۸۱$) در سطح $۰/۰۰۱$ معنی‌دار قرار دارد. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه‌شده ۶۵ درصد از آگاهی بین فردی، ۵۳ درصد از نیاز به تأیید، ۶۷ درصد از اضطراب جدایی، ۶۶ درصد از کمرویی، ۵۴ درصد از خود درونی شکننده، ۶۷ درصد از عزت نفس و ۶۲ درصد از حمایت اجتماعی ادراک‌شده ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که درمان فعال‌سازی رفتاری به‌طور معنی‌داری باعث کاهش حساسیت بین فردی (آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمرویی، خود درونی شکننده)؛ در مقابل باعث افزایش عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر حساسیت بین فردی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک‌شده دانشجویان مبتلا به اختلال

افسردگی اساسی انجام شد. یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان داد که دانشجویان مبتلا به افسردگی اساسی پس از دریافت درمان فعال‌سازی رفتاری، در پس‌آزمون نمرات پایین‌تری را در مقیاس‌های حساسیت بین فردی، شامل آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمرویی و خود درونی شکننده، گزارش کردند. این نتایج نشان‌دهنده تأثیر مثبت و معنادار درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و بهبود وضعیت روانی و اجتماعی دانشجویان است. این نتایج در راستای مطالعات پیترز و همکاران (۶)؛ لیو^{۲۷} و همکاران (۸)؛ ژو^{۲۸} و همکاران (۱۰) و اوتانی و همکاران (۱۱) است. درمان فعال‌سازی رفتاری به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر در مداخله و درمان افسردگی شناخته شده است (۳۱). فعال‌سازی رفتاری معتقد است که فعالیت‌های مثبت و معنادار، حساسیت بین فردی و رفتارهای اجتنابی را بهبود می‌بخشد. با تمرکز بر این فعالیت‌ها و کاهش رفتارهای اجتنابی، این درمان می‌تواند به کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی فردی کمک کند (۲۸). به‌عبارت‌دیگر، درمان فعال‌سازی رفتاری به دانشجویان کمک می‌کند تا الگوهای رفتاری منفی خود را شناسایی کنند و به جای آن‌ها، رفتارهای مثبت و سازنده‌ای را به‌ورطه عمل بیاورند. این اعمال شامل انجام فعالیت‌های لذت‌بخش و معنادار، تعامل مثبت با افراد دیگر و ارتقای مهارت‌های اجتماعی می‌شود (۲۵). یکی از مزایای اصلی این روش درمانی، قابلیت اجرا و انطباق آسان آن با شرایط زندگی روزمره فرد است. با ارائه مهارت‌های مورد نیاز و ایجاد فضایی برای تمرین این مهارت‌ها، افراد می‌توانند به‌طور فعال در فرآیند

27. Liu

28. Xu

درمان شرکت کنند و نتایج مثبتی را تجربه نمایند (۲۶). علاوه بر این، درمان فعال سازی رفتاری از نظر اقتصادی نیز مزیت های قابل توجهی دارد. این روش درمانی با تأکید بر تغییر رفتارها و الگوهای فکری، میزان مصرف خدمات درمانی و داروها را کاهش می دهد و منجر به کاهش هزینه های درمانی و بهبود اقتصادی فرد می شود (۳۰). با توجه به این موارد، می توان ادعا کرد که درمان فعال سازی رفتاری یک روش مؤثر، قابل اجرا و اقتصادی برای مداخله در افسردگی است که می تواند بهبود قابل توجهی در علائم افسردگی و کیفیت زندگی فردی داشته باشد (۲۷). لیو و همکاران (۸) در پژوهشی به بررسی سطوح افسردگی و حساسیت بین فردی در دانشجویان چینی پرداختند. نتایج نشان داد که ۳۱ درصد از دانشجویان علائم خفیف، ۶/۵۸ درصد علائم متوسط و ۱/۴۵ درصد علائم شدید افسردگی از خود نشان داده اند. حساسیت بین فردی به طور مستقیم با علائم افسردگی مرتبط بود. علاوه بر این، سرمایه روان شناختی و کیفیت خواب به طور مستقل رابطه بین حساسیت بین فردی و افسردگی را میانجیگری کردند. از دیگر سو، نتایج پژوهش ژو و همکاران (۱۰) حاکی از شیوع ۳۰ درصدی افسردگی در بین دانشجویان سال اولی بود که ارتباط مثبت معناداری با حساسیت بین فردی آن ها داشت. در مقابل دانشجویانی که از سرمایه های روان شناختی و حمایت خانواده برخوردار بودند از میزان افسردگی کمتری رنج می بردند.

از دیگر سو، نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی معنادار درمان فعال سازی رفتاری بر افزایش عزت نفس دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی داشت. یافته های به دست آمده با پژوهش های کانلی و کاراسار (۱۲)؛ چوی و همکاران (۱۵)؛ جیانگ^{۲۹} و همکاران (۱۶)؛ وان تویجل^{۳۰} و همکاران (۱۷) در یک راستا قرار دارد. نتایج این پژوهش به وضوح نشان می دهند که درمان فعال سازی رفتاری می تواند بهبود معناداری در عزت نفس دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ایجاد کند. این یافته تأیید می کند که رویکردهای مبتنی بر رفتار می توانند به عنوان یک ابزار مؤثر در مداخله و درمان افسردگی عمل کنند. عزت نفس، به عنوان یکی از عوامل مهم در ارتقای کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی، اهمیت بسیاری دارد. مطالعات نشان داده اند که فعال سازی رفتاری می تواند با ارتقای مهارت ها و رفتارهای مثبت، بهبود قابل توجهی در عزت نفس افراد مبتلا به افسردگی ایجاد کند (۲۶). از

29. Jiang
30. Van Tuijl

طرف دیگر، فعال سازی رفتاری با تأکید بر ایجاد تغییر در الگوهای رفتاری منفی و ارتقای روابط مثبت، افراد را به فعالیت های سازنده و معنادار هدایت می کند (۲۹). این فعالیت ها، به طور مستقیم تأثیر مثبتی بر عزت نفس افراد دارند و احساس کنترل و مسئولیت بیشتری را در زندگی آن ها ایجاد می کنند (۳۱). یافته های پژوهش وان تویجل و همکاران (۱۷) مشخص کرد که عزت نفس می تواند به صورت معناداری عود افسردگی و اضطراب را در بیماران پیش بینی نماید. در واقع، بررسی های طولی سه ساله، نقش چشمگیر عزت نفس در ارتقای سلامت روانی افراد را تأیید نمود که نیازمند توجه و ارزیابی بیشتر است. از دیگر سو، نتایج مطالعه جیانگ و همکاران (۱۶) نشان داد که بیماران مبتلا به افسردگی به دلیل عزت نفس پایین پاسخ خوبی به درمان نمی دهند و همین موضوع باعث تشدید مشکلات در این بیماران می گردد.

فعال سازی رفتاری به افراد کمک می کند تا مهارت ها و راهکارهای مثبت برای مواجهه با چالش های زندگی را ارتقا دهند. این افزایش در مهارت ها باعث افزایش اطمینان و اعتماد به نفس در افراد می شود (۲۵). فعال سازی رفتاری با تمرکز بر روابط اجتماعی مثبت و تعاملات سازنده، افراد را به ایجاد و نگهداری روابط سالم تر با دیگران تشویق می کند. این ارتباطات مؤثرتر باعث افزایش حمایت اجتماعی و تقویت عزت نفس افراد می شود (۳۲). به طور کلی، فعال سازی رفتاری با ارتقای مهارت ها، تغییر الگوهای رفتاری منفی، افزایش اعتماد به نفس، تعاملات اجتماعی مؤثرتر و تجربه موفقیت، عزت نفس افراد را افزایش می دهد و زندگی آن ها را بهبود می بخشد (۳۰). با توجه به این نکات، می توان نتیجه گرفت که درمان فعال سازی رفتاری می تواند به عنوان یک روش مؤثر در افزایش عزت نفس دانشجویان مبتلا به افسردگی استفاده شود. این یافته ها نشان می دهند که تأثیرگذاری این روش درمانی نه تنها در کاهش علائم افسردگی بلکه در افزایش اعتماد به نفس و احساس قدرت شخصی نیز مؤثر است. این نتایج تأکید می کنند که ارائه برنامه های درمانی مبتنی بر فعال سازی رفتاری می تواند بهبود چشمگیری در زندگی افراد مبتلا به افسردگی و افزایش عزت نفس آن ها داشته باشد.

از سوی دیگر، یافته های این مطالعه نشان داد که دانشجویان مبتلا به افسردگی اساسی گروه آزمایشی که درمان فعال سازی رفتاری دریافت کرده بودند در پس آزمون نمرات بالاتری را در حمایت اجتماعی ادراک شده گزارش

محدودیت‌های پژوهش

عدم پیگیری آزمودنی‌ها بعد از اتمام مطالعه از محدودیت‌های این پژوهش است. همچنین محدود بودن جامعه آماری به دانشجویان دانشگاه‌های استان تهران مانع تعمیم نتایج به دانشجویان سایر مناطق می‌شود.

پیشنهادهای پژوهش

برای اطمینان از اعتبار بیشتر مطالعه، انجام مطالعاتی در دانشگاه‌های دیگر می‌تواند مفید باشد. برای اطمینان از قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج، مطالعات بیشتری با حجم نمونه بزرگ‌تر و متنوع‌تر نیاز است. انتخاب نمونه‌های نمایانی از دانشجویان از مناطق و دانشگاه‌های مختلف می‌تواند به این امر کمک کند. انجام پیگیری‌های بلندمدت برای ارزیابی تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر سلامت روانی و اجتماعی دانشجویان می‌تواند اطلاعات ارزشمندی درباره اثر این روش فراهم کند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری به‌طور معنی‌داری باعث کاهش حساسیت بین فردی و افزایش عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان فعال‌سازی رفتاری با تمرکز بر رفتارهای مثبت و معنادار، می‌تواند به‌طور قابل توجهی وضعیت روانی و اجتماعی افراد را بهبود بخشد. از این‌رو، توصیه می‌شود که درمان فعال‌سازی رفتاری به‌عنوان یک گزینه درمانی مؤثر در مراکز مشاوره دانشگاهی و درمانی به کار گرفته شود تا به بهبود کیفیت زندگی دانشجویان کمک کند. استفاده از درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند به دانشجویان کمک کند تا با کاهش حساسیت بین فردی و افزایش عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، زندگی بهتری را تجربه کنند.

تشکر و قدردانی

از تمامی دانشجویانی که در انجام این پژوهش نویسندگان را یاری کردند، تقدیر و تشکر می‌شود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

می‌کردند. این نتایج در راستای وان‌دنبرینگ و همکاران (۱۸)؛ شی و همکاران (۲۰)؛ مطالعات ریچی^{۳۱} و همکاران (۲۲) و ییچن و چونتیان^{۳۲} (۲۳) است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهند که درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند بهبودی معنادار در پاسخ دانشجویان افسرده به حمایت‌های اجتماعی داشته باشد. تأکید بر این نکته مهم است که این درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند علاوه بر بهبود علائم افسردگی، بهبود معناداری در روابط اجتماعی و افزایش حمایت از افراد مبتلا به افسردگی ایجاد کند (۳۱). حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش احساس تنهایی و اضطراب دانشجویان داشته باشد که این امر می‌تواند به بهبود عملکرد تحصیلی و روانی آنان کمک کند (۲۷). این یافته‌ها نقش مهمی در تأثیرگذاری مثبت این روش درمانی بر روانی و عملکرد دانشجویان افسرده دارند و نیاز به استفاده و گسترش این روش در محیط‌های آموزشی بیشتر را تأیید می‌کنند. فعال‌سازی رفتاری، با تمرکز روی تغییر الگوهای رفتاری مثبت و ایجاد فعالیت‌های معنادار، به افراد کمک می‌کند تا احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند و روابط اجتماعی سالم‌تری را تجربه کنند (۲۹). همچنین، حمایت اجتماعی از طریق ارتباطات مثبت و حمایت از دیگران، احساس انسجام اجتماعی و افزایش اعتمادبه‌نفس را تقویت می‌کند (۲۴). ترکیب این دو روش می‌تواند به تعادل و توازن بیشتری در زندگی افراد کمک کند. افرادی که از افسردگی رنج می‌برند، ممکن است دچار روتین‌های منفی شده و از ارتباطات اجتماعی کمتری برخوردار باشند. فعال‌سازی رفتاری می‌تواند آن‌ها را به فعالیت‌های مثبت و لذت‌بخش هدایت کند و حمایت اجتماعی می‌تواند احساس تأیید و حمایت را در این فعالیت‌ها تقویت کند (۳۰). در این زمینه، ریچی و همکاران (۲۲) در پژوهشی ارتباط افکار خودکشی و حمایت اجتماعی را در زندانیان مبتلا به افسردگی اساسی مورد بررسی قرار دادند. نتایج به‌دست‌آمده مشخص کرد افرادی که حمایت اجتماعی کمتری داشتند از افسردگی بیشتری رنج می‌بردند که موجب تشدید افکار و رفتارهای مرتبط با خودکشی در آن‌ها می‌شد. یافته‌های پژوهش ییچن و چونتیان (۲۳) نیز نشان داد دانشجویان افسرده به‌دلیل حمایت اجتماعی پایین، کیفیت خواب و سلامت روانی پایینی دارند که موجب کاهش عملکرد تحصیلی در دانشجویان می‌شود.

31. Richie

32. Yichen & Chuntian

منابع

1. Blanco V, Salmeron M, Otero P, Vazquez FL. Symptoms of Depression, Anxiety, and Stress and Prevalence of Major Depression and Its Predictors in Female University Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5845.
2. Cai H, Xie XM, Zhang Q, Cui X, Lin JX, Sim K, et al. Prevalence of Suicidality in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. *Front Psychiatry*. 2021;12:690130.
3. Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol*. 2022;61(2):287-305.
4. Gharraee B, Zahedi Tajrishi K, Sheybani F, Tahmasbi N, Mirzaei M, Farahani H, et al. Prevalence of major depressive disorder in the general population of Iran: A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran*. 2019;33:151.
5. Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, Serrano-Blanco A, Martin V, Peters M, et al. Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *Lancet Public Health*. 2021;6(10):e729-e38.
6. Peters EM, Yilmaz O, Li C, Balbuena L. Interpersonal sensitivity and response to selective serotonin reuptake inhibitors in patients with acute major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2024;355:422-5.
7. Nozari Kohnesh Shahri G, Mahdavi Mehr A, Savabi Niri V, Bagheri Sheykhangafshe F, Farahani H. Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on Self-doubt, Thought Fusion and Depression in Women with Obsessive-compulsive Disorder. *Caspian Journal of Health Research*. 2025;10(2):101-10.
8. Liu X, Peng L, Wang Z, Zeng P, Mi Y, Xu H. Effects of interpersonal sensitivity on depressive symptoms in postgraduate students during the COVID-19 pandemic: Psychological capital and sleep quality as mediators. *Front Psychiatry*. 2023;14:1100355.
9. Zhao X, Wu M, Zhang D, Sun Y, Yang Y, Xie H, et al. The relationship of interpersonal sensitivity and depression among patients with chronic atrophic gastritis: the mediating role of coping styles. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(5-6):e984-e91.
10. Xu H, Peng L, Wang Z, Zeng P, Liu X. Interpersonal sensitivity on college freshmen's depression: A moderated moderation model of psychological capital and family support. *Front Psychiatry*. 2022;13:921045.
11. Otani K, Suzuki A, Matsumoto Y, Shirata T. Close relation of interpersonal sensitivity with negative core beliefs about the self, the central construct of cognitive vulnerability to depression. *Psychiatry Res*. 2018;263:162-5.
12. Canli D, Karasar B. Predictors of Major Depressive Disorder: The Need for Social Approval and Self-Esteem. *Alpha Psychiatry*. 2021;22(1):38-42.
13. Zandpour M, Lind M, Sharp C, Hasani J, Bagheri Sheykhangafshe F, Borelli JL. Attachment-Based Mentalization Profiles of Iranian Children: A Mixed-Method Approach. *Children (Basel)*. 2024;11(2):258.
14. Hilbert S, Goerigk S, Padberg F, Nadjiri A, Ubleis A, Jobst A, et al. The Role of Self-Esteem in Depression: A Longitudinal Study. *Behav Cogn Psychother*. 2019;47(2):244-50.
15. Choi Y, Choi SH, Yun JY, Lim JA, Kwon Y, Lee HY, et al. The relationship between levels of self-esteem and the development of depression in young adults with mild depressive symptoms. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(42):e17518.
16. Jiang CG, Lu H, Zhang JZ, Gao XZ, Wang J, Zhou ZH. The Neural Correlates of the Abnormal Implicit Self-Esteem in Major Depressive Disorder: An Event-Related Potential Study. *Front Psychiatry*. 2022;13:822677.
17. van Tuijl LA, Bennik EC, Penninx B, Spinhoven P, de Jong PJ. Predictive value of implicit and explicit self-esteem for the recurrence of depression and anxiety disorders: A 3-year follow-up study. *J Abnorm Psychol*. 2020;129(8):788-98.
18. van den Brink RHS, Schutter N, Hanssen DJC, Elzinga BM, Rabeling-Keus IM, Stek ML, et al. Prognostic significance of social network, social support and loneliness for course of major depressive disorder in

- adulthood and old age. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27(3):266-77.
19. Moller CI, Cotton SM, Badcock PB, Hetrick SE, Berk M, Dean OM, et al. Relationships Between Different Dimensions of Social Support and Suicidal Ideation in Young People with Major Depressive Disorder. *J Affect Disord.* 2021;281:714-20.
20. Shih TY, Cheng SL, Chang SH, Sun HF. Perceived social support and depression symptoms in patients with major depressive disorder in Taiwan: An association study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2020;34(5):384-90.
21. Gabarrell-Pascuet A, Moneta MV, Ayuso-Mateos JL, Miret M, Lara E, Haro JM, et al. The effect of loneliness and social support on the course of major depressive disorder among adults aged 50 years and older: A longitudinal study. *Depress Anxiety.* 2022;39(2):147-55.
22. Richie FJ, Bonner J, Wittenborn A, Weinstock LM, Zlotnick C, Johnson JE. Social Support and Suicidal Ideation Among Prisoners with Major Depressive Disorder. *Arch Suicide Res.* 2021;25(1):107-14.
23. Yichen M, Chuntian L. Is lifestyle a bridge between perceived social support and depression in Chinese university students? *Children and Youth Services Review.* 2024;156:107283.
24. Stein AT, Carl E, Cuijpers P, Karyotaki E, Smits JAJ. Looking beyond depression: a meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychol Med.* 2021;51(9):1491-504.
25. Simmonds-Buckley M, Kellett S, Waller G. Acceptability and Efficacy of Group Behavioral Activation for Depression Among Adults: A Meta-Analysis. *Behav Ther.* 2019;50(5):864-85.
26. Huguet A, Rao S, McGrath PJ, Wozney L, Wheaton M, Conrod J, et al. A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy and Behavioral Activation Apps for Depression. *PLoS One.* 2016;11(5):e0154248.
27. Lorenzo-Luaces L, Dobson KS. Is behavioral activation (BA) more effective than cognitive therapy (CT) in severe depression? A reanalysis of a landmark trial. *International Journal of Cognitive Therapy.* 2019;12(2):73-82.
28. Ciharova M, Furukawa TA, Efthimiou O, Karyotaki E, Miguel C, Noma H, et al. Cognitive restructuring, behavioral activation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of adult depression: A network meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2021;89(6):563-74.
29. D'Elia A, Bawor M, Dennis BB, Bhatt M, Litke K, McCabe K, et al. Feasibility of behavioral activation group therapy in reducing depressive symptoms and improving quality of life in patients with depression: the BRAVE pilot trial. *Pilot Feasibility Stud.* 2020;6:61.
30. Pott SL, Delgadillo J, Kellett S. Is behavioral activation an effective and acceptable treatment for co-occurring depression and substance use disorders? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Subst Abuse Treat.* 2022;132:108478.
31. Fernandez-Rodriguez C, Gonzalez-Fernandez S, Coto-Lesmes R, Pedrosa I. Behavioral Activation and Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Anxiety and Depression in Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial. *Behav Modif.* 2021;45(5):822-59.
32. May D, Litvin B, Allegrante J. Behavioral Activation, Depression, and Promotion of Health Behaviors: A Scoping Review. *Health Educ Behav.* 2024;51(2):321-31.
33. Bagheri Sheykhangafshe F, Savabi Niri V, Baryaji S, Saeedi Z, Kiani A, Fathi-Ashtiani A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Function, Coping Strategies and Distress Tolerance of Employees with Rheumatoid Arthritis. *Sadra Medical Journal.* 2023;11(4):360-73. Persian.
34. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory-II. San Antonio: Psychological assessment; 1996. p. 490-8.
35. Bagheri Sheykhangafshe F, Mohammadi Sangachin Doost A, Savabi Niri V, Mojez N, Bourbour Z. The efficacy of cognitive-behavioral group therapy on psychological well-being and resilience of students with depressive syndrome. *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2023;10(1):108-24. Persian.
36. Boyce P, Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Aust N Z J Psychiatry.* 1989;23(3):341-51.
37. Vojudi B, Otared N, Poursharifi H. On the comparison of interpersonal sensitivity and assertiveness between drug-dependent

- persons and ordinary people. *Research on Addiction*. 2014;31:109-18. Persian.
38. Eysenck HJ. EPQ (Eysenck Personality Questionnaire): Educational and Industrial Testing Service. Educational and Industrial Testing Service. 1975.
 39. Shokri A, Shafiabadi A, Dokaneheefard F. Structural modeling of ego strength on job success with mediation of marital satisfaction and self-esteem. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2021;12(45):213-38. Persian.
 40. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988;52(1):30-41.
 41. Shavaran R, Dehghani Champiri A. Investigating the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Perceived Social Support and Life Expectancy of Caregivers of Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS): A Case Study. *Sadra Medical Journal*. 2023;11(3):333-52. Persian.
 42. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. Behavioral activation for depression: A clinician's guide: Guilford Publications; 2021.