Effectiveness of Behavioral Activation Treatment in Reduction of Anxiety and Depression of Premenopausal Women

Soolmaz Eisanezhad Boshehri, Zahra Dasht Bozorgi*

Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Article Info:

Received: **1 Mar 2017** ***Revised:*** **6 May 2017** ***Accepted*****: 11 Jul 2017**

ABSTRACT

Introduction: Anxiety and depression are the main psychological problems during premenopause. The present study was aimed to investigate the effectiveness of behavioral activation treatment in reduction of anxiety and depression during premenopausal state. ***Materials and Methods:*** This research was a queasy-experimental with a pre-test and post-test design in experimental and control groups. The statistical population were selected among women in Ahvaz city during premenopausal period. From them, 30 women were selected by voluntary sampling method and randomly assigned to two equal groups. The experimental group was received 8 sessions of 90 minutes training with behavioral activation treatment. The groups completed the questionnaire of anxiety (Beck & et al, 1988) and depression (Beck & Clarck, 1988). ***Results:*** The results showed that behavioral activation treatment significantly reduced anxiety and depression during premenopausal state. ***Conclusion:*** These study indicates that behavioral activation treatment as an effective method for alleviation of anxiety and depression in premenopausal women.

Key words:

1. Anxiety
2. Depression
3. Women

***Corresponding Author:** Zahra Dasht Bozorgi

E-mail: *Zahradb2000@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/shefa.6.1.19]

اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی زنان در دوران پیش‌یائسگی

سولماز عیسی‌نژاد بوشهری، زهرا دشت بزرگی*

گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۱ اسفند ۱۳۹۵ **اصلاحیه:** ۱۶ اردیبهشت ۱۳۹۶ **تاریخ پذیرش:** ۲۰ تیر ۱۳۹۶

چـــــکیده

مقدمه: اضطراب و افسردگی مشکلات روانی اصلی در دوران پیش‌یائسگی هستند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی در دوران پیش‌یائسگی بود. ***مواد و روش‌ها:*** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعهٔ آماری از میان زنان شهر اهواز در دوران پیش‌یائسگی انتخاب شدند. از میان آنان ۳۰ زن با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مساوی قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسهٔ آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای با روش درمان فعالسازی رفتاری دریافت کرد. گروه‌ها پرسشنامه‌های اضطراب (بک و همکاران، ۱۹۸۸) و افسردگی (بک و کلارک، ۱۹۸۸) را تکمیل کردند. ***یافته‌ها:*** نتایج نشان داد که درمان فعالسازی رفتاری به طور معنی‌داری اضطراب و افسردگی را در دوران پیش‌یائسگی کاهش داد. ***نتیجه‌گیری:*** این مطالعه نشان داد که درمان فعالسازی رفتاری به‌عنوان یک روش مؤثر برای تسکین اضطراب و افسردگی در زنان در دوران پیش‌یائسگی است.

کلید واژه‌ها:

۱. اضطراب
۲. افسردگی
۳. زنان

* **نویسنده مسئول:** زهرا دشت بزرگی

آدرس الکترونیکی: *Zahradb2000@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/shefa.6.1.19]

مقدمه

یائسگی[1] پدیده‌ای فیزیولوژیک است که ورود به آن با گذر از دوران پیش‌یائسگی[2] همراه است (۱). یائسگی به معنای قطع عادت ماهانه به مدت ۱۲ ماه می‌باشد و دوران پیش‌یائسگی به دورانی اطلاق می‌شود که عادت ماهیانه نامنظم بوده و در طی ۱۲ ماه اخیر کمتر از ۱۲ بار عادت ماهانه اتفاق افتاده باشد (۲). یائسگی معمولاً در بازهٔ سنی ۵۲-۵۰ سال اتفاق می‌افتد و دوران پیش‌یائسگی معمولاً ۱ تا ۳ سال طول می‌کشد و با علایمی مانند نامنظم بودن مدت و طول قاعدگی، گرگرفتگی، تعریق شبانه، سردرد، گیجی، بی‌حسی، کرختی در انگشتان دست و پا و مشکلات خواب همراه است و سبب افزایش اضطراب و افسردگی و کاهش شادکامی، سلامت روان و کیفیت زندگی می‌شود (۳).

یکی از مشکلات اصلی زنان در دوران پیش‌یائسگی، افزایش اضطراب[3] است. اضطراب شایع‌ترین اختلال روانی است و اکثر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران نیز اضطراب را به‌عنوان شایع‌ترین اختلال روانی مطرح کرده‌اند (۴). اختلال اضطراب شامل نگرانی مبهم و غیرقابل کنترل همراه با نشانه‌های جسمانی در غیاب اشیاء، محرک‌ها و موقعیت‌های خاص است (۵). ویژگی‌های اصلی اختلال اضطراب شامل نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت در اکثر روزها حداقل به مدت ۶ ماه، اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی، دشواری در کنترل فراوانی، شدت و مدت نگرانی است (۶). با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و همراهی اختلال اضطراب با سایر اختلال‌های روانشناختی، این اختلال یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان‌کننده محسوب می‌شود (۷).

یکی دیگر از مشکلات اصلی زنان در دوران پیش‌یائسگی، افزایش افسردگی[4] است. افسردگی یکی دیگر از اختلال‌های روانی شایع و از مهم‌ترین انواع اختلالات خلقی است که میزان وقوع آن در طول عمر حدود پانزده درصد است (۸). افسردگی به‌عنوان حالت خلقی بهنجار، تجربه‌ای متداول است، اما در حالت نابهنجار جزء اختلالات روانپزشکی است (۹). ویژگی‌های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دورهٔ زمانی حداقل دو هفته‌ای است که در ضمن آن در همهٔ فعالیت‌ها خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً وجود دارد. همچنین فرد باید دست کم چهار نشانهٔ دیگر از جمله تغییر در اشتها یا وزن، خواب و فعالیت‌های روانی -حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز و تصمیم‌گیری، افکار عودکننده دربارهٔ مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (۱۰).

امروزه روش‌های درمانی متعددی برای کاهش علایم اضطراب و افسردگی وجود دارد، اما تعداد کمی از آن‌ها توانستند در کارآزمایی‌های تصادفی بالینی اثربخش باشند که یکی از روش‌های درمانی مؤثر درمان فعالسازی رفتاری[5] می‌باشد (۱۱). این شیوهٔ درمانی یکی از روش‌های درمانی موج سوم روان‌درمانی است که مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار است (۱۲). از آنجایی که اجتناب در کوتاه‌مدت موجب راحتی و آرامش سریع بیمار می‌شود، اما در بلندمدت فرد را از منابع تقویتی محروم می‌کند؛ بنابراین در این روش درمانی به بیمار آموزش داده می‌شود به جای اجتناب، از الگوی مقابله‌ای جایگزین و سازگار استفاده کند. به عبارت دیگر در این درمان به بیمار آموزش داده می‌شود که در مقابله با شرایط محیطی آزارنده و ناکام‌کننده به جای اجتناب، با رفتاری فعالانه واکنش نشان دهد (۱۳). درمان فعالسازی رفتاری فرایند درمانی ساختار یافته‌ای است که موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی زیادتر می‌کند (۱۴). در واقع این شیوهٔ درمانی علت اختلال‌ها (مثل اختلال اضطراب و افسردگی) را در بیرون فرد (در زندگی فرد)، نه در درون آن جستجو می‌کند (۱۵).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی می‌باشند. برای مثال چو[6] و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند که درمان فعالسازی رفتاری باعث کاهش اضطراب و افسردگی جوانان شد (۱۱). علاوه بر آن پولینیک و فلورا[7] ضمن پژوهشی دربارهٔ فعالسازی رفتاری برای افسردگی به این نتیجه رسیدند که آموزش فعالسازی رفتاری باعث کاهش معنی‌دار افسردگی شد (۱۶). در پژوهشی دیگر هوپکو[8] و همکاران ضمن بررسی آموزش فعالسازی رفتاری در اختلال‌های اضطرابی گزارش کردند که آموزش فعالسازی رفتاری باعث کاهش اختلال‌های اضطراب شد (۱۷). همچنین زمستانی و همکاران در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری گروهی بر علایم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب به این نتیجه رسیدند که درمان فعالسازی رفتاری باعث کاهش معنی‌دار افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه شد (۱۸). در پژوهشی دیگر طاهری و همکاران گزارش کردند که درمان فعالسازی رفتاری و شناخت درمانی در کاهش علایم اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر بودند و این دو روش در کاهش شدت علایم اختلال اضطراب اجتماعی اثر برابری داشتند (۱۹). علاوه بر آن امیری و همکاران ضمن

[1] Menopausal
[2] Premenopausal
[3] Anxiety
[4] Depression
[5] Behavioral activation treatment
[6] Chu
[7] Polenick and Flora
[8] Hopko

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-04]
[DOI: 10.29252/shefa.6.1.19]

پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان فعالسازی رفتاری باعث کاهش شدت علایم افسردگی و سلامت روان شد، اما باعث بهبود کیفیت زندگی نشد (۲۰).

علت اصلی علایم دوران پیش‌یائسگی تغییرات هورمونی است، اما مداخلات روانشناختی در کاهش علایم آن تأثیر دارد و پروتکل سازمان بهداشت جهانی مبتنی بر تغییر شیوهٔ زندگی این افراد است (۲۱). از یک سو درمان فعالسازی رفتاری یکی از روش‌های مهم و کاربردی در تغییر شیوه‌های زندگی می‌باشد و پژوهش‌های اندکی دربارهٔ تأثیر آن بر کاهش علایم اختلال اضطراب و افسردگی انجام شده است. از سوی دیگر اضطراب و افسردگی در کاهش آستانهٔ تحمل نقش مهمی دارند (۲۲) و این دو اختلال غالباً با اختلال‌ها شناختی از جمله کندی در عملکرد حافظهٔ کاری و پردازش اطلاعات، کاهش توجه و تمرکز همراه می‌باشند (۲۳). همچنین زنان در دوران پیش‌یائسگی با مشکلات فراوانی مواجه هستند و به طور متوسط زنان یک سوم عمر خود را پس از یائسگی می‌گذرانند (۲۴). بنابراین وجود روش‌های درمانی مؤثر برای کاهش علایم روانشناختی پیش‌یائسگی ضروری است، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی زنان در دوران پیش‌یائسگی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش زنان شهر اهواز در دوران پیش‌یائسگی در سال ۱۳۹۵ بودند که از میان آنان ۳۰ زن با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. نحوهٔ اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها، هدف پژوهش به آن‌ها گفته شد و از آنان رضایت‌نامهٔ کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۵۵-۴۵ سال، بودن در دوران پیش‌یائسگی، متأهل بودن، نمرهٔ بالا در اضطراب (نمرهٔ ۱۹ به بالا) و افسردگی (نمرهٔ ۱۹ به بالا)، عدم ابتلاء به اختلال‌های روانپزشکی و مصرف داروهای روانپزشکی و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم امضای رضایت‌نامهٔ شرکت در پژوهش، عدم تکمیل دقیق پرسشنامه‌ها و غیبت بیش از یک جلسه بود. لازم به ذکر است که ابتلاء به اضطراب و افسردگی و عدم ابتلاء به اختلال‌های روانپزشکی دیگر توسط یک روانشناس بالینی تأیید شد.

گروه آزمایش ۸ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) با روش درمان فعالسازی رفتاری آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. محتوی جلسات درمان فعالسازی رفتاری بر اساس نظریهٔ دیمیدجین[9] و همکاران بود (۲۵) که در ایران توسط عطایی مغانلو استفاده و تأیید شد (۲۶). جلسهٔ اول پس از آشنایی و ایجاد رابطهٔ درمانی، اهمیت و هدف درمان فعالسازی رفتاری بیان و قراردادهای رفتاری ساده آموزش داده شد. جلسهٔ دوم فعالسازی رفتار با تمرکز بر تعامل بین فرد و محیط بر اساس اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس‌پرتری دوره‌ای، مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای آموزش داده شد. جلسهٔ سوم فرایندهای شفابخش با چهار موضوع توصیه در زمینهٔ کلی بیماری، انتخاب روش درمانی مناسب با وضعیت فرد، موضوعات انگیزشی و تعامل با افراد دیگر و استفاده از تجربهٔ آن‌ها آموزش داده شد. جلسهٔ چهارم استفاده از تقویت مثبت کلامی از طریق بیان جملات مثبت و امیدبخش آموزش داده شد. جلسهٔ پنجم استفاده از استعاره در جریان تقویت مثبت کلامی آموزش داده شد. جلسهٔ ششم بازسازی شناختی، ابعاد روانی اجتماعی مسئله، مهارت‌های مقابله، مهارت قاطعیت و درمان و در صورت عود مراجعه به پزشک و روانشناس آموزش داده شد. جلسهٔ هفتم مهارت حل مسئله آموزش داده شد که شامل تعریف مسئله، شناسایی عوامل بازدارندهٔ حل مسئله، فرایند حل مسئله، متعهد شدن برای اجرای راه حل، طرح‌ریزی برای اجرای بهترین راه حل و اجرای بهترین راه‌حل بود. جلسهٔ هشتم به جمع‌بندی، خلاصه‌کردن و آموزش راهکارهای پیشگیرانه پرداخته شد. لازم به ذکر است که در انتهای هر جلسه به آن‌ها تکلیفی مبتنی بر آموزش‌های آن جلسه داده شد و در ابتدای جلسهٔ بعد ضمن بررسی، به آنان بازخورد داده شد. البته گروه‌ها پیش و پس از مداخله از لحاظ اضطراب و افسردگی ارزیابی شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامهٔ اضطراب: برای اندازه‌گیری اضطراب از نسخهٔ دوم پرسشنامهٔ اضطراب بک[10] که توسط بک و همکاران ساخته شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۲۱ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۰= اصلا تا ۳= شدید) نمره‌گذاری می‌شود، لذا دامنهٔ نمرات بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد. نمرهٔ این ابزار با مجموع نمرهٔ گویه‌ها به دست می‌آید و نمرهٔ بالاتر به معنای اضطراب بیشتر است. بک و همکاران بیان کردند ابزار دارای روایی پیش‌بین مناسبی می‌باشد و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند (۲۷). همچنین حسینی و همکاران پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند (۲۸).

پرسشنامهٔ افسردگی: برای اندازه‌گیری افسردگی از نسخهٔ دوم پرسشنامهٔ افسردگی بک که توسط بک و

[9] Dimidjain
[10] Beck

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-04]
[DOI: 10.29252/shefa.6.1.19]

کلارک[11] ساخته شده، استفاده شد. این ابزار هم دارای ۲۱ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۰= اصلا تا ۳= شدید) نمره‌گذاری می‌شود، لذا دامنهٔ نمرات بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد. نمرهٔ این ابزار با مجموع نمرهٔ گویه‌ها به دست می‌آید و نمرهٔ بالاتر به معنای افسردگی بیشتر است. بک و کلارک بیان کردند ابزار دارای روایی پیش‌بین مناسبی می‌باشد و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند (۲۹). همچنین محمدی پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرد (۳۰).

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی با کمک نرم‌افزار SPSS با ویرایش ۱۹ در سطح معنی‌داری $P<۰/۰۵$ تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای بررسی توصیف متغیرها و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای آزمون فرض‌های آماری استفاده شد.

یافته‌ها

آزمودنی‌های پژوهش ۳۰ زن در دوران پیش‌یائسگی بودند که میانگین سنی گروه آزمایش ۵۱/۲۴ سال و گروه کنترل ۵۰/۸۷ سال بود. قبل از انجام تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف –اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنی‌دار نبودند که این یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها برقرار است. بنابراین شرایط استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری وجود دارد. در جدول ۱ تعداد، میانگین و انحراف معیار اضطراب و افسردگی گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شد.

در جدول ۱، نتایج میانگین و انحراف استاندارد گروه درمان فعالسازی رفتاری و گروه کنترل در مراحل مختلف ارزیابی قابل مشاهده است. بر اساس آن میانگین پس‌آزمون اضطراب و افسردگی گروه درمان فعالسازی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است. برای بررسی تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته اضطراب و افسردگی از نتایج آزمون چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شد.

طبق نتایج جدول ۲، هر چهار آزمون حاکی از اثربخشی متغیر مستقل (درمان فعالسازی رفتاری) حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب و افسردگی) می‌باشد. به عبارت دیگر نتایج نشان داد گروه‌های درمان فعالسازی رفتاری و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای اضطراب و افسردگی تفاوت معنی‌داری دارند ($P<۰/۰۰۱$). در پژوهش‌ها معمولاً نتایج آزمون لامبدای ویلکز گزارش می‌شود که با توجه به نتایج آن تفاوت بین گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای اضطراب و افسردگی معنی‌دار است ($F=۱۸/۴۸۳$, $P<۰/۰۰۱$). با توجه به معنی‌دار بودن نتایج آزمون چندمتغیری و برای بررسی اینکه درمان فعالسازی رفتاری بر کدام یک از متغیرهای وابسته تأثیر معنی‌داری داشته از نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شد.

طبق نتایج جدول ۳، گروه تأثیر معنی‌داری بر نمرات پس‌آزمون هر دو متغیر اضطراب و افسردگی زنان در دوران پیش‌یائسگی داشت؛ به عبارت دیگر درمان فعالسازی رفتاری بر اضطراب و افسردگی اثر معنی‌دار داشته و نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون به طور معنی‌داری کاهش یافته است. همچنین با توجه به مجذور اتا می‌توان گفت ۷۳/۶ درصد تغییرات اضطراب و ۸۴/۱ درصد تغییرات افسردگی ناشی از اعمال متغیر مستقل یا تأثیر درمان فعالسازی رفتاری می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که روش درمان فعالسازی رفتاری باعث کاهش معنی‌دار اضطراب ($F=۶۵/۴۷۳$, $P<۰/۰۰۱$) و افسردگی ($P<۰/۰۰۱$, $F=۷۲/۷۶۹$) زنان در دوران پیش‌یائسگی شد.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد اضطراب و افسردگی گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

گروه‌ها	تعداد	اضطراب				افسردگی			
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
فعالسازی رفتاری	۱۵	۴۱/۲۰	۳/۹۷	۲۹/۱۳	۲/۱۵	۳۸/۷۳	۴/۴۷	۲۷/۲۷	۲/۱۶
کنترل	۱۵	۳۹/۸۰	۳/۴۴	۳۹/۲۶	۲/۹۶	۴۰/۲۷	۳/۷۲	۳۹/۸۷	۳/۹۶

[11] Clarck

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-04]
[DOI: 10.29252/shefa.6.1.19]

جدول ۲- نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی اثربخشی درمان در متغیرهای اضطراب و افسردگی.

متغیر مستقل	آزمون‌ها	مقدار	آمارهٔ F	معنی‌داری	مجذور اِتا
روش درمان	اثر پیلایی	۰/۷۴۲	۱۲/۷۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
	لامبدای ویلکز	۰/۶۷۵	۱۸/۴۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۱
	اثر هاتلینگ	۱/۳۹۱	۳۵/۹۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴
	بزرگترین ریشه‌روی	۱/۲۸۴	۷۴/۲۴۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳۶

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری گروه‌های درمان فعالسازی رفتاری و کنترل بر اضطراب و افسردگی.

متغیرهای وابسته	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	آمارهٔ F	معنی‌داری	مجذور اِتا
اضطراب	پیش‌آزمون	۴/۱۴۱	۱	۴/۱۴۱	۳۱/۱۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸
	گروه	۸/۷۰۸	۱	۸/۷۰۸	۶۵/۴۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۶
	واریانس خطا	۳/۵۹۷	۲۷	۰/۱۳۳	–	–	–
	واریانس کل	۸۶/۵۳۱	۳۰	–	–	–	–
افسردگی	پیش‌آزمون	۵/۹۵۷	۱	۵/۹۵۷	۲۲/۴۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵۴
	گروه	۱۹/۲۸۴	۱	۱۹/۲۸۴	۷۲/۷۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱
	واریانس خطا	۷/۱۵۹	۲۷	۰/۲۶۵	–	–	–
	واریانس کل	۹۷/۲۱۰	۳۰	–	–	–	–

بحث و نتیجه‌گیری

دوران پیش‌یائسگی به دلیل تغییرات هورمونی می‌تواند باعث مشکلات روانشناختی برای زنان شود، لذا این پژوهش با هدف اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی زنان در دوران پیش‌یائسگی انجام شد که یافته‌ها نشان داد این شیوهٔ درمانی باعث کاهش معنی‌دار اضطراب و افسردگی آنان شد.

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینهٔ اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری در کاهش اضطراب با یافتهٔ پژوهش‌های (۳۱، ۱۹-۱۷، ۱۱) همسو بود. برای مثال چو و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند درمان فعالسازی رفتاری باعث کاهش اضطراب جوانان شد (۱۱). همچنین زمستانی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند درمان فعالسازی رفتاری باعث کاهش معنی‌دار اضطراب و نشخوار فکری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه شد (۱۸). سلیمانی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان فعالسازی گروهی باعث کاهش معنی‌دار اضطراب و ابعاد آن‌ها شد (۳۱). در تبیین اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری بر اضطراب می‌توان گفت این روش درمانی، روشی بسیار مؤثر برای تسریع فرایند خاموشی و افزایش تقویت مثبت وابسته به پاسخ در مشکلات هیجانی می‌باشد. درمان فعالسازی رفتاری از یک سو نشانه‌های اضطرابی را از طریق کاهش رفتارهای اجتنابی کاهش می‌دهد و از سوی دیگر باعث تسهیل رفتارها به‌منظور دستیابی به تقویت مثبت می‌شود که این عوامل می‌توانند باعث کاهش نشانه‌ها یا علایم اضطراب شوند. تبیین دیگر اینکه بر اساس نظریه‌های رفتاری یکی از علل رفتاری اضطراب به هم خوردن نظم و ترتیب در فعالیت‌های روزانه می‌باشد که درمان فعالسازی رفتاری موجب مرتب شدن فعالیت‌های روزانه می‌شود و این امر باعث تنظیم خواب و بیداری و افزایش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود که این عوامل خود باعث کاهش اضطراب می‌شوند. همچنین عامل دیگری که باعث اثربخشی این روش در کاهش اضطراب می‌شود، بازخورد مثبتی است که افراد به دلیل انجام تکالیف دریافت می‌کنند. دریافت بازخورد مثبت از یک سو باعث ایجاد و افزایش انگیزه برای انجام تکالیف و فعالیت‌ها در زندگی روزمره می‌شود و از سوی دیگر میزان خودکارآمدی و اعتماد به نفس را افزایش می‌دهد که این عوامل باعث کاهش احساس اضطراب می‌شوند (۳۲).

همچنین یافته‌های پژوهش در زمینهٔ کاهش افسردگی با یافتهٔ پژوهش‌های (۳۱، ۲۰، ۱۸، ۱۶، ۱۱) همسو بود. برای مثال چو و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند درمان فعالسازی رفتاری باعث کاهش افسردگی جوانان شد (۱۱). در پژوهشی دیگر زمستانی و همکاران گزارش کردند درمان فعالسازی رفتاری باعث کاهش معنی‌دار افسردگی و نشخوار فکری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه شد (۱۸). همچنین سلیمانی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان فعالسازی گروهی باعث کاهش معنی‌دار افسردگی و ابعاد آن‌ها شد (۳۱). در تبیین اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری بر افسردگی می‌توان گفت نظریهٔ رفتاری افسردگی بیان می‌کند که این درمان به این دلیل فراهم کردن

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-04]
[DOI: 10.29252/shefa.6.1.19]

فرصت دریافت افزایش تقویت مثبت اثربخش است. هدف فعالسازی رفتاری افزایش رفتارهایی است که احتمالاً منجر به دریافت تقویت از سوی بیمار می‌شوند که این تقویت‌ها درونی (مانند لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) می‌باشند و این افزایش تقویت‌ها به بهبود خلق بیمار کمک می‌کنند و در نهایت باعث کاهش خلق افسردهٔ وی می‌شوند (۲۵). تبیین دیگر اینکه درمان فعالسازی رفتاری به افراد آموزش می‌دهد تا سبک زندگی خود را عوض کنند و قانون‌های جدیدی را در زندگی خود وضع و آن‌ها را دنبال کنند. مثلاً افراد یاد می‌گیرند در هنگام احساس غمگینی به جای خاموش بودن، فعال‌تر شوند و اقدام به حل مشکل کنند. همچنین این شیوهٔ راهبرد شکستن تکالیف دشوار به چند تکلیف ساده‌تر را آموزش می‌دهد. بنابراین افراد افسرده با اجرای این راهبردها می‌توانند به شیوهٔ پیش‌رونده به موفقیت‌هایی دست یابند و این امر دستیابی به تقویت مثبت را تسهیل می‌کند. همچنین این رویکرد درمانی بیماران افسرده را تشویق می‌کند تا با وجود احساس خستگی و غمگینی فعال‌تر شوند و یا سعی کنند تا تکالیف رفتاری مرتبط با فرایند درمان را انجام دهند، حتی اگر هیچ انگیزه‌ای برای انجام دادن این کار نداشته باشند. چنین فرایندهایی به مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن باعث بهبود خلق افراد افسرده می‌شوند (۳۳).

نخستین محدودیت پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه به دلیل فراهم نبودن شرایط برای استفاده از سایر روش‌های نمونه‌گیری بود. همچنین حجم نمونهٔ پایین و محدود شدن نمونهٔ پژوهش به زنان دوران پیش‌یائسگی شهر اهواز محدودیت دیگر پژوهش بود، لذا در تعمیم دادن نتایج پژوهش باید احتیاط کرد. در نتیجه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌هایی با حجم بیشتر استفاده و یا پژوهش بر روی سایر گروه‌ها انجام شود تا بتوان بهتر نتایج را تعمیم داد. همچنین استفاده از روش‌های نمونه‌گیری با دقت بیشتر مثل روش تصادفی ساده و استفاده از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت برای بررسی تداوم تأثیر روش فعالسازی رفتاری می‌توانند پیشنهادهای پژوهشی مناسبی باشند. پیشنهاد دیگر اینکه می‌توان روش درمان فعالسازی رفتاری را با سایر روش‌های روان‌درمانی موج سوم مثل درمان پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیکی، روان‌درمانی تحلیل تابعی، سیستم تحلیل رفتاری شناختی، طرحواره درمانی و غیره مقایسه کرد. همچنین با توجه به نتایج می‌توان گفت درمان فعالسازی رفتاری می‌تواند میزان اضطراب و افسردگی زنان در دوران پیش‌یائسگی را کاهش دهد، لذا این روش قابلیت کاربرد اجرایی در مراکز درمانی را دارد و جزء روش‌های درمانی مؤثر می‌باشد. بنابراین مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران می‌توانند از روش درمانی موج سوم درمانگری یعنی درمان فعالسازی رفتاری برای کاهش اضطراب و افسردگی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد و در پایان از کلیهٔ شرکت‌کنندگان که با صبر و بردباری خود ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Oakley SH, Walther-Liu J, Crisp CC, Pauls RN. Acupuncture in premenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a prospective cohort pilot study. Sex Med. 2016; 4(3): 176-81.

2. Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Aghamiri V, Nazemiyeh H, Soltanpoor S. Efficacy of hop (Humuluslupulus L.) on early menopausal symptoms in premenopausal women: a randomized double blind placebo-controlled trial. Sci J Kurdistan Univ Med Sci. 2014; 19(3): 12-22.

3. Lamberg L. Menopause not always to blame for sleep problems in midlife women. JAMA. 2007; 297(17): 1865-6.

4. Hamidpour H, Doulatshahi B, Pourshahbaz A, Dadkhah A. Schema therapy efficacy in treating women with generalized anxiety disorder. Iranian J Psychiat Clin Psychol. 2010; 4(16): 420-31.

5. Roger C, Allison JO, Pamela MS. David JA. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. J Anxiety Disord. 2008; 22(1): 108-16.

6. Salas-Wright CP, Kagotho N, Vaughn MG. Mood, anxiety, and personality disorders among first and second-generation immigrants to the United States. Psychiat Res. 2014; 220(3): 1028-36.

7. Schaefer KE, Esposito-Smythers C, Riskind JH. The role of impulsivity in the relationship between anxiety and suicidal ideation. J Affec Disord. 2012; 143(1-3): 95-101.

8. Romeo B, Choucha W, Fossati P, Rotge J. Meta-analysis of short- and mid-term efficacy of ketamine in unipolar and bipolar depression. Psychiat Res. 2015; 230(2): 682-88.

9. Dargahian R, Mohammadkhani S, Hasani J. The efficacy of metacognitive therapy on depression symptoms reduction, cognitive attentional syndrome components and maladaptive coping styles in patients with major depression. Shefaye Khatam. 2014; 2(3): 45-52.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/shefa.6.1.19]

10. Gayathri D, Rashmi BS. Mechanism of development of depression and probiotics as adjuvant therapy for its prevention and management. Ment Health Preven. 2017; 5: 40-51.

11. Chu BC, Crocco ST, Esseling P, Areizaga MJ, Lindner AM, Skriner LC. Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial. Behav Res Thera. 2016; 76(1): 65-75.

12. Moshier SJ, Otto MW. Behavioral activation treatment for major depression: a randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. J Affec Disord. 2017; 210: 265-8.

13. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. J Consul Clin Psychol. 2006; 4(4): 658-70.

14. Chartier JS, Provencher MD. Behavioral activation for depression: efficacy, effectiveness and dissemination. J Affec Disord. 2013; 145(3): 292-9.

15. McIndoo CC, File AA, Preddy T, Clark CG, Hopko DR. Mindfulness-based therapy and behavioral activation: a randomized controlled trial with depressed college students. Behav Res Thera. 2016; 77: 118-28.

16. Polenick CA, Flora SR. Behavioral activation for depression in older adults: theoretical and practical considerations. Behav Anal. 2013; 36(1): 35-55.

17. Hopko DR, Robertson SMC, Lejuez Cw. Behavioral activation for anxiety disorders. Behav Analyst Today. 2006; 7(2): 212-31.

18. Zemestani M, Davoodi I, Mehrabi-Zadeh Honarmand M, Zargar Y. Effectiveness of group behavioral activation on depression, anxiety and rumination in patients with depression and anxiety. J Clin Psychol. 2014; 5(4): 73-84.

19. Taheri E, Amiri M, Birashk B, Gharrayi B. Cognitive therapy versus behavioral activation therapy in the treatment of social anxiety disorder. J Fundamental Ment Health. 2016; 18(5): 294-9.

20. Amiri M, Yekeh Yazdandoost R, Tabatabaee SM. Effectiveness of group behavioral activation treatment in reducing depressive symptoms and effects of this treatment in increasing mental health and quality of life in clients of therapeutic community. J Res Addict. 2009; 3(9): 101-14.

21. Weinheimer EM, Martin BR, Weaver CM, Welch JM, Campbell WW. The effect of exercise on water balance in premenopausal physically active women. J Am Diet Assoc. 2008; 108(10): 1662-7.

22. Vakili N, Asgari K, Kalantari M, Molavi H, Asheghan M. The effect of alexithymia, anxiety, and depression on pain severity in female patients with fibromyalgia in Tehran. Shefaye Khatam. 2015; 3(4): 49-56.

23. Bashi Abdolabadi H, Pilevar S, Saram AA. The effect of cognitive rehabilitation on cognitive function, memory, depression, and anxiety in patients with multiple sclerosis. Shefaye Khatam. 2016; 4(3): 28-40.

24. Kazemian A, Banaian S, Parvin N, Delaram M. The effect of valerian on hot flash in menopausal women. J Shahrekord Univ Med Sci. 2006; 8(2): 25-40.

25. Dimidjian S, Martell CR, Addis ME, Herman-Dunn R. Behavioral activation for depression. Barlow DH. Clinical handbook of psychological disorders. 4th ed. A step-by-step treatment manual. New York: Guilford Press. 2008.

26. Ataie Moghanloo V, Ataie Moghanloo R. The effect of behavioral activation therapy based on changing lifestyle on depression, psychological well-being and feeling of guilt in children between 7-15 years old with diabetes. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2015; 14(4): 325-38.

27. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988; 56: 893-7.

28. Hoseini N, Razavi Nematollahi V, Hoseinifard SM, Hasannejzad B. The study of schema therapy effect on women with major depression to relapse. Women Family Stud. 2011; 3(12): 49-64.

29. Beck AT, Clarck DA. Anxiety and depression: an information processing perspective. Anxiety Res. 1988; 1: 23-36.

30. Mohammadi M. Efficacy of cognitive behavioral group therapy on various aspects of major depression disorder symptomatology. MA of clinical psychology. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Science. 2007.

31. Soleimani M, Mohammadkhani P, Dolatshahi B, Alizadeh H, Overmann KA, Coolidge FL. A comparative study of group behavioral activation and cognitive therapy in reducing subsyndromal anxiety and depressive symptoms. Iran J Psychiat. 2015; 10(2): 71-8.

32. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. 2nd ed. New York: Guilford Press. 2012.

33. Kanter J, Santiago-Rivera A, Santos M, Nagy G, Lopez M, Hurtado G, et al. A randomized hybrid efficacy and effectiveness trial of behavioral activation for Latinos with depression. Behav Ther. 2015; 46(2): 177-92.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/shefa.6.1.19]