خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۸۹-۱۰۵

Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.5.1

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فعال‌سازی رفتاری بر سرسختی روان‌شناختی در افراد افسرده

فرناز کیائیان موسوی[۱] ، عبدالله مفاخری*[۲] ، علی محمد زاده ابراهیمی[۳]

چکیده

مقدمه: فشار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی اختلال افسردگی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و شیوع فزاینده سالانه در جمعیت عمومی به اضافه خودکشی به‌عنوان پیآمد فاجعه بار آن هم‌چنان افسردگی در صدر مسائل بهداشت روان است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان فعال‌سازی رفتاری بر سرسختی روان‌شناختی در افراد افسرده می‌باشد.

روش پژوهش: این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع پژوهش‌های کاربردی از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون و پس آزمون با ۲ گروه آزمایش و یک 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 کرده‌اند. از جامعه آماری بالا در ابتدا ۵۰ نفر از کسانی که در پرسشنامه افسردگی بک نمره متوسط به بالا کسب کردند به صورت در دسترس انتخاب و در مرحله بعد طبق فرمول کوهن ۴۵ نفر از این ۵۰ نفر در ۳ گروه ۱۵ نفری (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به‌صورت تصادفی قرار گرفتند و به پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی اهواز کیامرثی، نجاریان و مهرابی زاده پاسخ دادند. نتایج به وسیله نرم افزار Spss نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اثر اصلی گروه درمان شاختی رفتاری و فعال‌سازی رفتاری معنادار بود ($P<0/001$) که با توجه به مجذر اتا می‌توان گفت که در بخش بین گروهی ۶۰ درصد تغییرات سرسختی روان‌شناختی ناشی از اثر مداخله درمان شناختی رفتاری و ۵۵ درصد تغییرات ناشی از اثر مداخله فعال‌سازی رفتاری است. همچنین بین میزان تاثیر دو روش روش شناختی رفتاری و فعال‌سازی رفتاری بر سرسختی روان‌شناختی ($p<۰/۲۴۸$) اختلاف معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به میزان مشابهی بر سرسختی روان‌شناختی تاثیر گذار هستند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود که درمان‌های گروهی شناختی رفتاری و فعال‌سازی رفتاری می‌توانند بر بهبود سرسختی روان‌شناختی افراد افسرده مؤثر واقع شوند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، درمان فعال‌سازی رفتاری، سرسختی روان‌شناختی، افسردگی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۲/۲۸ **تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۶/۸**

استناد: کیائیان موسوی ف، مفاخری ع، محمدزاده ابراهیمی ع. مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فعال‌سازی رفتاری بر سرسختی روان‌شناختی در افراد افسرده، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۲(۴): ۸۹-۱۰۵

[۱]- دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد ، خراسان شمالی ، ایران، mmoeinifard88@gmail.com

[۲] - نویسنده مسئول، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور ، ایران (نویسنده مسئول) amafa32@yahoo.com

[۳]- دانشیار گروه روانشناسی ، دانشکده علوم انسانی ، دانشگاه بجنورد ، خراسان شمالی ، ایران، mohammadzadeh@yahoo.com

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

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 گاه، اشکال در تمرکـز، بی‌اشتهائی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود (۱). 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 (۲). برآوردهـــای همـه‌گیرشناسی نشان داده اند کـه شیوع طول عمر این اختلال بین سیزده تا نوزده درصد می‌باشد. در حال حاضر بیش از ۳۵۰ ملیون نفر در سطح جهان به افسردگی مبتلا هستند (۳).

افسردگی می تواند تمام جنبه‌های زندگی فرد بیمار را تحت تاثیر قرار دهد. یکی از این جوانب سرسختی روان‌شناختی می‌باشد که توسط کوباسا در سال ۱۹۷۹) مطرح شد. سرسختی روان‌شناختی، مجموعه‌ای متشکل از ویژگی‌های شخصیتی است که در رویارویی با حوادث فشارزای زندگی، به‌عنوان منبعی از مقاومت و به‌عنوان سپری محافظ عمل می‌کند. سرسختی روانشناختی یک جهت گیری کلی نسبت به خود و دنیای پیرامون است و شامل سه مؤلفه تعهد ، کنترل و مبارزه جویی است (۴). فردی که سرسختی روان‌شناختی زیادی دارد، از سه مشخصه عمومی برخوردار است: قادر به کنترل یا تأثیرگذاری بر حوادث است و فشارزاهای روانی را قابل تغییر می‌داند، توانایی احساس عمیق درآمیختگی یا تعهد نسبت به فعالیت‌هایی دارد که انجام می‌دهد، به این امر اعتقاد دارد که تغییر یک مبارزه هیجان انگیز برای شدت بیشتر است و آن را جنبه ای از زندگی می داند (۵).

توجه به روان درمانی‌ها در درمان بیماران افسرده امری اجتناب ناپذیر می‌باشد. محققان معتقدند رویکردهای یکپارچه نگر ظرفیت اثرگذاری بیشتری برای کمک به رفع مشکلات روان‌شناختی افراد در شرایط متفاوت فراهم می‌کنند که یکی از درمان‌های موثر در درمان بیماری افسردگی، فعال‌سازی رفتاری می‌باشد. درمان فعال‌سازی رفتاری به‌عنوان یک مداخله معتبر کوتاه مدت بر ارتقای کیفیت و سبک زندگی و کاهش هیجان‌های منفی در افراد تاکید دارد (۶). این درمان با افزایش فعالیت‌های ارزشمند، احساس لذت و موفقیت را افزایش می‌دهد که از مزایای آن، سادگی و نداشتن عوارض جانبی است. تأکید فعال‌سازی رفتاری بر تبادل بین فرد و محیط در طی زمان و شناسایی محرک‌های محیطی و پاسخهای مقابله ای دخیل در سبب شناسی و تداوم خلق افسرده وار است (۷). در بزرگترین مطالعه‌ای که تا کنون در زمینه مقایسه اثرمندی درمـان‌هـای افسردگی انجام شده اسـت مشخص شد که درمان فعال‌سازی رفتاری در درمان بیماران افسرده شدید نسبت به دارودرمانی و درمـان شـناختی نتـایج بهتری داشـته اسـت (۸). روش فعال‌سازی رفتاری می تواند برای درمان همبودی افسردگی و اضطراب نیز به کار رود (۹).

دیگر رویکرد مورد اسفاده در این پژوهش در جهت کاهش افسردگی در افراد، درمان شناختی رفتاری[1] می‌باشد. این درمان از نظریه شناختی آرون بک[2] اقتباس شده است. درمان شناختی رفتاری یک روش درمانی مرکب از دو رویکرد رفتار درمانی و درمان شناختی است. در رویکرد درمان شناختی رفتاری، قسمت عمده درمان براساس اینجا و اکنون پایه‌ریزی شده است و هدف درمان و آموزش این است که درمان‌جویان به شیوه‌ای بتوانند تغییرات مطلوبی را در زندگی‌شان ایجاد نمایند. در درمان شناختی رفتاری از بازسازی شناختی و تغییر محتوای افکار استفاده می‌گردد و نگرش‌ها و باورهای ناکارآمد شناسایی و با استفاده از تکنیک‌های شناختی و آزمایش‌های رفتاری به چالش کشیده می‌شوند (۱۰). رجبی و همکاران در پژوهشی با دریافتند که درمان شناختی ـ رفتاری گروهی به طور معناداری باعث کاهش میزان افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است (۱۱). لذا با توجه به مطالب گفته

---

[1]. Cognitive behavioral therapy

[2]. Beck

خانواده و بهداشت
فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۸۹-۱۰۵
Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.5.1

شده هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فعال سازی رفتاری بر سرسختی روان‌شناختی درافراد افسرده می‌باشد.

روش پژوهش:

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع پژوهش‌های کاربردی از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون و پس آزمون با ۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به افسردگی شهر بابل بود که در سال ۱۳۹۹ به کلینیک‌های روان‌درمانی سطح شهر مراجعه کرده‌اند بود. از جامعه آماری یاد شده در ابتدا ۵۰ نفر از کسانی که در پرسشنامه‌ی افسردگی بک نمره‌ی متوسط به بالا کسب کردند به صورت در دسترس انتخاب و در مرحله بعد طبق فرمول کوهن ۴۵ نفر از این ۵۰ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفری (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از 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. معیارهای خروج نیز شامل دریافت مداخلات روان‌شناختی در ۳ماه 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. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل:

پرسشنامه افسردگی بک[1]: این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند.. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای صفر تا سه نمره گذاری می شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۱ و حداقل نمره صفر است.به عنوان یک قاعده ی کلی نمره ی ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ به عنوان افسردگی شدید تعریف می شود. در مطالعه ای ضریب آلفا ۰/۹۱ ،ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ ،ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ را برای آن گزارش نمود (۱۲). موتابی و همکاران 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 کرده اند (۱۳).

پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی اهواز [2]: یک مقیاس خودگزارشی مداد کاغذی است که دارای ۲۷ ماده است. این مقیاس به وسیله‌ی تحلیل عوامل توسط کیامرثی و همکاران، 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.کیامرثی و همکاران، 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 به‌کار گرفته شد. ضریب آلفای کرونباخ برای

[1] . Beck Depression Questionnaire
[2]. Ahvaz Psychological Hardiness Questionnaire

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 سیفی و تقوی ۰/۷۵ به‌دست آمد و برای احراز روایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد که ضرایب همبستگی گویه‌ها بین ۰/۱۴ تا ۰/۵۰ به‌دست آمد (۱۴).

شیوه اجرای پژوهش حاضر بدین صورت بود که محقق ابتدا به کلینیک‌های روان‌درمانی سطح شهر بابل مراجعه کرد. جهت انتخاب آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های مربوطه در مراکز قرار گرفت. افرادی که حداقل نمره ۱۴ درپرسشنامه افسردگی بک را کسب کرده و در طی مصاحبه‌ی بالینی نیز تشخیص افسردگی بر روی آن‌ها انجام شد، به‌عنوان آزمودنی انتخاب شده و پرسشنامه‌ی سرسختی روان‌شناختی اهواز کیامرثی، نجاریان و مهرابی زاده هنرمند نیز توسط آن‌ها تکمیل شد. با مشخص شدن لیست افراد مراجعه کننده به مراکز، ۴۵ نفر به‌صورت در دسترس با توجه به معیارهای موجود انتخاب شده و در ۳ گروه (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به‌صورت تصادفی جای‌گذاری شدند. درمان شناختی رفتاری و درمان فعال‌سازی رفتاری هر هفته یک جلسه اجرا شد. در همین راستا از هریک از گروه‌ها ابتدا پیش آزمون گرفته و سپس این درمان‌ها طبق پروتکل‌های ارائه شده به‌صورت منقطع و با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی اعم از فاصله گذاری اجتماعی، ضد عفونی شدن محیط، استفاده از ماسک و دستکش و الکل عملیاتی گردید. بدین صورت که به علت شرایط پاندمیک کرونا و جهت حفظ سلامتی اعضا، اعضای ۱۵ نفره هر گروه به ۳ دسته‌ی ۵ نفره تقیم شده و جلسات به صورت گروه‌های جداگانه برگزار شد. در طول هر جلسه، درمان شناختی رفتاری و درمان فعال‌سازی رفتاری به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شد و به گروه کنترل هیچ گونه درمانی داده نشد. قبل از اجرای پژوهش از آزمودنی‌ها خواسته شد که به پرسشنامه‌های ذکر شده در پژوهش پاسخ دهند. بعد از اتمام جلسات درمانی نیز از آن‌ها خواسته شد مجددا به این پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. مداخله توسط دانشجوی دکتری روانشناسی که در زمینه درمان شناختی رفتاری و درمان فعال‌سازی رفتاری آموزش‌های لازم را کسب نموده است، برگزار شد. در جلسه اول سنجش‌های مورد نیاز صورت گرفته و خطوط پایه تعیین شد. به گروه گواه اطمینان داده شد که پس از پایان کار پژوهش، به آن‌ها نیز ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری و درمان فعال‌سازی رفتاری نیز ارائه خواهد شد. همچنین هر فرد، در هر زمان از انجام پژوهش که مایل بود به‌طور آزادانه می‌توانست از برنامه خارج شود. در این تحقیق از تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها، به منظور توصیف داده‌های جمع‌آوری شده، استفاده شد و با استفاده از نرم‌افزار آماری spss اطلاعات تجزیه و تحلیل شد. از شاخص‌های آمار توصیفی (مانند میانگین و انحراف استاندارد) برای توصیف اطلاعات استفاده شد. در بخش آمار استنباطی برای بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون شاپیرو ویلک،جهت بررسی تفاوت های بین گروهی از تحلیل واریانس آمیخته با در نظر گرفتن عامل درون گروهی (آزمون) و بین گروهی (عضویت گروهی) استفاده شد. از آزمون تعقیبی بنفرونی نیز برای مقایسه گروه‌های آزمایشی با یکدیگر و با گروه کنترل به کار گرفته شد. خلاصه جلسات ارائه شده به شرح زیر انجام شد:

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۸۹-۱۰۵

Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.5.1

جدول ۱- پروتکل درمان شناختی رفتاری

Table 1- Cognitive behavioral therapy protocol

جلسات	محتوا
اول	معرفی اعضای گروه، هدایت خودکار، شکل‌دهی به گروه، توضیح در مورد هدف cbt ، تعیین اهداف درمان، شناسایی چگونگی تاثیر افکار بر احساسات، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، توضیح نقش افراد در درمان، توضیح در مورد سرسختی روان‌شناختی، انجام پیش آزمون، ارائه تکالیف
دوم	مرور جلسه قبل، عوامل راه انداز هیجانات منفی (عواطف، افراد، مکان‌ها و اشیاء)، آشنا کردن اعضا با انواع خاص فکر کردن، کار بر روی هیجانات و سرسخت بودن در مقابل هیجانات منفی، بازسازی شناختی در زمینه افکار برانگیزاننده، چگونگی تاثیر نوع افکار بر خلق، خطاهای شناختی، ارائه تکالیف خانگی
سوم	مرور تکالیف، مرور جلسه قبل، شناساندن تحریف‌های شناختی و تأثیرشان بر هیجانات، تعیین عوامل زمینه ساز درماندگی، روش‌های برنامه‌ریزی برای مقابله با هیجانات منفی مانند: توقف فکر، آموزش استراتژی‌هایی برای افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی و تعدیل نشخوار فکری، ارائه تکالیف خانگی
چهارم	مرور تکالیف، مرور جلسه قبل، رابطه تفکر و عاطفه، تعیین الگوهای تفکر منفی، مبارزه با افکار منفی و بازسازی شناختی،بیان باورها و ارزش‌های مطلق، توجه به علت مشکل سازی این باورها، شناسایی افکار و فرض‌ها، ارزیابی افکار و چالش با آن‌ها، معرفی چهار سبک توأم با خطا (افکار خودآیند منفی، باورهای مرکزی منفی، مثلث شناختی، خطای منطقی) جهت تعدیل هیجانات و کاهش درماندگی، ارائهٔ تکلیف خانگی ارائهٔ تکلیف
پنجم	مرور تکالیف، مرور جلسه قبل، غنی سازی فعالیت‌های روزانه، تحلیل کارکردی تفکر هنگام هیجانی شدن، برنامه ریزی و پیش‌بینی وضعیت‌های افسرده ساز، راهکارهای عملی برای پر کردن اوقات مراجع در جهت کاهش افسردگی، توضیح در خصوص شناسایی تحریف‌های شناختی، ارائه تکالیف خانگی
ششم	مرور تکالیف، مرور جلسه قبل، کار بر روی مفهوم هدف گذاری، ایفای نقش برای تمرین پاسخ‌های تنظیم هیجان، انتقاد کردن و مورد انتقاد واقع شدن، مهارت‌های تنش زدایی، ایفای نقش، توضیح درخصوص باورهای غیرمنطقی مرتبط با افسردگی و ارائهٔ تکلیف درخصوص شروع کننده‌های درونی و بیرونی، ارائه تکالیف خانگی
هفتم	مرور تکالیف، مرور جلسه قبل، نحوه ارتباط و تماس با مردم و چگونگی تأثیر آن بر خلق، ایجاد دوستی‌هایی که باعث کاهش افسردگی می‌شود، قطع روابط خود با دوستان و آشنایان که آسیب زا هستند ، پیدا کردن گروهی متشکل از افراد حمایت کننده و تشکیل گروه‌های خودیار، ارائهٔ تکلیف خانگی
هشتم	مرور تکالیف، مرور جلسه قبل، مرور فرایند جلسات قبلی و تثبیت تغییرات ایجاده شده فرم‌های ثبت افکار ناکارآمد و توضیح درخصوص پایان جلسه، ارائه تکنیک‌هایی برای ادامه و نگهداری روند بهبودی، گرفتن پس آزمون، پایان جلسه

جدول ۲- پروتکل درمان فعال‌سازی رفتاری

Table 2- behavioral activation therapy

جلسات	محتوا
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 مقرّرات گروه، ارائه برگه الگوی بافتاری 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 فعّال‌سازی رفتاری؛ 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) ؛ 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) ، تکالف :بازبینی روزانه (فرم ۱) و ادامه بررسی و تغییر سیاهه حوزه‌های زندگی؛ ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲) ؛ بررسی و تغییر انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها؛ تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)
چهارم	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) ؛ قراردادها (فرم ۴) ؛ بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) ؛ تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) ؛ تداوم افزودن/ اصلاح قراردادها (فرم ۴)
پنجم	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) ؛ سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۲) ؛ تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) ؛ و تداوم افزودن/ تغییر قراردادها (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) ؛ تداوم افزودن/ تغییر قراردادها (فرم ۴) ؛ تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) ؛ تداوم افزودن/ تغییر دادن قراردادها (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) ؛ تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) ؛ تداوم افزودن/ تغییر دادن قراردادها (فرم ۴)

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۸۹-۱۰۵

Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.5.1

هشتم	بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) ؛ بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) ؛ آمادگی برای خاتمه (پایـان دهـی)؛ تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) ؛ تداوم افزودن/ تغییر دادن قراردادها (فرم ۴).

یافته‌ها:

میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه درمان شناختی رفتاری ۴۱/۵، گروه فعال‌سازی رفتاری ۴۰/۸ و گروه کنترل ۴۱/۲ بود. سایر ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌های این پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- متغیرهای دموگرافیک

Table 3- Demographic variables

متغیر	گروه	تعداد	درصد
جنس	گروه درمان شناختی رفتاری	۴ مرد و ۱۱ زن	۲۶/۶۷ (مرد) و ۷۳/۳۳ (زن)
	گروه فعال‌سازی رفتاری	۵ مرد و ۱۰ زن	۳۳/۳۳ (مرد) و ۶۶/۶۷ (زن)
	کنترل	۴ مرد و ۱۱ زن	۲۶/۶۷ (مرد) و ۷۳/۳۳ (زن)
وضعیت تاهل	گروه درمان شناختی رفتاری	۱۱ متاهل و ۴ مجرد	۷۳/۳۳ (متاهل) و ۲۶/۶۷ (مجرد)
	گروه فعال‌سازی رفتاری	۱۱ متاهل و ۴ مجرد	۷۳/۳۳ (متاهل) و ۲۶/۶۷ (مجرد)
	کنترل	۱۲ متاهل و ۳ مجرد	۸۰ (متاهل) و ۲۰ (مجرد)
سطح تحصیلات	گروه درمان شناختی رفتاری	۹ دیپلم و پایینتر، ۵ لیسانس و ۱ فوق لیسانس	۶۰ (دیپلم و پایینتر)، ۳۳/۳۳ (لیسانس) و ۶/۶۷ (فوق لیسانس)
	گروه فعال‌سازی رفتاری	۸ دیپلم و پایینتر، ۵ لیسانس و ۲ فوق لیسانس	۵۳/۳۳ (دیپلم و پایینتر)، ۳۳/۳۳ (لیسانس) و ۱۳/۳۳ (فوق لیسانس)
	کنترل	۹ دیپلم و پایینتر، ۴ لیسانس و ۲ فوق لیسانس	۶۰ (دیپلم و پایینتر)، ۲۶/۶۷ (لیسانس) و ۱۳/۳۳ (فوق لیسانس)

جدول۴- توصیف متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع گروه و مرحله آزمون

Table 4– Description of research variables by group type and test stage

متغیرها	زمان	گروه					
		شناختی رفتاری		فعال‌سازی		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سرسختی روان‌شاختی	پیش آزمون	۴۲/۰۰	۱۰/۰۴	۳۱/۷۳	۱۱/۱۸	۳۰/۶۶	۷/۷۰
	پس آزمون	۵۳/۶۰	۹/۷۵	۴۳/۲۶	۱۱/۱۲	۳۱/۰۶	۷/۶۹
	پیگیری	۵۰/۲۰	۸/۹۵	۴۰/۰۰	۱۰/۲۰	۳۰/۶۰	۶/۹۲

در جدول ۴، متغیر سرسختی رواشناختی با استفاده از آماره های میانگین و انحراف معیار توصیف شد.

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس با هدف مقایسه میزان تاثیر دو روش شناختی رفتاری و فعال‌سازی رفتاری بر سرسختی روان‌شناختی

Table 5- The results of covariance analysis with the aim of comparing the impact of two cognitive behavioral methods and behavioral activation on psychological toughness.

منبع تغییر (شناختی رفتاری)	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی داری	اندازه اثر
گروه (مداخله)	۵۸/۳۰	۱	۵۸/۳۰	۱۴/۷۷	۰/۲۴۸	۰/۱۹۶

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد بین میزان تاثیر دو روش روش شناختی رفتاری و فعال‌سازی رفتاری بر سرسختی روان-شناختی (p<۰/۲۴۸) اختلاف معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به میزان مشابهی بر سرسختی روان‌شناختی تاثیر گذار هستند.

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۸۹-۱۰۵

Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.5.1

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر درون گروهی برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فعالسازی رفتاری بر سرسختی روانشناختی

گروه	منبع تاثیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار p
درمان شناختی رفتاری	زمان	۵۰۴/۳۰	۱	۵۰۴/۳۰	۱۷۱/۳۶۴	۰/۰۰۰
	زمان * گروه	۴۸۸/۳۰	۱	۴۸۸/۳۰	۵۰۹/۱۷۳	۰/۰۰۰
	خطا	۴۱/۲۰۰	۴۲	۲/۹۴۳		
فعالسازی رفتاری	زمان	۵۱۲/۵۳	۱	۵۱۲/۵۳	۲۵۲/۰۶۶	۰/۰۰۰
	زمان * گروه	۲۱۳/۱۹	۱	۲۱۳/۱۹	۱۰۸/۳۱۱	۰/۰۰۰
	خطا	۲۸/۴۶۷	۴۲	۲/۰۳۳		

یافته های جدول نشان داد اثر مداخله یا درمان شناختی رفتاری و درمان فعالسازی رفتاری معنی دار شده است (p<۰/۰۵) و بدین معناست که میانگین سرسختی روانشناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه شناختی رفتاری و درمان فعالسازی رفتاری تغییر معنی دار داشته است و بر این اساس فرضیه پژوهش مورد تایید قرار می گیرد.

جدول ۷- نتایج تحلیل واراریانس با طرح اندازه گیری مکرر بین گروهی برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و فعالسازی رفتاری بر سرسختی روانشناختی

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
درمان شناختی رفتاری	گروه	۱۰۶۲۸۸/۲	۱	۱۰۶۲۸۸/۲	۳۹۰/۷۵۲	۰/۰۰۰	۰/۶۰	۰/۷۹
	خطا	۳۰۰۰۵/۹	۲۶	۱۱۵۴/۱				
فعالسازی رفتاری	گروه	۶۶۱۲۵/۰۰	۱	۶۶۱۲۵/۰۰	۱۸۹/۱۰۹	۰/۰۰۰	۰/۵۵	۰/۶۱
	خطا	۳۰۰۰۵/۹	۲۶	۱۱۵۴/۱				

با توجه به نتایج جدول اثر اصلی گروه درمان شاختی رفتاری (F=۳۹۰/۷۵۲, sig≤۰/۰۰۰) و فعالسازی رفتاری (F=۱۸۹/۱۰۹, sig≤۰/۰۰۰)، معنادار بود که با توجه به مجذر اتا می توان گفت که در بخش بین گروهی ۶۰ درصد تغییرات سرسختی روانشناختی ناشی از اثر مداخله درمان شناختی رفتاری و ۵۵ درصد تغییرات ناشی از اثر مداخله فعالسازی رفتاری است.

جدول ۸- نتایج آزمون تعدیل شده بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین سرسختی روان‌شناختی بر حسب رویکردهای درمان

Table 8 - The results of Benferoni's modified test for pairwise comparison of mean psychological toughness according to treatment approaches

گروه	مقایسه	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار p
شناختی رفتاری	فعال‌سازی رفتاری	۱۰/۲۰	۳/۲۱	۰/۰۸۰
	کنترل	۱۹/۶۰	۳/۲۱	۰/۰۰۰
فعال‌سازی رفتاری	شناختی رفتاری	-۱۰/۲۰	۳/۲۱	۰/۰۸۰
	کنترل	۹/۴۰	۳/۲۱	۰/۰۱۷
کنترل	شناختی رفتاری	-۱۹/۶۰	۳/۲۱	۰/۰۰۰
	فعال‌سازی رفتاری	-۹/۴۰	۳/۲۱	۰/۰۱۷

با توجه به جدول ۷ تفاوت میانگین سرسختی روان‌شناختی بین روش درمان شناختی رفتاری و فعال‌سازی رفتاری در مرحله پس آزمون و پیگیری معنی دار نبوده است که حاکی از اثر بخشی مشابه هر دو درمان بر سرسختی روان‌شناختی دارد.

بحث و نتیجه گیری:

هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فعال‌سازی رفتاری بر سرسختی روان‌شناختی در افراد افسرده بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد بین میزان تاثیر دو روش روش شناختی رفتاری و فعال‌سازی رفتاری بر سرسختی روان‌شناختی اختلاف معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به میزان مشابهی بر سرسختی روان‌شناختی تاثیر گذار هستند. نتیجه این قسمت از نیز مؤید پژوهش‌های گذشته (۱۵، ۱۶ و ۱۷) است.

در رویکرد شناختی- رفتاری فرض زیربنایی آن است که تغییر شناخت، منجر به تغییرهای رفتاری و هیجانی نیز می شود، بنابراین با توجه به این که نگرانی یک هیجان منفی است که موجب افسردگی بشتر افراد می‌شود، این رویکرد از طریق اصلاح و تغییر مؤلفه های شناختی ناکارآمد، می‌تواند موجب تغییرات هیجانی و رفتاری شده و نگرانی را کاهش دهد که با کاهش نگرانی، سرسختی نیز افزایش پیدا کرد. درمان شناختی- رفتاری به فرد می‌آموزد که شناخت‌ها و افکار خود را مورد کاوش، ارزیابی و تغییر قرار دهد . این کاوش و ارزیابی افکار و شناخت‌ها و نظم دادن به آن‌ها به ارتقاء توانایی فراشناخت فرد کمک می‌کند و استراتژی‌های فراشناختی و پردازش عمیق را تقویت می‌کند، در نتیجه با تغییر باورها و شناخت‌های نادرست، میزان سرسختی روان‌شناختی افزایش می‌یابد. درمان شناختی-رفتاری به بیماران یاد می‌دهد که خود را اسیر و گرفتار افسردگی نبینند و درنتیجه بتوانند مشکلات مرتبط با آن را تحمل کنند و در جهت مبارزه با آن نیرومند شوند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که درمان شناختی -رفتاری به بیماران یاد داد که از تفکرات اغراق آمیز و فاجعه بار در مورد افسردگی پرهیز کنند و آن را با تفکراتی مثبتی جایگزین کنند. مبارزه و به چالش کشیدن باورهای تحریف شده باعث می شود که آن‌ها روحیه سرسختی را در خود پرورش دهند و برای بهبودی خود و به چالش

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۳۵(۴ ص ۸۹-۱۰۵
Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.5.1

کشیدن بیماری مصمم‌تر شوند. تکنیک‌های شناختی، شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر است که با این روش با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد منجر به تغییر واکنش‌های او به وسیله‌ی کیفیات شناختی شده و فرد می‌تواند به‌طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند (۱۶).

درمان فعال‌سازی رفتاری نیز بر تأثیر رفتارها بر خلق و علائم تاکید می‌کند. درمانگر مراجع را برای درگیری مجدد با منابع بالقوه تقویت مثبت، تنظیم اهداف تکلیف محور، کاهش الگوهای تقویت منفی و کاهش اجتناب راهنمایی می‌کند (۸). بنابراین فعال-سازی رفتاری با هدف قرار دادن رفتارهای اجتنابی و ایجاد مجدد روال منظم، به فرد فرصت می‌دهد تا مجددا با منابع تقویت مثبت ارتباط برقرار کند و چنین مارپیچ رو به پایینی را به وسیله کار کردن با مراجع برای ایجاد فرصت‌هایی برای تقویت مثبت قطع کند. فرض بر این است که افزایش مشارکت در فعالیت‌های لذتبخش سرسختی روان‌شناختی را بالا می‌برد و چنین افزایشی در فعالیت و عاطفه مثبت منجر به کاهش افسردگی می‌شود (۹). درمان فعال‌سازی رفتاری فرآیندی درمانی است که به‌طور ساختار یافته‌ای باعث افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی زیادتر می‌کند. این فرایند منجر به بهبودی خلق، تفکر و کیفیت زندگی می‌شود و انتظار می‌رود رویکرد فعال‌سازی رفتاری بتواند اثرات مثبتی بر خلق و افزایش سلامت روان و ارتقاء سطح کیفی ارتباطات میان فردی در بین افراد افسرده داشته باشد (۶). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان فعال‌سازی رفتاری با درگیری افراد در فعالیت‌های پاداش دهنده و کاهش رفتارهای بی اثر می‌تواند از یک سو باعث کاهش چرخه نشخوار فکری و به تبع آن افزایش انعطاف‌پذیری شناختی شود و از طرفی با تشویق بیماران برای مواجهه ممتد با رفتارهایی که با خلق مضطرب، انگیزه و تمایل آن‌ها ناهماهنگ است زمینه را برای کاهش افسردگی بیماران همراه سازد؛ به عبارتی دیگر، در درمان فعال‌سازی رفتاری با مورد هدف قرار دادن رفتارهای غیر پاداش دهنده و ایجاد یک سبک فعال رفتاری، ظرفیت انعطاف پذیری شناختی و هیجانی بیمار نیز به طور غیرمستقیم مورد مداخله قرار می گیرند که همین ظرفیت سازی می تواند منجر به کاهش علائم هیجانی و شناختی نظیر نشخوار فکری، عدم تمرکز، خلق نامطلوب و افکار منفی شود. درمان فعّال‌سازی رفتاری، بیماران را تشویق می کند فعّال‌تر 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 (۱۸). فعال‌سازی رفتاری با برنامه‌ریزی هدفمند و پایش فعالیت‌ها و ارائه فعالیت‌های جدید به عنوان جایگزینی برای فعالیت‌های اجتنابی، آن هم توسط خود مراجع، موجب رشد و تعالی ویژگی‌هایی در افراد می شود 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 می شود، تکنیک افزایش مهارت‌های اجتماعی و برقراری ارتباط مؤثر با دیگران است که موجب افزایش حمایت اجتماعی در برقراری ارتباط با دیگران می‌شود (۱۹) و این حمایت اجتماعی یکی از موارد تاثیر گذار در سرسختی روان‌شناختی بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد است. بدین‌وسیله نویسندگان از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش و تمام کسانی که به نحوی مؤثر در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

در جهت رعایت اصـول اخلاقی، به افراد شـرکت کننده در پژوهش اطمینان داده شـد که اطلاعات کسـب شـده از آن‌ها محفوظ خواهند ماند و کسانی که مایل هستند از نمرات خود مطلع شوند، صرفا نمرات خودشان در اختیارشان قرار خواهد گرفت. پژوهش حاضر با اخذ شناسه اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1400.004 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد به انجام رسید.

محدودیت‌های پژوهش

هر مطالعه‌ای به‌طور اجتناب ناپذیر دچار محدودیت‌هایی می‌گردد که تفسیر یافته ها را در بستر محدودیت‌ها ضروری می‌سازد از جمله این‌که حجم کم نمونه در این پژوهش، تعمیم نتایج را با محدودیت روبرو کرد. دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال تعمیم نتایج پژوهش را به خارج از این سنین با محدودیت روبرو کرد. در این پژوهش عواملی مانند طبقه اجتماعی،اقتصادی، مصرف دارو و عوامل استرس‌زای دیگر که ممکن است در نتایج پژوهش موثر باشند در نظر گرفته نشده است. 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 درمان‌های فعال‌سازی رفتاری و درمان شناختی رفتاری در افسردگی ،بر اهمیت کاربرد این روش های درمانی در مورد سایر اعضای خانواده نیز تاکید می‌شود. 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.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافعی در مورد این مطالعه وجود ندارد.

منابع:

1. Kaplan H, Saduk B. Summary of psychiatry, behavioral science and clinical psychiatry. Trans. Purafkary; 2013.

2. Saint Onge JM, Krueger PM, Rogers RG. The relationship between major depression and non-suicide mortality for US adults: the importance of health behaviors. J Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2014; 69(4): 622-32. http://hdl.handle.net/10.1093/geronb/gbu009

3. Weinberger A, Gbedemah M, Martinez A, Nash D, Galea S, Goodwin R. Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: widening disparities in vulnerable groups. Psychological Medicine. 2018; 48(8): 1308-15. DOI: 10.1017/S0033291717002781

4. Saify Y, Taghavi MR. Relationship between Spiritual Well-being and Marital Satisfaction: The Mediation of Psychological Hardiness. Contemporary Psychology. 2019; 14(1): 31-41. DOI:10.29252/bjcp.14.1.31

5. Hamilton F, Sherman S. Hardiness and college adjustment: Identifying students in need of services. Journal of College Student Development. 2015; 40(3): 305-309.

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۸۹-۱۰۵
Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.5.1
6. Hopko DR, Lejuez CW, Ryba MM, Shorter RL, Bell JL. Support for the efficacy of behavioural activation in treating anxiety in breast cancer patients. Clin PsyChologist. 2016; 20(1): 17-26. https://doi.org/10.1111/cp.12083
7. Moshier SJ, Otto M.. Behavioral activation treatment for major depression: a randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. Journal of Affect Disorder. 2017; 2(10): 265-8. DOI: 10.1016/j.jad.2017.01.003
8. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology.2006; 74: 658-70, https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658
9. Razurel C, Kaiser B, Antonietti JP, Epiney M, Sellenet C. Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. Women & Health. 2017; 57(2): 154-172, DOI:10.1080/03630242.2016.1157125
10. Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(9): 953-9. https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Beck-CBT-2005.pdf
11. Rajabi G, Molavi S, Sudani M. Effect of Cognitive-Behavioral Therapy in Reducing Postpartum Depression and Increasing Marital Satisfaction in Women with Postpartum Depression Disorder: A Single Case Study. Iranian Journal of Nursing Research. 2018; 13(4):79-89, doi:10.21859/ijnr-130411
12. Dabson K, Mohammadkhani P, Massah Choolabi O. Psychometric characteristics of beck depression inventory–ii in patients with major depressive disorder. Journal of Rehabilitation. 2007; 8(2): 82-6. https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=135&sid=1&slc_lang=en
13. Motabi F, Fata L, Moloodi R, Ziai K, Jafari H. Development and Validation of Depression-Related Beliefs Scale. Iranian Journal of Pshiatry and Clinical Psychology. 2011; 17 (3) :208-217. URL: http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1416-en.html
14. Kiamarthi A, Najarian B, Mehrabi Zadeh Honarmand M. Development and validation of a scale for measuring psychological hardiness. Journal of Educational Sciences and Psychology. 1999; 3: 271-284.
15. Taghipour, R., siahpoosh, S., kazemi dalivand, F., Sadeghi, P., Farjadtehrani, T. 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. 2019; 62(4): 1694-2501.
16. Taherpour, R., Hatami, H., Ahadi, H., Zakeripour, G., Kalhorniya Golkar, M. 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, 2020; 15(51): 151-168.
17. 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.
18. Valian AM, Sudani M, Sharalinia K, Mehr RK. The Effectiveness of Behavioral Activation Therapy on Depression Symptoms and Cognitive-Behavioral Avoidance for Students. Quarterly Journal of Social Work. 2017;5(4):31-25.
19. Ghodrati S, Vaziri Nekoo R. The Effectiveness of Behavioral Activation (BA) on Psychological Well-being and Psychological Flexibility in Female Students. Journal of Medical Council of Iran. 2018; 3694): 233-40.