MEJDS. 2021; 11:123.

Published online 2021 Oct. **Original Article**

Effects of Behavioral Activation Therapy on Negative Symptoms in Women with Chronic Schizophrenia

Sadeghi Babokani Z[1], *Ghazanfari A[2], Ahmadi R[3], Chorami M[3]

+Author Address

1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

***Corresponding author's email:** aghazan5@yahoo.com

Received: 2020 March 18; **Accepted:** 2020 November 5

Abstract

Background & Objectives: Schizophrenia (SC) is the most severe mental disorder. SC can adversely affect interpersonal interactions, family relationships, and job performance. Using antipsychotic drugs, despite their effectiveness on hallucinations and delusions presents little effect on negative and cognitive symptoms; thus, the need for more effective therapeutic strategies is of significance. Behavioral Activation Therapy (BAT) is a short–term, solution–based intervention that aims to increase activity regularly to help clients access rewards resources and solve their life problems. Accordingly, the present study aimed to investigate the effects of BAT on negative symptoms in women with chronic SC.

Methods: This was a quasi–experimental study with pretest–posttest–follow–up (2–month) and a control group design. The statistical population of the study consisted of all women with chronic SC in Paravar Comprehensive Rehabilitation Center for Chronic Psychiatric Patients in Shahreza City, Iran. in 2019. Of them, 30 volunteer patients were selected by the convenience sampling method. They were then randomly assigned to two groups of experimental and control (n=15/group). The inclusion criteria of the study were a confirmed schizophrenia diagnosis per the centers' records; ≥2months have elapsed since the patients were treated at the center; having a higher level of education than primary school, and the age range of 20–50 years. The exclusion criteria included the recurrence and exacerbation of symptoms preventing the patient from attending the sessions, absence therefrom >3 sessions, and unwillingness to continue cooperation with the study. The experimental group participated in twelve 90–minute BAT sessions; however, the control group received no intervention. BAT sessions were performed based on the Behavioral Activation Protocol of Lijouz and associates (2011). The study subjects completed the Scale for Assessment of Negative Symptoms (Andreasen, 1989) in 3 stages. The obtained data were analyzed by descriptive statistics (central & dispersion indices, e.g., mean & standard deviation) and inferential statistics, including t–test, Chi–squared test, repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA), and LSD post hoc test in SPSS. The significance level of the tests was 0.05.

Results: There was a significant difference between the 3 measurement stages concerning the superficiality of affect (p=0.003), the lack of pleasure (p=0.003), the lack of speech (p=0.026), infertility (p=0.049), attention deficit (p<0.001), and the total score of negative symptoms (p<0.001); thus, the assumption of homogeneity of responses over time was rejected. The results also revealed that the interaction of time and group respecting the lack of speech (p=0.048), infertility (p=0.003), the lack of pleasure (p=0.017), and the total score of negative symptoms (p=0.007) was significant. Furthermore, concerning the group source, the results indicated a significant difference between the mean scores of the study groups, including affect (p=0.048), the lack of speech (p=0.014), the lack of pleasure (p=0.007), infertility (p<0.001), attention deficit (p<0.001), and the total negative symptom score (p<0.001). Besides, the obtained findings suggested that in the posttest and follow–up stages, compared to the pretest stage, ABT reduced negative symptoms (p<0.001, p<0.001, respectively) and its components, including the superficiality of affect (p>0.001, p=0.005 respectively), attention deficit (p>0.001, p<0.001, respectively), and the lack of pleasure (p=0.003, p=0.005, respectively) in the experimental group. Comparing the posttest and follow–up stages in reducing negative symptoms (p=0.076) and its components, including superficiality of affect (p=0.570), attention deficit (p=0.243), and the lack of pleasure (p=0.077) reveled no significant difference, indicating that the effect of the intervention remained constant over time (at the follow–up stage). Also, there was a significant difference between the pretest and posttest stages in infertility (p=0.026); thus, the treatment intervention reduced the lack of affect in experimental group at posttest; however, no significant difference was observed between the pretest and follow–up stages in this regard (p=0.058). Therefore, the effect of the intervention was not maintained over time.

Conclusion: Based on the present research findings, BAT effectively reduced negative symptoms in women with SC and its effect remained stable over time.

Keywords: Behavioral activation, Negative symptoms, Chronic schizophrenia, Women.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۲۳.

انتشار برخط مهرماه ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی مداخلهٔ مبتنی‌بر فعال‌سازی رفتاری بر علائم منفی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن

زهرا صادقی بابوکانی[۱]، *احمد غضنفری[۲]، رضا احمدی[۳]، مریم چرامی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** aghazan5@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۸ اسفند ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۵ آبان ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: اسکیزوفرنی بر تعاملات بین‌فردی، روابط خانوادگی و عملکرد شغلی افراد مبتلا تأثیر منفی دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخلهٔ مبتنی‌بر فعال‌سازی رفتاری بر علائم منفی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن مرکز جامع توان‌بخشی بیماران روانی مزمن پراور شهرستان شهرضا در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. سی بیمار داوطلب واجد شرایط به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس و براساس ملاک‌های ورود به مطالعه و خروج از آن انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده‌نفری فعال‌سازی رفتاری و گواه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در سه مرحله به مقیاس سنجش علائم منفی (اندریسن، ۱۹۸۹) پاسخ دادند. صرفاً برای گروه آزمایش، جلسات مداخلهٔ فعال‌سازی رفتاری براساس پروتکل فعال‌سازی رفتاری لیجوز و همکاران (۲۰۱۱) در دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای ارائه شد؛ تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون‌های تی و کای‌اسوئر و آزمون تعقیبی LSD در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، مداخله منجربه کاهش علائم منفی (به‌ترتیب $p<۰/۰۰۱$، $p<۰/۰۰۱$، $p<۰/۰۰۱$) و مؤلفه‌های آن شامل سطحی‌بودن عاطفه (به‌ترتیب $p<۰/۰۰۱$، $p=۰/۰۰۵$)، نقص توجه (به‌ترتیب $p<۰/۰۰۱$، $p<۰/۰۰۱$) و عدم لذت (به‌ترتیب $p=۰/۰۰۳$، $p=۰/۰۰۵$) در گروه آزمایش شد. در مقایسهٔ مراحل پس‌آزمون و پیگیری، در علائم منفی و مؤلفه‌های مذکور تفاوت معنادار مشاهده نشد که نشان می‌دهد اثر مداخله در طول زمان ماندگار بوده است. همچنین در متغیر بی‌ارادگی، تفاوت معناداری بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود داشت ($p=۰/۰۲۶$)؛ اما تفاوت معناداری بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری در این متغیر مشاهده نشد ($p=۰/۰۵۸$) که نشان می‌دهد اثر مداخله در طول زمان حفظ نشد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های این پژوهش، مداخلهٔ فعال‌سازی رفتاری به‌طور مؤثری سبب کاهش علائم منفی در زنان مبتلا به اسکیزوفرنی می‌شود و اثر آن در طول زمان نیز پایدار باقی می‌ماند.

کلیدواژه‌ها: فعال‌سازی رفتاری، علائم منفی، اسکیزوفرنی مزمن، زنان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

۱ مقدمه

هیچ اختلال روانی، پیچیده‌تر از اسکیزوفرنی وجود ندارد. اسکیزوفرنی، اختلالی واحد نیست؛ بلکه مجموعه‌ای از روان‌پریشی‌ها است (۱) که شناخت، هیجان، ادراک و سایر جنبه‌های رفتار را درگیر می‌کند. بروز این تظاهرات در افراد مختلف و در طول زمان متغیر است؛ اما تأثیر بیماری همواره شدید و معمولاً دیرپا است (۲). این بیماری تقریباً یک‌درصد جمعیت را مبتلا می‌کند و نرخ شیوع و بروز آن تقریباً در همهٔ نقاط جهان یکسان است (۳). اسکیزوفرنی معمولاً در اوایل بزرگسالی تشخیص داده می‌شود و ازطریق اختلال در عملکرد شناختی و حرکتی بر تعاملات بین‌فردی، روابط خانوادگی و عملکرد شغلی تأثیر می‌گذارد (۴).

نشانه‌هایی که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در مرحلهٔ فعال تجربه می‌کنند، در دو طبقه نشانه‌های مثبت و منفی قرار می‌گیرد. نشانه‌های مثبت بیش‌کارکردهای رفتاری است که شامل توهمات، هذیان‌ها، رفتار عجیب و غریب و تفکر مختل می‌شود (۵). علائم منفی شامل فقدان اراده، سطحی‌بودن واکنش‌های هیجانی، کاهش گفتار و فعالیت‌ها و کناره‌گیری اجتماعی است که در بسیاری از ناتوانایی‌های مرتبط با اسکیزوفرنی نقش دارد (۶). این علائم به‌عنوان هستهٔ نشانگان اسکیزوفرنی توصیف شده است و با نقص در کارکردهایی که بیمار قبلاً به‌طور طبیعی برخوردار بوده است، مشخص می‌شود (۷)؛ همچنین با عملکرد ضعیف روانی و کاهش احتمال بهبودی همراه است (۶).

استفاده از داروهای ضدجنون از رایج‌ترین روش‌های درمانی اختلال اسکیزوفرنی محسوب می‌شود که باوجود اثربخشی بر توهمات و هذیان‌ها، بر علائم منفی و شناختی تأثیر چندانی ندارد (۸). در این میان لزوم استفاده از راهکارهای درمانی مؤثر بر طیف گسترده‌تری از علائم بیماری و عوارض جانبی کمتر، ضروری به‌نظر می‌رسد. درمان فعال‌سازی رفتاری، مداخله‌ای کوتاه‌مدت و راه‌حل‌محور است. این درمان به‌عنوان مداخله‌ای بین‌تشخیصی، ثابت کرده است که از تناسب قابل انتظار برای پرداختن به اختلالات خُلقی و اضطرابی برخوردار است (۹). بک، دیمیدجان و گودمن[1] ازجمله پیشگامان اولیهٔ فعال‌سازی رفتاری بودند که در سال ۲۰۰۱ با مطرح‌کردن این رویکرد به‌عنوان اجزای اصلی درمان شناختی اختلالات خُلقی، به آن رسمیت دادند (۱۰). در این مدل، به بیمار آموزش داده می‌شود که به‌جای الگوی اجتناب، با کمک الگوی مقابله‌ای جایگزین واکنش نشان دهد و این شیوه را بخشی از سبک زندگی خود قرار دهد (۱۱)؛ بنابراین هدف درمان فعال‌سازی رفتاری، افزایش منظم فعالیت است؛ به‌طوری‌که به مُراجع کمک کند تا با منابع پاداش موجود در زندگی خود تماس بیشتری یابد و مسائل زندگی خویش را حل کند (۱۲).

چندین مطالعه نشان دادند، درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند به بهبود شدت و کاهش علائم اختلالات روانی کمک کند؛ برای مثال نیتوفرناندز و باراکا ماریال دریافتند که روش درمانی فعال‌سازی رفتاری به‌طور مؤثر سبب کاهش افکار منفی اضطراب‌آور گروه آزمایش می‌شود (۱۳). چویی و همکاران در پژوهشی نشان دادند، با تعدیل اثر وضعیت تأهل، فعال‌سازی انگیزشی و رفتاری می‌تواند تأثیر معناداری بر کاهش علائم منفی خفیف تا متوسط مبتلایان به اسکیزوفرنی در گروه آزمایش ایجاد کند (۱۴). دپ و همکاران دریافتند، بازداری رفتاری و خرده‌مقیاس‌های فعال‌سازی رفتاری با علائم مثبت و منفی و کارکردهای شناختی در افراد سایکوز رابطهٔ معناداری دارد (۱۵). نبی‌زاده و همکاران در پژوهشی به بررسی صفات شخصیتی و سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، دوقطبی و افراد بهنجار پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که بین بازداری و فعال‌سازی رفتاری بیماران اسکیزوفرنی و افراد بهنجار تفاوت معناداری مشاهده می‌شود و حساسیت در این دو سازه به رابطه با نشانه‌های آسیب شناختی تمایل دارد (۱۶)؛ بدین‌معنا که فعال‌شدن و اجتناب از آن می‌تواند نقش مهمی در بهبود نشانگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ایفا کند.

باتوجه به آنچه بیان شد و برمبنای جست‌وجوهای صورت‌گرفته، پژوهشی یافت نشد که اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری را بر علائم منفی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن مطالعه کرده باشد؛ ازاین‌رو به‌منظور رفع این خلأ پژوهشی و نیاز به افزایش آگاهی از میزان تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر بهبود نشانگان منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن، هدف از انجام مطالعهٔ حاضر بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر علائم منفی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری مطالعه‌شده در این پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن مرکز جامع توان‌بخشی بیماران روانی مزمن پراور شهرستان شهرضا (هفتاد نفر)، در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. به‌منظور برآورد حجم نمونه از فرمول پیشنهادی کولز[2] استفاده شد. کولز پیشنهاد می‌کند که در اغلب پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی مقدماتی از ۳۵ آزمونی استفاده شود. همچنین اگر پژوهشگری قصد انجام تحلیل واریانس با چندین سطح از متغیرهای مستقل را دارد، برای هریک از سطوح پانزده شرکت‌کننده پیشنهاد می‌شود (به نقل از ۱۷)؛ بنابراین برای انتخاب نمونهٔ پژوهش، سی بیمار داوطلب به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس و براساس ملاک‌های ورود به پژوهش و خروج از آن انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (پانزده نفر) و گروه گواه (پانزده نفر) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش در جلسات فعال‌سازی رفتاری به‌مدت دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای شرکت کردند؛ اما برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: تأیید ابتلا به اسکیزوفرنی باتوجه به پرونده‌های موجود در مرکز؛ گذشت حداقل دو ماه از تحت درمان قرارگرفتن بیماران در مرکز؛ داشتن سطح تحصیلات بیشتر از سیکل؛ دامنهٔ سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال. همچنین سه معیار عود و تشدید علائم بیماری به‌گونه‌ای که بیمار نتواند در جلسات

[1]. Beck, Dimidjian & Goodman

[2]. Coles

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

شرکت کند، غیبت بیش از سه جلسه از کل جلسات درمانی و تمایل‌نداشتن به ادامهٔ همکاری به‌عنوان ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش بدین‌صورت بود که قبل از اجرای آزمون و اجرای روش طی جلسهٔ توجیهی برگهٔ رضایت‌نامه توسط سرپرست بخش و اعضای دو گروه آزمایش و گواه تکمیل شد. در این پژوهش به بیماران و مسئولان مرکز بازتوانی پراور شهرضا اطمینان داده شد که اطلاعات فردی (ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نتایج حاصل از پرسشنامه) به‌دست‌آمده از آنان محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج حاصل بدون ذکر نام و صرفاً به‌منظور مقاصد پژوهشی استفاده می‌شود. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد. آزمودنی‌ها در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به مقیاس سنجش علائم منفی[1] (۱۸) پاسخ دادند.

ابزار و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس سنجش علائم منفی: مقیاس سنجش علائم منفی را اندریسن در سال ۱۹۸۹ طراحی کرد (۱۸). این مقیاس دارای ۲۰ سؤال است که پنج گروه علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شامل محدودشدن عاطفی، فقر کلامی،کمبود اراده، فقدان احساس لذت، بی‌تفاوتی اجتماعی و نقص توجه را می‌سنجد. در انتهای هریک از پنج گروه علائم مذکور، یک سؤال کلی برای سنجش مجموعهٔ علائم وجود دارد (۱۹). علائم منفی این مقیاس در پنج سطح اصلاً، گاهی، متوسط، زیاد و خیلی زیاد از صفرتا۵ نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین حداقل و حداکثر نمرهٔ فرد در نمرهٔ کل مقیاس به‌ترتیب برابر با صفر و ۱۲۰ است. کسب نمره یا امتیاز بیشتر به‌معنای شدت بیشتر علائم است (۱۸). اندریسن روایی محتوایی مقیاس را مطلوب و ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ و ضریب بازآزمایی مجدد آزمون را برابر با ۰/۸۷ گزارش کرد (۱۸). زاده‌محمدی و همکاران میانگین ضریب پایانی را برای گروه علائم منفی ۰/۷۸ به‌دست آوردند (۲۰).

ـ درمان فعال‌سازی رفتاری: روش مداخله‌ای درمان فعال‌سازی رفتاری مشتمل بر دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای (یک جلسه در هفته) به‌صورت گروهی روی گروه آزمایش اجرا شد؛ اما گروه گواه در انتظار درمان باقی ماند. جلسات فعال‌سازی رفتاری به‌کاررفته در این پژوهش از پروتکل فعال‌سازی رفتاری لیجوز و همکاران (۲۱) گرفته شد. هدف از برگزاری جلسات، کاهش فعالیت‌های اجتنابی و افزایش فعالیت‌ها و تجاربی بود که برای زنان مبتلا به اسکیزوفرنی لذت‌بخش است و به بهبود شرایط زندگی منجر می‌شود. خلاصهٔ جلسات روش درمان فعال‌سازی رفتاری توسط نویسندهٔ اول و زیرنظر روان‌پزشک و مسئول فنی مرکز پروار شهرستان شهرضا اجرا شد که در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری

جلسه	اهداف	محتوای جلسه	تکالیف
اول	آشنایی با چارچوب جلسات	مقدمات و معرفی افراد، بحث راجع به بیماری و منطق درمان و اهمیت حضور در جلسات	---
دوم	عواطف و احساسات	بحث راجع به احساسات و عواطف و پیامدهای رفتاری این احساسات	تکمیل کاربرگ ثبت عواطف و احساسات
سوم	تقویت مهارت‌های مقابله‌ای	ایجاد جو حمایت اجتماعی ازطریق بحث راجع به شباهت‌های موجود در تجارب افراد گروه، بحث دربارهٔ تجارب بیماری	ثبت کاربرگ مربوط به شباهت‌ها
چهارم	تمرکز بر حواس پنج‌گانه	آموزش تکنیک رسیدگی به خود به‌منزلهٔ مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر (انجام فعالیت‌های لذت‌بخش افزایش‌دهندهٔ احساس بهزیستی و شادی در فرد)، تمرکز بر حواس پنج‌گانه	ثبت اقدامات لذت‌بخش در طول هفته و درجه‌بندی آن
پنجم	برنامه‌ریزی	مرور تکالیف برنامه‌ریزی برای فعالیت اعضای گروه، درجه‌بندی فعالیت‌ها براساس اهمیت	انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها
ششم	سیالی افکار	بحث در رابطه با احساسات، آموزش سیالی افکار	تکمیل فرم بازبینی روزانه
هفتم	سبک زندگی سالم	آموزش افراد برای انجام کارهای خود براساس برنامه‌ریزی به‌جای دمدمی رفتارکردن، آموزش سبک زندگی سالم	تکمیل کاربرگ ثبت اهداف و اقدامات
هشتم	دستاورد فعالیت‌ها	نوشتن انگیزه و احساسات و شدت آن‌ها، درخواست از افراد برای انجام فعالیت همراه با دستاوردها و درجه‌بندی اهمیت آن‌ها	تکمیل کاربرگ ثبت و درجه‌بندی انگیزه، احساسات و دستاوردها
نهم	ارتقای مهارت‌های به‌دست‌آمده	کاربرد تکنیک‌های جلسات قبل مانند تحلیل تابعی و تقویت شیوه‌های کارآمد مقابله، ارائهٔ برگه‌هایی برای برنامه‌ریزی و توصیف تجارب	تکمیل کاربرگ ثبت اقدامات
دهم	مقابلهٔ کارآمد با مشکلات	استفاده از فنون تحلیل رفتار، تقویت تلاش اعضا درجهت مقابلهٔ کارآمد، اجتناب از پاسخ‌های اجتنابی	تکمیل کاربرگ ثبت شیوه‌های مقابله‌ای در مواجهه با مشکلات
یازدهم	تحت کنترل درآوردن رفتار	آموزش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد به‌جای گریز، تحت کنترل درآوردن رفتار با تقویت‌کننده‌های مثبت	تکمیل کاربرگ ثبت اقدامات در طول هفته
دوازدهم	پس‌آزمون	ارائهٔ خلاصه‌ای از آموزش‌های قبلی، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	مروری بر تکالیف گذشته

[1]. Scale for Assessment of Negative Symptoms

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

تحلیل داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر[1] و آزمون تعقیبی LSD) صورت گرفت. برای بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون‌های آماری ام‌باکس، لون و کرویت موچلی و برای بررسی همگنی توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه آزمایش و گروه گواه از آزمون تی مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه مستقل و آزمون کای‌اسکوئر استفاده شد. لازم به ذکر است که سطح معناداری آزمون‌ها در این مطالعه برابر با ۰/۰۵ بود و داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ تحلیل شد.

۳ یافته‌ها

یافته‌های مربوط به شاخص‌های دموگرافیک اعضای نمونهٔ تحقیق شامل سن، مدت زمان ابتلا به بیماری اسکیزوفرنی مزمن، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل در دو گروه گواه و آزمایش در جدول ۲ ارائه شده است. براساس نتایج آزمون تی مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه مستقل در جدول ۲، بین دو گروه از لحاظ سن (p=۰/۳۰۰) و مدت زمان ابتلا به بیماری (p=۰/۵۳۵) تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۲. توزیع فراوانی و مقایسهٔ مشخصات جمعیت‌شناختی در دو گروه گواه و آزمایش

متغیر		گروه گواه		گروه آزمایش		مقدار احتمال
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن		۴۴/۶۶	۱۳/۵۲	۴۸/۶۰	۵/۰۱	۰/۳۰۰
مدت ابتلا به بیماری		۲۰/۰۰	۴/۷۹	۱۹/۰۶	۳/۱۷	۰/۵۳۵
متغیر		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	مقدار احتمال
سطح تحصیلات	ابتدایی	۵	۳۳/۳	۴	۲۶/۷	۰/۲۴۶
	سیکل	۸	۵۳/۳	۵	۳۳/۳	
	دیپلم و بیشتر	۲	۱۳/۳	۶	۴۰/۰	
وضعیت تأهل	مجرد	۶	۴۰	۸	۵۳/۳	۰/۷۱۱
	متأهل	۶	۴۰	۵	۳۳/۳	
	مطلقه	۳	۲۰	۲	۱۳/۳	

همچنین براساس نتایج آزمون کای‌اسکوئر در جدول ۲، بین دو گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ سطح تحصیلات (p=۰/۲۴۶) و وضعیت تأهل (p=۰/۷۱۱) تفاوت معناداری وجود نداشت. این یافته‌ها بیانگر آن است که فرض همسانی توزیع سطح تحصیلات و وضعیت تأهل در دو گروه رد نشد. در ادامه در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرهٔ علائم منفی و مؤلفه‌های آن ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات علائم منفی به‌تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علائم منفی	گواه	۸۳/۰۰	۱۱/۶۸	۸۲/۱۳	۹/۴۵	۷۹/۳۳	۸/۴۳
	آزمایش	۷۱/۲۰	۱۵/۱۷	۵۹/۸۰	۲۲/۰۰	۵۷/۵۳	۲۰/۶۸
سطحی‌بودن عاطفه	گواه	۲۱/۸۰	۴/۷۹	۲۰/۲۶	۴/۱۴	۲۰/۳۳	۴/۶۸
	آزمایش	۲۰/۲۰	۵/۷۳	۱۷/۰۰	۴/۷۹	۱۶/۰۰	۴/۲۰
عدم تکلم	گواه	۱۷/۸۶	۲/۴۱	۱۸/۰۰	۲/۱۰	۱۷/۶۰	۲/۷۷
	آزمایش	۱۵/۴۶	۴/۱۳	۱۳/۰۶	۷/۱۴	۱۲/۴۰	۷/۱۶
بی‌ارادگی	گواه	۱۴/۹۳	۲/۳۱	۱۵/۹۳	۳/۴۳	۱۶/۱۳	۴/۲۰
	آزمایش	۱۲/۱۳	۲/۵۰	۱۰/۴۶	۴/۷۴	۱۰/۱۳	۴/۶۸
عدم لذت	گواه	۱۶/۹۳	۳/۱۵	۱۷/۶۰	۲/۶۱	۱۶/۰۰	۳/۶۸
	آزمایش	۱۵/۷۳	۲/۶۵	۱۲/۹۳	۳/۷۱	۱۲/۶۰	۳/۹۷
نقص توجه	گواه	۱۱/۴۶	۱/۶۴	۱۰/۳۳	۱/۹۱	۹/۲۶	۲/۰۵
	آزمایش	۷/۶۶	۳/۲۲	۶/۳۳	۳/۹۵	۶/۴۰	۳/۸۶

براساس نتایج جدول ۳، میانگین نمرات علائم منفی و پنج مولفهٔ (سطحی‌شدن عواطف، عدم تکلم، بی‌ارادگی، عدم لذت و نقص توجه) افراد گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون کاهش درخورتوجهی یافت؛ اما در گروه گواه تغییر

[1]. Analysis of variance with repeated measures

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

چشمگیری مشاهده نشد. برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها در گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل در مراحل اندازه‌گیری، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت و ابتدا به بررسی مفروضات آن پرداخته شد. نتایج حاکی‌از آن بود که آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از مؤلفه‌های علائم منفی و نمرهٔ کل آن معنادار نبود ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین فرض همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ‌کوواریانس رد نشد. همچنین معنادارنبودن مؤلفه‌های سطحی‌بودن عاطفه، عدم تکلم، بی‌ارادگی، عدم لذت، نقص توجه و علائم منفی در آزمون لون بیانگر آن بود که فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نشد ($p>۰/۰۵$). درنهایت نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد، مقدار این آزمون تنها در مؤلفهٔ عدم تکلم ($p=۰/۲۲۷$) برقرار بود؛ اما در مؤلفه‌های سطحی‌بودن عاطفه، بی‌ارادگی، عدم لذت، نقص توجه و علائم منفی مفروضهٔ کرویت برقرار نبود ($p<۰/۰۵$)؛ بنابراین از آزمون تحلیل واریانس تعدیل‌یافته با استفاده از اپسیلون گرین‌هاوس‌گیسر استفاده شد. در ادامه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای علائم منفی و مؤلفه‌های آن

زیرمقیاس	منبع	F	مقدار احتمال	مجذور اتا	توان آماری
	زمان	۷/۵۱	۰/۰۰۳	۰/۲۱	۰/۸۸
سطحی‌بودن عاطفه	زمان*گروه	۱/۵۴	۰/۲۲۶	۰/۰۵	۰/۲۷
	گروه	۴/۲۷	۰/۰۴۸	۰/۱۳	۰/۵۱
	زمان	۳/۸۸	۰/۰۲۶	۰/۱۲	۰/۶۸
عدم تکلم	زمان*گروه	۳/۲۰	۰/۰۴۸	۰/۱۰	۰/۵۹
	گروه	۶/۸۲	۰/۰۱۴	۰/۱۹	۰/۷۱
	زمان	۳/۴۶	۰/۰۴۹	۰/۱۱	۰/۵۶
بی‌ارادگی	زمان*گروه	۷/۴۲	۰/۰۰۳	۰/۲۱	۰/۸۸
	گروه	۱۹/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
	زمان	۷/۴۵	۰/۰۰۳	۰/۲۱	۰/۸۳
عدم لذت	زمان*گروه	۵/۵۴	۰/۰۱۷	۰/۱۶	۰/۷۰
	گروه	۸/۵۲	۰/۰۰۷	۰/۲۳	۰/۸۰
	زمان	۱۱/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۷
نقص توجه	زمان*گروه	۱/۲۹	۰/۲۷۹	۰/۰۴	۰/۲۳
	گروه	۱۳/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۴
	زمان	۱۴/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰۳۹۹
علائم منفی	زمان*گروه	۶/۲۳	۰/۰۰۷	۰/۱۸	۰/۸۲
	گروه	۱۲/۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۲

باتوجه به نتایج جدول ۴، با معناداربودن مقدار احتمال در زمان و وجود تفاوت معنادار در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری مؤلفه‌های سطحی‌بودن عاطفه و عدم لذت ($p=۰/۰۰۳$)، عدم تکلم ($p=۰/۰۲۶$) و بی‌ارادگی ($p=۰/۰۴۹$)، نقص توجه و نمرهٔ کل علائم منفی ($p<۰/۰۰۱$)، فرض همسانی پاسخ‌ها در طول زمان رد شد. همچنین نتایج نشان داد، مقادیر احتمال به‌دست‌آمده در اثر متقابل زمان و گروه در مؤلفه‌های عدم تکلم ($p=۰/۰۴۸$)، بی‌ارادگی ($p=۰/۰۰۳$)، عدم لذت ($p=۰/۰۱۷$) و نمرهٔ کل علائم منفی ($p=۰/۰۰۷$) معنادار است. به‌علاوه، با معناداربودن مقادیر احتمال محاسبه‌شدهٔ منبع گروه، نتایج نشان داد بین میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در پنج مؤلفهٔ سطحی‌بودن عاطفه ($p=۰/۰۴۸$)، عدم تکلم ($p=۰/۰۱۴$)، عدم لذت ($p=۰/۰۰۷$)، بی‌ارادگی، نقص توجه و نمرهٔ کل علائم منفی ($p<۰/۰۰۱$)، تفاوت معنادار مشاهده می‌شود. در ادامه نتایج آزمون تعقیبی LSD در جدول ۵ ارائه شده است.

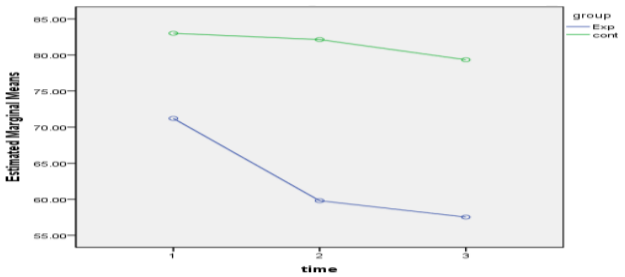
جدول ۵. نتایج آزمون LSD برای مقایسهٔ میانگین علائم منفی و مؤلفه‌های آن

متغیر	مرحلهٔ A	مرحلهٔ B	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
سطحی‌بودن عاطفه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	ـ ۲/۳۶	۰/۵۵	<۰/۰۰۱
		پیگیری	ـ ۲/۸۳	۰/۹۲	۰/۰۰۵
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۶	۰/۸۲	۰/۵۷۰
عدم تکلم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	ـ ۱/۱۳	۰/۶۰	۰/۰۷۳
		پیگیری	ـ ۱/۶۶	۰/۶۹	۰/۰۲۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۳	۰/۵۲	۰/۳۱۴
بی‌ارادگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	ـ ۱/۳۶	۰/۵۸	۰/۰۲۶

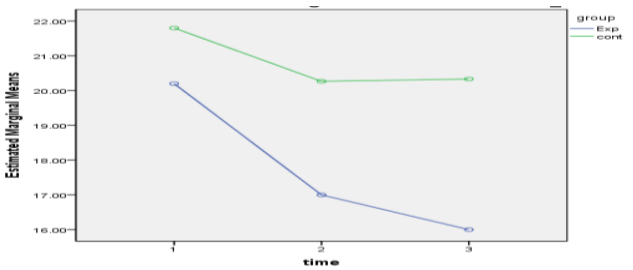
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

		پیگیری	۱/۵۳ –	۰/۷۷	۰/۰۵۸
عدم لذت	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۶	۰/۵۳	۰/۷۵۸
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۰۶ –	۰/۳۲	۰/۰۰۳
		پیگیری	۲/۰۳ –	۰/۶۷	۰/۰۰۵
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۹۶	۰/۵۲	۰/۰۷۷
نقص توجه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۲۳ –	۰/۲۶	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۱/۷۳ –	۰/۴۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۰	۰/۴۲	۰/۲۴۳
علائم منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۱۳ –	۱/۵۴	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۸/۶۶ –	۲/۰۴	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۵۳	۱/۳۷	۰/۰۷۶

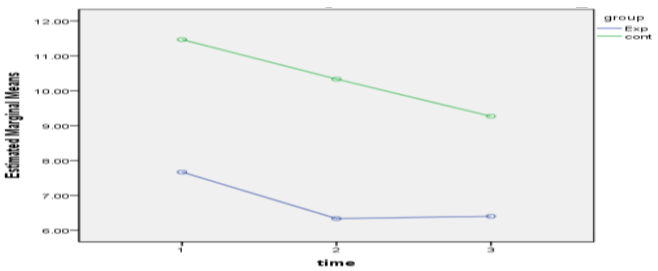
براساس نتایج جدول ۵، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون، مداخلهٔ مبتنی‌بر فعال‌سازی رفتاری منجربه کاهش علائم منفی (به‌ترتیب $p<۰/۰۰۱$، $p<۰/۰۰۱$) و کاهش مؤلفه‌های آن شامل سطحی‌بودن عاطفه (به‌ترتیب $p<۰/۰۰۱$، $p=۰/۰۰۵$)، نقص توجه (به‌ترتیب $p<۰/۰۰۱$، $p<۰/۰۰۱$) و عدم لذت (به‌ترتیب $p=۰/۰۰۳$، $p=۰/۰۰۵$) در زنان گروه آزمایش شد. در مقایسهٔ مراحل پس‌آزمون و پیگیری در کاهش علائم منفی ($p=۰/۰۷۶$) و مؤلفه‌های آن شامل سطحی‌بودن عاطفه ($p=۰/۵۷۰$)، نقص توجه ($p=۰/۲۴۳$) و عدم لذت ($p=۰/۰۷۷$) تفاوت معنادار مشاهده نشد که نشان می‌دهد اثر مداخله در طول زمان (در مرحلهٔ پیگیری) ثابت باقی مانده و ماندگار بوده است؛ همچنین نتایج نشان داد، در متغیر بی‌ارادگی، تفاوت معناداری بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود داشت ($p=۰/۰۲۶$) و مداخلهٔ درمانی بی‌ارادگی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن را در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش داد؛ اما تفاوت معناداری بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری در این متغیر مشاهده نشد ($p=۰/۰۵۸$)؛ به‌طوری‌که نشان می‌دهد اثر مداخله در طول زمان حفظ نشد.



نمودار ۱. مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری علائم منفی در گروه فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه

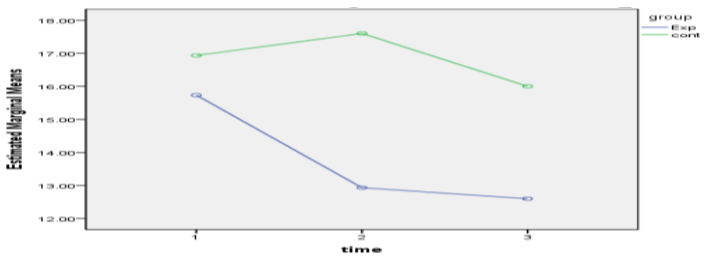


نمودار ۲. مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سطحی‌شدن عواطف در گروه فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه



نمودار ۳. مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نقص توجه در گروه فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]



نمودار ۴. مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عدم لذت در گروه فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه

۴ بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مداخلهٔ مبتنی‌بر فعال‌سازی رفتاری بر علائم منفی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن انجام گرفت. نتایج نشان داد، مداخلهٔ فعال‌سازی رفتاری به‌طور مؤثری سبب کاهش نشانگان در مؤلفه‌های سطحی‌بودن عاطفه، عدم لذت، نقص توجه و نمرهٔ کل علائم منفی زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن شد و در طول زمان نیز اثر آن ثابت باقی ماند. همچنین نتایج مشخص کرد، درمان فعال‌سازی رفتاری، بی‌ارادگی را در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش داد؛ درحالی‌که اثر آن در طول زمان حفظ نشد. اگرچه پژوهشی پیدا نشد که دقیقاً منطبق با نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر باشد، نتایج حاصل با یافته‌های مطالعات نیتوفرناندز و باراکا ماریال (۱۳)، چویی و همکاران (۱۴) و دپ و همکاران (۱۵) همسوست. همچنین نتایج این پژوهش با مطالعهٔ نبی‌زاده و همکاران همخوان است. آن‌ها به بررسی صفات شخصیتی و سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، دوقطبی و افراد بهنجار پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که بین بازداری و فعال‌سازی رفتاری بیماران اسکیزوفرنی و افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد و حساسیت در این دو سازه به رابطه با نشانه‌های آسیب شناختی تمایل دارد (۱۶). در تبیین یافتهٔ به‌دست‌آمده در رابطه با اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری می‌توان گفت، تضعیف الگوهای اجتنابی یکی از اهداف درمانی در فعال‌سازی رفتاری است. از آنجاکه اجتناب تجربی با کنترل یا به‌حداقل‌رساندن تأثیر تجارب آزاردهنده می‌تواند آرامشی فوری و کوتاه‌مدت به‌وجود آورد و سبب تقویت رفتار به شکل منفی شود، در این روش درمانی به فرد آموزش داده می‌شود که از الگوهای مقابله‌ای سازگار استفاده کند. در این روش به بیماران کمک می‌شود تا سبک زندگی خود را عوض کنند و قانون‌های جدیدی را در زندگی خود وضع کنند (۱۲). به‌نظر می‌رسد که به‌کارگیری تکنیک‌هایی همچون آموزش سیالی افکار و برنامه‌ریزی فعالیت تمرکز بر حواس پنج‌گانه در حین انجام فعالیت‌ها می‌تواند منجربه کاهش نقص توجه و بی‌ارادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شود. بدین‌طریق که درمان فعال‌سازی رفتاری، راهبرد شکستن تکالیف دشوار به عناصر ساده‌تر را به‌کار می‌برد؛ بنابراین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی با اجرای این راهبرد توانستند به‌شیوهٔ پیشرونده به موفقیت‌هایی دست یابند؛ این امر متعاقباً دستیابی به تقویت مثبت را تسهیل کرد. تکنیک‌های این رویکرد سبب شد تا بیماران حتی باوجود احساس خستگی و پریشانی فعال‌تر شوند یا سعی کنند تا تکالیف رفتاری مرتبط با فرایند درمان را انجام دهند؛ حتی اگر هیچ انگیزه‌ای برای انجام‌دادن کار نداشته باشند. چنین فرایندی به‌مرور زمان منجربه افزایش تقویت محیطی و به‌دنبال آن افزایش اراده برای فعالیت شد.

همچنین به‌نظر می‌رسد که ایجاد جو حمایت اجتماعی، بحث دربارهٔ علائم بیماری و تجارب غیرعادی، صحبت در رابطه با احساسات و عواطف و پیامدهای رفتاری این احساسات و نوشتن و درجه‌بندی انگیزه و احساسات در طول جلسات سبب بهبود تکلم، لذت‌بردن از فعالیت‌ها و کاهش عواطف سطحی در بیماران زن مبتلا به اسکیزوفرنی شد. به بیانی دیگر درمان فعال‌سازی رفتاری فرایند درمانی ساختاریافته‌ای است و موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی زیادتر می‌کند. این فرایند منجربه بهبودی خُلق، تفکر و کیفیت زندگی فرد می‌شود (۱۳). در این حالت فعال‌سازی رفتاری فرض را بر آن می‌گذارد که به افراد کمک کند، خود را آنقدر درگیر رفتارهای متفاوت کنند تا نهایتاً احساس لذت و مفیدبودن داشته باشند؛ یا اینکه به طریقی موقعیت‌های زندگی‌شان را بهبود بخشند تا پاداش‌های بیشتری نصیبشان شود. این امر موجب تقویت چندین ویژگی ازجمله افزایش خودمختاری، توانایی امور زندگی، توانایی کنترل‌کردن علائم منفی و درنهایت تقویت زندگی هدف‌مند، در زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن می‌شود. همچنین می‌توان گفت، باتوجه به اینکه فعالیت‌های برنامه‌ریزی‌شده در هر جلسه از طرف بیمار تعیین می‌شود و بیمار آن‌ها را به‌صورت تعهدی دربرابر درمانگر و اعضای گروه در نظر می‌گیرد، می‌تواند تعهد بیمار را به درمان افزایش دهد. این تکالیف درنهایت به تغییر سبک زندگی فرد منجر می‌شود و احساس خودکنترلی شخصی را افزایش می‌دهد؛ درنتیجهٔ این امر زنان با اسکیزوفرنی مزمن می‌توانند تکالیف رفتاری مختص درمان را رعایت کنند و خودکارآمدی فردی را درمقابل بی‌رغبتی و عدم لذت در انجام فعالیت‌ها ارتقا بخشند؛ بنابراین می‌توان گفت، فعال‌سازی رفتاری از فنونی ترکیب شده است که به افراد برای کسب روابط بین‌فردی معنادار، ارتباط صحیح و روشن، ارزیابی درست از خود و پاداش‌دادن به رفتارهای انطباقی خود کمک می‌کند.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر آن بود که این پژوهش صرفاً بر زنان مبتلا به اسکیزوفرنی انجام گرفت؛ بنابراین در تعمیم نتایج پژوهش به مردان مبتلا به این اختلال باید احتیاط شود؛ همچنین به‌دلیل مشکلات متعدد بیماران برای حضور در جلسات و محدودیت زمانی، امکان انتخاب اعضا به‌شیوهٔ نمونه‌گیری تصادفی فراهم نشد؛ ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر مردان مبتلا به اسکیزوفرنی انجام گیرد. درنهایت می‌توان از مداخلهٔ فعال‌سازی رفتاری برای بهبود علائم منفی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن استفاده کرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، مداخلهٔ فعال‌سازی رفتاری به‌طور مؤثری سبب کاهش علائم منفی در زنان مبتلا به اسکیزوفرنی می‌شود و اثر آن در طول زمان نیز پایدار باقی می‌ماند. باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده، امید است که با برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های فعال‌سازی رفتاری در مراکز نگهداری بیماران اعصاب و روان به کاهش نشانگان منفی این دسته از بیماران کمک شود.

۶ تشکر و قدردانی

لازم است از همکاری صمیمانهٔ آزمودنی‌های شرکت‌کننده در گروه‌های آزمایش و گواه، تشکر و سپاسگزاری شود. همچنین از کادر محترم مرکز توان‌بخشی بیماران مزمن پراور شهرستان شهرضا که مسئولیت هماهنگی تمامی جلسات مداخله را بر عهده داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری تخصصی رشتهٔ روان‌شناسی عمومی با شماره نامهٔ مصوب پایان‌نامه ۱۳۳۴۸۱۱۹۹۰۵۰۹۲۱۱۶۲۲۸۶۷۶۱، دفاع‌شده در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد است. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از مرکز توان‌بخشی بیماران مزمن پراور شهرستان شهرضا تحت نظارت سازمانی بهزیستی با شماره نامهٔ ۱۷/۲۳۷ صادر شده است.

ملاحظات اخلاقی پژوهش بدین‌صورت بود که قبل از اجرای آزمون و اجرای روش طی جلسهٔ توجیهی برگهٔ رضایت‌نامه توسط سرپرست بخش و اعضای دو گروه آزمایش و گواه تکمیل شد. در این پژوهش به بیماران و مسئولان مرکز بازتوانی پراور شهرضا اطمینان داده شد که اطلاعات فردی (ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نتایج حاصل از پرسشنامه) به‌دست‌آمده از آنان محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج حاصل بدون ذکر نام و صرفاً به‌منظور مقاصد پژوهشی استفاده می‌شود. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

تمامی اطلاعات مربوط به تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نزد مرکز توان‌بخشی بیماران روانی مزمن پراور شهرضا به آدرس رایانامهٔ Tparavar@yahoo.com محفوظ است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی نهاد یا سازمانی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

در این پژوهش نویسندهٔ اول به‌عنوان مجری، نویسندگان دوم و سوم به‌عنوان اساتید راهنما و نویسندهٔ سوم به‌عنوان استاد مشاور همکاری کردند.

References

1. Mohammadi J, Narimani M, Bagyan MJ, Dereke M. Effects of cognitive-behavioral therapy on positive symptoms of Schizophrenia. Studies in Medical Sciences. 2014;25(3):182–90. [Persian] http://umj.umsu.ac.ir/article-1-2190-en.pdf
2. Dibajipour A, Sedighi G. Evaluating the efficacy of vitamin d add-on therapy on treatment of positive, negative and cognitive symptoms in patients with chronic Schizophrenia; A double blind clinical trial. Journal of Medical Council of Iran. 2020;37(3):171–7. [Persian] http://jmciri.ir/article-1-2932-en.pdf
3. Nowak I, Sabariego C, Świtaj P, Anczewska M. Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. BMC Psychiatry. 2016;16:228. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0912-8
4. Mitra S, Mahintamani T, Kavoor AR, Nizamie SH. Negative symptoms in Schizophrenia. Ind Psychiatry J. 2016;25(2):135–44. https://dx.doi.org/10.4103/ipj.ipj_30_15
5. Sarason IG, Sarason BR. Abnormal psychology: the problem of maladaptive behavior. Dehghani M, Arab Ghahestani D, Davoudi I, Najarian B. (Persian translator). Tehran: Roshd Pub; 2010, pp:125–48.
6. Patel R, Jayatilleke N, Broadbent M, Chang C-K, Foskett N, Gorrell G, et al. Negative symptoms in schizophrenia: a study in a large clinical sample of patients using a novel automated method. BMJ Open. 2015;5(9):e007619. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007619
7. Rekhi G, Ang MS, Yuen CKY, Ng WY, Lee J. Assessing negative symptoms in schizophrenia: Validity of the clinical assessment interview for negative symptoms in Singapore. Schizophr Res. 2019;206:177–82. https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.11.029
8. Mischoulon D. Natural medications for psychiatry disorders. Philadelphia. Lippincott Williams, Wilkins; 2002:13-35
9. Sadeghi Babokani Z, Ghazanfari A, Ahmadhi R, Chorami M. The comparison of the effectiveness of behavioral activation and psychosocial on mental cognitive functions in women with chronic schizophrenia. Journal of Psychological Studies. 2020;15(4): 91-108. [Persian] doi: 10.22051/psy.2020.27804.1999
10. Dimidjian S, Goodman SH, Sherwood NE, Simon GE, Ludman E, Gallop R, et al. A pragmatic randomized clinical trial of behavioral activation for depressed pregnant women. J Consult Clin Psychol. 2017;85(1):26–36. https://doi.org/10.1037/ccp0000151

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

11. Taghavi R, Kazemi R. Effectiveness of brief behavioral activation treatment on the rumination and experiential avoidance in veterans with post-traumatic stress disorder. Iranian Journal of War and Public Health. 2019;11(1):1–6. [Persian] http://ijwph.ir/article-1-764-en.pdf
12. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. J Consult Clin Psychol. 2008;76(3):468–77. https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.3.468
13. Nieto Fernández E, Barraca Mairal J. Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations. Psicothema. 2017;29(2):172–7. https://doi.org/10.7334/psicothema2016.325
14. Choi K-H, Jaekal E, Lee G-Y. Motivational and behavioral activation as an adjunct to psychiatric rehabilitation for mild to moderate negative symptoms in individuals with schizophrenia: a proof-of-concept pilot study. Front Psychol. 2016;7:1759. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01759
15. Depp CA, Cardenas V, Harris S, Vahia IV, Patterson TL, Mausbach BT. Psychopathological and functional correlates of behavioral activation and avoidance in schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 2011;199(11):861–5. https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3182349cb7
16. Nabi–Zadeh G, Hashemi Nosrat-abad T, Pour Sharifi H, Frorshi M. Personality traits and behavioral inhibition/activation systems in patients with Schizophrenia, Bipolar and normal individuals. Journal of Clinical Psychology. 2010;2(3):51–62. [Persian] https://dx.doi.org/10.22075/jcp.2017.2029
17. Khaki G. Ravesh tahghigh ba rouykardi be payan–name nevisi [Research methodology with a dissertation approach]. Tehran: Baztab Pub; 2012, pp:130–2. [Persian]
18. Andreasen NC. The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. The British Journal of Psychiatry. 1989;155(S7):49–52. https://doi.org/10.1192/S0007125000291496
19. Hasani J, Hadianfrd H. The relationship between positive and negative symptoms of schizophrenia with the maintenance of attention. Advances in Cognitive Sciences. 2003;5(3):24-33. [Persian] http://icssjournal.ir/article-1-245-fa.html
20. Zade Mohammadi A, Heydari M, Taymouri M. Effects of passive and active music therapy on Schizophrenic patients. Journal of Psychology. 2001;5(3):231–49. [Persian]
21. Lejuez CW, Hopko DR, Acierno R, Daughters SB, Pagoto SL. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. Behav Modif. 2011;35(2):111–61. https://doi.org/10.1177/0145445510390929

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]