MEJDS. 2020; 10:243.

Published online 2021 March. **Research Article**

The Effects of Behavioral Activation on the Perception of Classroom Structure in Female Students with Major Depressive Disorder

Khajehmirza V[1], *Saffarian Toosi MR[2], Nejat H[3], Zendehdel A[4]

Author Address
1. Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran;
2. Department of Sciences de Education, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran;
3. Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran;
4. Department of Mathématiques, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
***Corresponding author's email:** safareyan1397@gmail.com

Received: 2020 February 26; **Accepted:** 2020 March 14

Abstract

Background & Objectives: Major Depressive Disorder (MDD) is the most prevalent mental health illness and among the major causes of disability in one's life. Depression in children and adolescents occurs and continues under the impact of various factors, such as the lack of social reinforcement as well as environmental, personality, and social characteristics. In this regard, an influencing factor in students' depression concerning educational settings is the perception of classroom structure during education. Considering the consequences of depression on life and the education of students, using various interventions to alleviate depression and reduce the severity of its symptoms seems necessary. Accordingly, a cognitive therapy approach used for various psychological disorders is Behavioral Activation (BA). Therefore, the present study aimed to determine the effects of BA on the perception of classroom structure in female students with MDD.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of the study consisted of all high school girl students with MDD who were referred to psychiatric clinics in Mashhad City, Iran, in the second half of 2018. The statistical sample of this study included 30 qualified volunteers who were selected based on a structured clinical interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fourth Edition (DSM–IV) (First et al., 1996) and the scores of Beck Depression Inventory–II (BDI–II, Beck, et al., 1996). The study subjects were randomly placed in the experimental and control groups (n=15/group). The inclusion criteria of the study were the age range of 14 to 17 years; the diagnosis of MDD using structured clinical interview for DSM–IV; obtaining scores of >19 in the BDI–II; presenting acute medical illnesses and brain damage. The exclusion criteria of the study included the lack of informed consent and absence from >2 training sessions. Research tools included a structured clinical interview for DSM–IV (First et al., 1996), the BDI–II (Beck et al., 1996), and the Perception of Classroom Structure Scale (Blackburn, 1998). BA training was provided based on the training package of Dimidjian et al. (2011) in 4 weeks for two 60–minute sessions; however, the control group received no intervention. The obtained data were analyzed in SPSS using Chi–squared test and one–way Analysis of Covariance (ANCOVA) at the significance level of 0.05.

Results: The present study data suggested that the mean scores of the experimental group in the components (motivational tasks, autonomy support, & proficiency evaluation) and overall perception of classroom structure of explored students increased in the experimental group, compared to the controls (p<0.001). Furthermore, the effect of BA on the perception of classroom structure (0.757) and its components, namely motivational tasks (0.882), autonomy support (0.474), and proficiency evaluation (0.773) was calculated.

Conclusion: Based on the current research results, BA was effective in improving the perception of classroom structure in female students with MDD.

Keywords: Behavioral activation, Perception of classroom structure, Major depressive disorder, Students.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.176.5]

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 ۱۳۹۹؛ (۱۰):۲۴۳.

انتشار برخط اسفند ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر ادراک ساختار کلاس دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی اساسی

وحیده خواجه‌میرزا[۱]، *محمدرضا صفاریان‌طوسی[۲]، حمید نجات[۳]، احمد زنده‌دل[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران؛

۲. گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران؛

۳. گروه روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران؛

۴. گروه ریاضی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: safareyan1397@gmail.com

تاریخ دریافت: ۷ اسفند ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴ اسفند ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: ادراک دانش‌آموزان از ساختار کلاس متغیری شناختی‌ـ‌محیطی است که تحت‌تأثیر عوامل مختلف و در موقعیت‌های متفاوت تغییر می‌کند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر ادراک ساختار کلاس دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان مبتلا به افسردگی اساسی تشکیل دادند که در شش ماه دوم سال ۱۳۹۶ برای درمان به کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی آموزش‌وپرورش شهر مشهد مراجعه کردند. از بین آن‌ها تعداد سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار پژوهش شامل مصاحبهٔ بالینی ساختاریافتهٔ تشخیصی برای DSM-IV (فرست و همکاران، ۱۹۹۶)، پرسشنامهٔ افسردگی بک‌ـ‌ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و مقیاس ادراک ساختار کلاس (بلکبرن، ۱۹۹۸) بود. درمان فعال‌سازی رفتاری در طی چهار هفتهٔ دو جلسه‌ای هر جلسه به‌مدت شصت دقیقه براساس پروتکل درمانی دیمیجیان و همکاران (۲۰۱۱) ارائه شد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲، آزمون خی‌دو و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد، میانگین نمرات مؤلفه‌های وظایف انگیزشی، حمایت خودمختارانه، ارزشیابی تبحری و به‌طورکلی ادراک ساختار کلاس دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی اساسی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه افزایش یافته است ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش می‌توان گفت، درمان فعال‌سازی رفتاری در بهبود ادراک ساختار کلاس دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی اساسی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان فعال‌سازی رفتاری، ادراک ساختار کلاس، افسردگی اساسی، دانش‌آموزان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ‌غیرتجاری 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 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.176.5]

۱ مقدمه

اختلال افسردگی اساسی[1]، شایع‌ترین بیماری روانی است که بیش از ۳۵۰میلیون نفر در جهان از آن رنج می‌برند و یکی از عوامل مهم ناتوانی در زندگی فرد است (۱). اختلال افسردگی اساسی به‌عنوان سومین علت بار بیماری توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ ذکر شده است که پیش‌بینی شده است تا سال ۲۰۳۰ در رتبهٔ اول قرار بگیرد (۲). افسردگی به‌عنوان حالت خلقی بهنجار تجربه‌ای متداول است؛ اما در حالت نابهنجار جزو اختلالات روان‌پزشکی به‌شمار می‌رود (۳). ویژگی‌های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دورهٔ حداقل دو هفته‌ای است که در آن تمام فعالیت‌ها با خلق‌وخوی افسرده یا بی‌علاقه یا لذت‌نبردن وجود دارد. همچنین فرد باید دست‌کم چهار علامت دیگر را ازجمله تغییر در اشتها یا وزن، خواب و فعالیت ذهنی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه، مشکل در تفکر، تمرکز و تصمیم‌گیری و تکرار افکار دربارهٔ مرگ و خودکشی داشته باشد (۴). افسردگی از مشکلات بسیار شایع و ناتوان‌کنندهٔ جوانان و نوجوانان است (۵) و می‌تواند منجربه خودکشی، اعتیاد، عزت‌نفس، نبود موفقیت تحصیلی و اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی شود که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های درخورتوجهی را به جامعه تحمیل می‌کند (۶). افسردگی مسئله‌ای است که مشکلات زیادی را در دانش‌آموزان به‌وجود می‌آورد و این مشکلات باعث جلوگیری از رشد استعدادهای آن‌ها می‌شود (۷).

افسردگی در کودکان و نوجوانان تحت‌تأثیر عوامل مختلفی نظیر فقدان تقویت‌های اجتماعی و تأثیر عوامل محیطی، شخصیتی و اجتماعی بروز می‌کند و تداوم می‌یابد (۸). در همین راستا یکی از عوامل تأثیرگذار بر افسردگی دانش‌آموزان در محیط‌های آموزشی، ادراک ساختار کلاس[2] در حین تحصیل است؛ به‌طوری‌که مطالعهٔ شریفیان مشخص کرد، ادراک از محیط کلاس پیش‌بینی‌کنندهٔ اصلی عوامل روانی ازجمله اختلالات اضطرابی و افسردگی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی است (۹). در همین راستا پژوهش سلف‌ـ برون و ماتیوس نشان داد، جو روانی‌ـ اجتماعی کلاس از عوامل اصلی در ترک تحصیل، غیبت از کلاس، اندوه و افسردگی، پرخاشگری درمقابل معلم، نبود رفاقت بین دانش‌آموزان در کلاس و نبود رضایت و علاقه به درس و یادگیری است (۱۰). ساختار کلاس شامل زمینه و بافتی می‌شود که یادگیری در آن رخ می‌دهد؛ همچنین مجموعه‌ای از تکالیف تحصیلی و اطلاعات دربارهٔ آنچه هدف نامیده می‌شود و دستیابی به آن لازم است، در ذیل تعریف ادراک ساختار کلاس جای می‌گیرد (۱۱). در سال‌های اخیر، سه نوع درک درسی از کلاس شامل تکالیف انگیزشی (معناداری، ارتباط و جذابیت تکالیف کلاس برای دانش‌آموزان)، ارزشیابی تبحری (ارزیابی خوب و درک ادراک عملکردی از میزان تأکید بر یادگیری و مقایسه‌های اجتماعی در کلاس درس) و حمایت از خودمختاری (حمایت معلمان برای ترغیب مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان) تعریف شده است (۱۲). تحقیقات نشان داده است، دانش‌آموزانی که از ادراک بیشتری برخوردار هستند، رابطهٔ عمیقی با معلم برقرار می‌کنند؛ معلمان نیز چنین دانش‌آموزانی را ترغیب می‌کنند تا درگیر فرایندهای یادگیری و همکاری شوند که این خود منجربه خودکارآمدی، رضایت و موفقیت بیشتر می‌شود (۱۳،۱۴).

با درنظرگرفتن پیامدهای افسردگی بر زندگی و تحصیل دانش‌آموزان، به‌کارگیری مداخلات چندجانبه به‌منظور بهبود افسردگی و کاهش شدت علائم آن ضروری به‌نظر می‌رسد. یکی از درمان‌های شناختی که در زمینهٔ اختلالات گوناگون روان‌شناختی استفاده می‌شود، درمان فعال‌سازی رفتاری[3] است (۱۵). این درمان، فرایند ساختاریافته‌ای است که موجب افزایش تماس فرد با پیوستگی‌های محیطی می‌شود و منجربه بهبود خلق، تفکر و کیفیت زندگی، کاهش اجتناب و ارزیابی‌های منفی و اضطراب اجتماعی در افراد افسرده می‌شود (۱۶). در این مدل اجتناب رفتاری، کانون درمان است و به بیمار آموزش داده می‌شود به‌جای الگوی اجتناب، با کمک الگوی مقابله‌ای جایگزین واکنش نشان دهد و این شیوه را بخشی از سبک زندگی خود قرار دهد؛ به عبارتی دیگر در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا بتواند در اولین وهله بهبود یابد؛ همچنین این درمان بیمار را از نظر رفتاری و اجتماعی فعال می‌کند و ازطریق افزایش تعامل سازنده با افراد سالم و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، فشار روانی و باورهای منفی بیمار را برای درگیرکردن کامل با فرایند درمان به‌منظور حفظ بهبودی آماده می‌کند (۱۷). هدف این نوع درمان ارتباط بین اقدامات و پیامدهای هیجانی و همچنین جایگزینی نظام‌مند الگوهای رفتاری ناکارآمد با الگوهای رفتاری سازگارانه است. افزون‌براین، در این نوع درمان به کیفیت و بهبود کارکرد اجتماعی توجه می‌شود (۱۸). از خصوصیات مهم‌تر این درمان، مقرون‌به‌صرفه‌بودن از نظر هزینه، زمان، امکانات، سهولت در اجرا، داشتن راهنمای درمانی و منطبق‌بودن پروتکل درمان با ویژگی‌های فردی بیمار است (۱۹).

تاکنون درمان فعال‌سازی رفتاری در پژوهش‌های متعددی اثربخش بوده است؛ به‌طور مثال قدرتی و وزیری نکو در مطالعهٔ خود دریافتند، درمان فعال‌سازی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر دورهٔ متوسطهٔ شهر تهران تأثیر معناداری دارد و می‌تواند در ارتقای سطح کیفیت زندگی و تحصیلی دانش‌آموزان مفید و مؤثر باشد (۲۰). همچنین یافته‌های پژوهش ولیان و همکاران مشخص کرد، درمان فعال‌سازی رفتاری به‌شیوهٔ گروهی، بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اجتناب شناختی‌ـ رفتاری در دانشجویان مؤثر است (۲۱). نتایج جست‌وجوهای محقق نشان داد که در زمینهٔ اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر ادراک ساختار کلاس دانش‌آموزان یا دیگر متغیرهای تحصیلی مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام نشده است؛ اما به پژوهش‌های مرتبط و مشابه می‌توان اشاره کرد؛ به‌عنوان مثال نتایج مطالعهٔ سیدمحرمی و همکاران حاکی‌از اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌ـ رفتاری بر ارتقای سطح تحصیلی (کاهش افت تحصیلی و افزایش انگیزهٔ پیشرفت) دانشجویان بود (۲۲). یافته‌های پژوهش معماریان و همکاران مشخص کرد، مداخلات چندبعدی

[1]. Major depression disorder

[2]. Perception of classroom structure

[3]. Behavioral activation therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.176.5]

شناختی_رفتاری مارتین بر انگیزش تحصیلی درونی و بیرونی دانش‌آموزان تأثیر دارد (۲۳). مطالعهٔ شهبازی نشان داد، درمان شناختی_رفتاری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان در زمینهٔ خودمختاری، رشد فردی و ارتباط مثبت با دیگران می‌شود (۲۴). کشور ما کشور جوانی است و بیش از نیمی از جمعیت آن کمتر از هیجده سال سن دارند. در این میان، سلامتی دانش‌آموزان دبیرستانی به‌عنوان متولیان آیندهٔ جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲۵)؛ بنابراین هرگونه برنامه‌ریزی و اقدام برای کاهش ناتوانی‌های ذهنی و روحی دانش‌آموزان ازجمله افسردگی، زمینهٔ پیشرفت‌های فوق‌العاده در بهبود زندگی، پیشرفت تحصیلی، خوشبختی و تحقق کرامت و ارزش والا را فراهم می‌کند؛ غفلت از این امر جوانان را در بحران قرار می‌دهد (۲۶). بررسی وضعیت افسردگی دانش‌آموزان به‌دلیل اهمیت آن، از نظر بنیادی و عملی مدنظر بسیاری از روان‌شناسان، مشاوران، مربیان و متخصصان بهداشت روان قرار گرفته است؛ همچنین تلاش برای یافتن یافته از این طریق می‌تواند راهکارهای مهمی را برای مراکز آموزشی، پژوهشی و درمانی ارائه دهد و اطلاعات مهمی را برای همهٔ افرادی فراهم کند که به‌نوعی با آموزش در ارتباط هستند.

دانش‌آموزان بخش عظیمی از جمعیت جامعهٔ ما را تشکیل می‌دهند و این گروه گردانندگان جامعهٔ فردا خواهند بود. یکی از دلایل موفقیت نظام آموزشی در هر کشور، داشتن دانش‌آموزان و به‌تبع آن دانشجویانی سالم است و وجود مشکلات روانی و جسمی در این رابطه تأثیر جدی داشته و افت تحصیلی و گاهی ترک‌تحصیل را به‌دنبال دارد (۲۷)؛ بنابراین می‌توان گفت، افسردگی از مسائل مهمی است که ممکن است در نگرش، ادراک و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان نقش بسزایی ایفا کند. ازسویی عوامل محیطی مانند ادراک ساختار کلاس دانش‌آموزان در بروز بی‌انگیزگی و افسردگی در تحصیل نقش دارند و مداخلهٔ درمانی جدید در این بین ازجمله فعال‌سازی رفتاری اهمیت دارد. همچنین همان‌طورکه مرور پیشینهٔ پژوهش نشان داد، در زمینهٔ اثر مداخلهٔ مذکور بر متغیرهای پژوهش در جامعهٔ هدف تا آنجا که محقق بررسی کرد، مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام نشده است و در این زمینه خلأ پژوهشی احساس می‌شود؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر ادراک ساختار کلاس دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

مطالعهٔ حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان مبتلا به افسردگی اساسی تشکیل دادند که در شش ماه دوم سال ۱۳۹۶ برای درمان به کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی آموزش‌وپرورش شهر مشهد مراجعه کردند. نمونهٔ آماری این پژوهش شامل سی نفر داوطلب واجد شرایط براساس مصاحبهٔ بالینی ساختاریافتهٔ تشخیصی (۲۸) و نمرهٔ پرسشنامهٔ افسردگی بک_ویرایش دوم[1] (۲۹) بود که به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) جایگزین شدند. حداقل نمونه در طرح‌های آزمایشی برای هر گروه پانزده نفر کفایت می‌کند (۳۰). ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: قرارگرفتن در دامنهٔ سنی ۱۴ تا ۱۷ سال؛ تشخیص اختلال افسردگی ازطریق مصاحبهٔ بالینی ساختاریافتهٔ تشخیصی (۲۸)؛ کسب نمرهٔ بیشتر از ۱۹ در نمرهٔ پرسشنامهٔ افسردگی بک_ویرایش دوم (۲۹)؛ مبتلانبودن به بیماری‌های حاد پزشکی و آسیب مغزی. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شامل نداشتن رضایت آگاهانه و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی بود. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط مانند محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد. ابزار جمع‌آوری پژوهش شامل پرسشنامه‌های زیر بود.

_ مصاحبهٔ بالینی ساختاریافتهٔ تشخیصی برای DSM-IV[2]: مصاحبهٔ بالینی ساختاریافتهٔ تشخیصی برای DSM-IV ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط فرست و همکاران در سال ۱۹۹۶ تهیه شد (۲۸). دوزوا و دابسون، ضریب توافق کامل دو ارزیاب را با استفاده از نوار صوتی برای ارزیابی دوم دربارهٔ SCID گزارش کردند (به‌نقل از ۳۱). شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی روی نمونهٔ ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب (کاپای بیشتر از ۶۰) بود. روایی محتوایی و صوری نسخهٔ ایرانی توسط سه تن از اساتید روان‌شناسی بالینی به تأیید رسید و پایایی آن با آزمون_آزمون مجدد در طی یک هفته ۰/۹۵ گزارش شد (۳۲).

_ پرسشنامهٔ افسردگی بک_ویرایش دوم: این پرسشنامه که شکل بازنگری‌شدهٔ پرسشنامهٔ افسردگی بک_ویرایش اول است، در سال ۱۹۹۶ توسط بک و همکاران تدوین شد و برای سنجش شدت افسردگی به‌کار می‌رود (۲۹). این پرسشنامه از ۲۱ مادهٔ چهارگزینه‌ای تشکیل شده است. هر ماده نمره‌ای بین صفرتا۳ می‌گیرد و بدین‌ترتیب نمرهٔ کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفرتا۶۳ دارد. نمرهٔ برش پرسشنامهٔ مذکور ۱۹ است. مطالعهٔ روان‌سنجی انجام‌شده بر ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و به‌طور کلی این پرسشنامه جانشین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می‌شود (۲۹). بک و همکاران ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۹). به‌علاوه در بررسی غرایبی روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبائی که به‌منظور بررسی اعتبار و روایی پرسشنامهٔ افسردگی بک_ویرایش دوم روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصلهٔ دو هفته، ۰/۷۳ بود (۳۳).

_ مقیاس ادراک ساختار کلاس[3]: این پرسشنامهٔ ۲۶سؤالی را بلکبرن در سال ۱۹۹۸ تهیه کرد (۳۴). پرسشنامهٔ مذکور سه خرده‌مقیاس وظایف انگیزشی (سؤالات ۱ تا۹)، حمایت خودمختارانه (سؤالات ۱۰ تا۱۴) و ارزشیابی تبحری (سؤالات ۱۵ تا۲۶) را در مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم (با نمرهٔ ۵) تا کاملاً مخالفم (با نمرهٔ ۱) می‌سنجد (۳۴). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعهٔ بلکبرن برای سه خرده‌مقیاس

[1]. Beck Depression Inventory-II
[2]. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)
[3]. Perception of Classroom Structure Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.176.5]

وظایف انگیزشی، حمایت خودمختارانه و ارزشیابی تبحری به‌ترتیب ۰/۸۵، ۰/۶۵ و ۰/۸۰ به‌دست آمد (۳۴). حجازی و همکاران برای اعتباره سازه از تحلیل عامل تأییدی استفاده کردند و شاخص نکویی برازش را GFI=۰/۹۲، AGFI=۰/۸۹ و SRMR=۰/۰۶ به‌دست آوردند. این شاخص‌های نکویی برازش تناسب کامل الگو را با داده‌های مشاهده‌شده تأیید کرد. همچنین میزان آلفای کرونباخ این سه مقیاس را به‌ترتیب برای سه مقیاس وظایف انگیزشی، حمایت خودمختارانه و ارزشیابی تبحری ۰/۷۱، ۰/۸۶ و ۰/۶۸ نشان دادند (۳۵).

در اجرای پژوهش ابتدا از دانش‌آموزان خواسته شد به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دهند (پیش‌آزمون). سپس برای افراد گروه آزمایش توسط محقق (نویسندهٔ اول)، آموزش فعال‌سازی رفتاری در طی چهار هفتهٔ دو جلسه‌ای هر جلسه به‌مدت شصت دقیقه ارائه شد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در ادامه از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. پروتکل درمان فعال‌سازی رفتاری، برگرفته از درمان فعال‌سازی رفتاری دیمیجیان و همکاران بود (۳۶) که شرح مختصر آن در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. شرح مداخلهٔ درمان فعال‌سازی رفتاری

جلسات	شرح مختصر
اول و دوم	آشنایی، برقراری ارتباط، معارفه، بیان مقررات و قوانین، ارائهٔ مدل درمان فعال‌سازی رفتاری، تکلیف خانگی، تکمیل برگهٔ ثبت فعالیت‌های روزانه، پیش‌آزمون.
سوم و چهارم	آموزش مهارت‌ها (تحلیل کارکردی، شکستن الگوهای تکراری افسردگی و اضطراب، پرهیز از اجتناب و تقویت شیوه‌های کارآمد)، تکمیل برگهٔ مقیاس درجه‌بندی لذت ـ اهمیت، تکلیف خانگی.
پنجم و ششم	توضیح دربارهٔ انواع افکار، احساسات و رفتارهایی که در زمان اضطراب اجتماعی به انسان دست می‌دهد، آموزش مهارت‌های کنترل افکار و هیجان‌ها، ثبت افکار و هیجان‌های رخ‌داده، بیان انواع راهبردهای تنظیم هیجان، تکنیک آرامش‌بخشی به هیجان‌ها.
هفتم و هشتم	بحث دربارهٔ حفظ خونسردی و داشتن اعتمادبه‌نفس دربرابر حوادث جمعی، مرور تکنیک‌ها و دریافت بازخوردها، بررسی پیشنهادات و انتقادات، مرور جلسات قبلی درمان، اجرای پس‌آزمون، تشکر و قدردانی.

برای تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و آزمون خی‌دو به‌کار رفت. پس از تأیید مفروضه‌های همسانی شیب خط رگرسیون، نرمال‌بودن داده‌ها، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها و همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها به‌عنوان مفروضات آزمون تحلیل کوواریانس، از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا) استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی در گروه گواه تعداد ۳ نفر در پایهٔ دهم (۲۰درصد)، ۷ نفر در پایهٔ یازدهم (۴۷درصد) و ۵ نفر در پایهٔ دوازدهم (۳۳درصد) شرکت داشتند. در گروه آزمایش تعداد ۴ نفر در پایهٔ دهم (۲۷درصد)، ۶ نفر در پایهٔ یازدهم (۴۰درصد) و ۵ نفر در پایهٔ دوازدهم (۳۳درصد) بودند. برای مقایسهٔ سطح تحصیلات دو گروه نیز از آزمون خی‌دو استفاده شد که باتوجه به معنادارنبودن آمارهٔ به‌دست‌آمده فرض یکسانی سطح تحصیلات دو گروه رد نشد ($p>0/05$).

قبل از اجرای آزمون مفروضه‌های همسانی شیب خط رگرسیون، نرمال‌بودن داده‌ها، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها و همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها بررسی شد. در آزمون کولموگروف‌اسمیرنف مقدار احتمال آمارهٔ محاسبه‌شده برای تمامی متغیرهای پژوهش و خرده‌مقیاس‌ها در پس‌آزمون بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات پذیرفته شد. براساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود ($p>0/05$)، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس ـ کوواریانس به‌درستی رعایت شد. همچنین براساس آزمون لوین و معنادارنبودن آن برای همهٔ متغیرها ($p>0/05$)، شرط برابری واریانس‌ها رعایت شد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر ادراک ساختار کلاس در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج آنالیز کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
وظایف انگیزشی	آزمایش	۳۳/۲۸	۱/۸۵	۳۶/۳۵	۲/۵۶	۱۸۶/۰۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
	گواه	۳۲/۵۷	۲/۶۸	۳۲/۷۱	۲/۸۶			
حمایت خودمختارانه	آزمایش	۱۴/۲۱	۱/۸۴	۱۶/۲۱	۱/۸۸	۲۲/۵۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۴
	گواه	۱۲/۸۵	۱/۸۷	۱۳	۲/۰۳			
ارزشیابی تبحری	آزمایش	۴۲/۸۵	۱/۷۹	۴۵/۷۱	۱/۷۷	۸۵/۱۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۷۳
	گواه	۴۱	۲/۱۸	۴۱/۱۴	۲/۲۴			
ادراک از ساختار کلاس	آزمایش	۹۰/۳۶	۲/۴۹	۹۸/۲۹	۳/۵۳	۷۷/۸۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۷
	گواه	۸۶/۴۲	۳/۶۹	۸۶/۸۵	۳/۳۷			

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.176.5]

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین ادراک ساختار کلاس و مؤلفه‌های آن برحسب عضویت گروهی (آزمایش و گواه) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین میزان تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری در متغیر ادراک از ساختار کلاس ۰/۷۵۷ و مؤلفه‌های آن یعنی وظایف انگیزشی ۰/۸۸۲، حمایت خودمختارانه ۰/۴۷۴ و ارزشیابی تبحری ۰/۷۷۳ است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر ادراک ساختار کلاس و مؤلفه‌های آن شامل وظایف انگیزشی، حمایت خودمختارانه و ارزشیابی تبحری دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد. نتایج نشان داد، درمان فعال‌سازی رفتاری بر افزایش وظایف انگیزشی، حمایت خودمختارانه، ارزشیابی تبحری و به‌طور کلی ارتقای ادراک ساختار کلاس دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی مؤثر بوده است. در زمینهٔ یافتهٔ مذکور با مطالعات پیشین در این رابطه تاآنجاکه محقق بررسی کرد، مطالعه‌ای انجام نشده است؛ اما یافتهٔ بیان‌شده با یافته‌های پژوهش‌های تقریباً مشابه و نزدیک پیشین همسوست؛ به‌طور مثال قدرتی و وزیری نکو در مطالعهٔ خود دریافتند که درمان فعال‌سازی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر دورهٔ متوسطهٔ شهر تهران تأثیر معناداری دارد و می‌تواند در ارتقای سطح کیفیت زندگی و تحصیلی دانش‌آموزان مفید و مؤثر باشد (۲۰). همچنین یافته‌های پژوهش ولیان و همکاران نشان داد، درمان فعال‌سازی رفتاری به‌شیوهٔ گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اجتناب شناختی‌ـ رفتاری در دانشجویان مؤثر است (۲۱). نتایج مطالعهٔ سیدمحرمی و همکاران حاکی‌از اثربخشی گروه درمانی شناختی‌ـ رفتاری بر ارتقای سطح تحصیلی (کاهش افت تحصیلی و افزایش انگیزهٔ پیشرفت) دانشجویان بود (۲۲). یافته‌های پژوهش معماریان و همکاران مشخص کرد، مداخلات چندبعدی شناختی‌ـ رفتاری مارتین بر انگیزش تحصیلی درونی و بیرونی دانش‌آموزان تأثیر دارد (۲۳). مطالعهٔ شهبازی نشان داد، درمان شناختی‌ـ رفتاری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان در زمینهٔ خودمختاری، رشد فردی و ارتباط مثبت با دیگران می‌شود (۲۴).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، فعال‌سازی رفتاری بر این فرض استوار است که مشکلات موجود در زندگی افراد آسیب‌پذیر توان دریافت تقویت‌های مثبت محیطی را از آنان می‌گیرد. این امر به‌نوبهٔ خود موجب بروز علائم و رفتارهایی در این افراد می‌شود که در خلق، هیجان و عملکردهایشان اختلال به‌وجود می‌آورد (۳۷). فعال‌سازی رفتاری فرض را بر این می‌گذارد که به افراد کمک کند خود را به‌قدری درگیر رفتارهای متفاوت کنند تا درنهایت احساس لذت و مفیدبودن کنند یا اینکه به طریقی موقعیت‌های زندگی‌شان را ارزیابی و بهبود بخشند. درواقع درمان فعال‌سازی رفتاری با بهره‌گیری از فن‌هایی همچون مواجه‌سازی موجب افزایش تقویت مثبت کارآمد و کاهش اجتناب می‌شود. این پاداش‌ها ممکن است درونی (مانند لذت یا حس موفقیت) یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) باشد. افزایش پاداش‌ها به‌نوبهٔ خود بر افزایش انگیزهٔ افراد تأثیر می‌گذارد (۳۸). همچنین درمان فعال‌سازی رفتاری سبب افزایش تعاملات فردی و اجتماعی با محیط می‌شود و در روند درمان با تقویت‌های کلامی مثبت و امیدواری، باعث می‌شود آن‌ها فشارهای روانی کمتری را ادراک کنند؛ همچنین موجب می‌شود بیماران بتوانند بدون ترس و نگرانی، عقاید، باورها، احساسات هیجان‌انگیز و عواطف خود را ابراز کنند و لذت بیشتری از زندگی شخصی و اجتماعی خود ببرند و غمگینی کمتری بروز دهند؛ بنابراین می‌توان گفت، درمان فعال‌سازی رفتاری با تغییر سبک زندگی، ایجاد الگوهای ارتباطی و راهبردهای مقابله‌ای مناسب برای مقابله با تنش سبب کاهش احساس درماندگی، میل به خودملامتگری، شکایات ناشی‌از افسردگی و افزایش اعتمادبه‌نفس در افراد می‌شود (۳۹)؛ درنتیجه خودمختاری فرد بهبود می‌یابد؛ به‌طور کلی تکنیک‌های درمان فعال‌سازی رفتاری موجب تقویت چندین ویژگی در افراد ازجمله افزایش خودمختاری، توانایی مدیریت امور زندگی، توانایی پذیرفتن نقاط ضعف و قوت خود و ارتقای رشد شخصی در محیط زندگی و تحصیلی می‌شود و زمینهٔ تغییر ادراک و نگرش فرد را فراهم می‌کند (۲۰).

در تبیینی دیگر می‌توان گفت، فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی بر تأثیر رفتارها بر خلق و علائم تأکید می‌کند. درمانگر مراجع را برای درگیری مجدد با منابع بالقوهٔ تقویت مثبت، تنظیم اهداف تکلیف‌محور، کاهش الگوهای تقویت منفی و کاهش اجتناب راهنمایی می‌کند (۴۰)؛ همچنین با هدف قراردادن رفتارهای اجتنابی و ایجاد مجدد روال منظم، به فردی افسرده فرصت می‌دهد تا مجدداً با منابع تقویت مثبت ارتباط برقرار سازد و چنین مارپیچ رو به پایینی را به‌وسیلهٔ کارکردن با مراجع برای ایجاد فرصت‌هایی برای تقویت مثبت قطع کند. فرض بر این است که افزایش مشارکت در فعالیت‌های لذت‌بخش سطوح عاطفهٔ مثبت را بیشتر می‌کند و چنین افزایشی در فعالیت و عاطفهٔ مثبت منجربه کاهش علائم افسرده‌ساز می‌شود (۴۱). همچنین درمان فعال‌سازی رفتاری با درگیری افراد در فعالیت‌های پاداش‌دهنده و کاهش رفتارهای بی‌اثر می‌تواند از یک‌سو باعث کاهش چرخهٔ نشخوار فکری و به‌تبع آن افزایش انعطاف‌پذیری شناختی شود و ازطرفی با تشویق بیماران برای مواجههٔ ممتد با رفتارهای ناهماهنگ با خلق افسرده، انگیزه و تمایل آن‌ها، زمینه را برای انعطاف‌پذیری هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هموار سازد؛ به عبارتی دیگر، در درمان فعال‌سازی رفتاری با هدف قراردادن رفتارهای غیرپاداش‌دهنده و ایجاد یک سبک فعال رفتاری، ظرفیت انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی بیمار نیز به‌طور غیرمستقیم مورد مداخله قرار می‌گیرد (۴۲). همین ظرفیت‌سازی می‌تواند منجربه کاهش علائم هیجانی و شناختی افسردگی نظیر ادراک ساختار کلاس، نبود تمرکز، خلق افسرده و ناامیدی شود.

پژوهش حاضر همانند هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه بود. برخی از این محدودیت‌ها شامل تک‌جنسیتی‌بودن نمونه، صرفاً مطالعه روی نمونهٔ سی‌نفرهٔ افسرده و نداشتن دورهٔ پیگیری بود که در تعمیم نتایج پژوهش باید احتیاط شود. در همین راستا توصیه می‌شود پژوهش‌های آتی برای تعمیم بیشتر نتایج در قالب کارآزمایی‌های بالینی تصادفی به بررسی هر دو جنس، درنظرگرفتن دورهٔ پیگیری،

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.176.5]

جمعیت‌های متعدد و تعداد نمونهٔ بیشتر بپردازند. درنهایت پیشنهاد می‌شود از درمان فعال‌سازی رفتاری در کنار سایر روان‌درمانی‌ها درجهت بهبود وضعیت شناختی، ادراکی، هیجانی و اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی در محیط‌های آموزشی و تحصیلی استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج به‌دست‌آمده، میانگین نمرات گروه آزمایش در ادراک ساختار کلاس دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی اساسی و مؤلفه‌های آن شامل وظایف انگیزشی، حمایت خودمختارانه، ارزشیابی تبحری افزایش یافته است؛ بنابراین می‌توان گفت که درمان فعال‌سازی رفتاری در بهبود ادراک ساختار کلاس دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی اساسی مؤثر است.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی عزیزانی که به‌نوعی در اجرای این پژوهش نقش داشتند و روند اجرای آن را تسهیل کردند، قدردانی می‌کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور با شماره نامهٔ ۱۵۴۵۰ مصوب پروپوزال در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش روی گروه مطالعه‌شده از مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی راه سبز به شمارهٔ ۹۷/۱۲۱ صادر شده است. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط مانند محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانهٔ شرکت کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

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

References

1. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, et al. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. Journal of Affective Disorders. 2019;243:175–81. doi:10.1016/j.jad.2018.09.015
2. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet. 2018;392(10161):2299-312. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2
3. Dargahian R, Mohammadkhani Sh, Hasani J. The efficacy of metacognitive therapy on depression symptoms reduction, cognitive attentional syndrome components and maladaptive coping styles in patients with major depression. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2014;2(3):45–52. [Persian] doi:10.18869/acadpub.shefa.2.3.45
4. Gayathri D, Rashmi BS. Mechanism of development of depression and probiotics as adjuvant therapy for its prevention and management. Mental Health & Prevention. 2017;5:40–51. doi:10.1016/j.mhp.2017.01.003
5. Dashtizadeh N, Sajedi H, Nazari A, Davarniya R, Shakarami M. Effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing symptoms of depression in women. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2015;4(3):67–78. [Persian] http://jcnm.skums.ac.ir/article-1-241-en.html
6. Bahrami M, Dehdashti A, Karami M. Investigation depression prevalence and related effective factors among students at health faculty Semnan University of medical sciences in 2017, Iran. Zanko J Med Sci. 2017;18(58):24–32. [Persian] http://zanko.muk.ac.ir/article-1-188-en.html
7. Monirpoor N, Khoosfi H, Ghazi Tabatabai M, Yazdandoost R, Atef Vahid MK, Delavar A. Evaluating attribution models of adolescent depression using structural equation modeling. Advances in Cognitive Sciences. 2007;9(3):52–62. [Persian] http://icssjournal.ir/article-1-389-en.html
8. Jan Bozorgi M, Mostakhdemin Hoseini Kh. The investigations of prevalence depression in students in Tehran. Pejouhandeh. 2006;1(6):9–15. [Persian]
9. Sharifiyan MS. Rabeteye edrak az mohite kelas, negaresh be valedeyn, ekhtelalate ezterabi va afsordegi ba ehtemale khodgoshi dar nojavani [The relationship between perceptions of parenting, attitude to parents, anxiety disorders and depression with suicide probability in adolescence] [Thesis for MSc]. [Tehran, Iran]: University of Tehran, Psychology and Educational Sciences; 2012. [Persian]
10. Self-brown SR, Mathews S. Effects of classroom structure on student achievement goal orientation. The Journal of Educational Research. 2003;97(2):106–12. doi:10.1080/00220670309597513
11. Mohammdipouya F, Gharloghi S, Mohammdipouya S, Gharib -Tazareh S. The relationship between social intelligence and the post-graduate students' perceptions of the classroom structure and the intermediate role of self-efficacy beliefs. Education Strategies in Medical Sciences. 2018;11(4):1–8. [Persian] http://edcbmj.ir/article-1-1460-en.html

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.176.5]

12. Tabachnick SE, Miller RB, Relyea GE. The relationships among students' future-oriented goals and subgoals, perceived task instrumentality, and task-oriented self-regulation strategies in an academic environment. Journal of Educational Psychology. 2008;100(3):629–42. doi:10.1037/0022-0663.100.3.629
13. Loyens SMM, Rikers RMJP, Schmidt HG. Relationships between students' conceptions of constructivist learning and their regulation and processing strategies. Instructional Science. 2008;36(5–6):445–62. doi:10.1007/s11251-008-9065-6
14. Brock LL, Nishida TK, Chiong C, Grimm KJ, Rimm-Kaufman SE. Children's perceptions of the classroom environment and social and academic performance: a longitudinal analysis of the contribution of the responsive classroom approach. Journal of School Psychology. 2008;46(2):129–49. doi:10.1016/j.jsp.2007.02.004
15. PourMohammad Ghouchani K, Madhi S, Forootan Nejad K. The effectiveness of behavioral activation therapy on metacognitive beliefs and concerns of physical image of depressed girl students. Rooyesh-e- Ravanshenasi Journal. 2019;8(10):133–42. [Persian] http://frooyesh.ir/article-1-1465-en.html
16. Taheri H, Taheri E, Amiri M. Efficacy of group behavioral activation on social anxiety, avoidance and negative evaluations among individuals with social anxiety. Journal of Fundamnentals of Mental Health. 2017;19(5):361–5. [Persian] doi:10.22038/jfmh.2017.9057
17. Moshier SJ, Otto MW. Behavioral activation treatment for major depression: a randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. Journal of Affective Disorders. 2017;210:265–8. doi:10.1016/j.jad.2017.01.003
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Fifth edition. American Psychiatric Pub; 2013.
19. Taghavi R, Einy S, Kazemi R. Effectiveness of brief behavioral activation treatment on the hopelessness in veterans with post-traumatic stress disorder. Iranian Journal of Isaar Studies. 2020;1(3):149–54. [Persian] http://ijis.ir/article-1-54-en.html
20. 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;36(4):233–40. [Persian] http://jmciri.ir/article-1-2868-en.html
21. Valiyan AM, Sodani M, Shirali Nia Kh, Khojasteh Mehr R. The effectiveness of behavioral activation therapy in reduction of depression symptoms, cognitive-behavioral avoidance and quality of life in students. Biannual Journal of Contemporary Psychology. 2017;12(1):73–84. [Persian]
22. Seyedmoharrami I, Pashib M, Tatari M, Mohammadi S. The effect of cognitive-behavioral group therapy on achievement motivation and academic failure students among students of university of medical sciences. Journal of Medical Sciences. 2016;4(1):17–23. [Persian] http://jms.thums.ac.ir/article-1-345-en.html
23. Memarian AD, Abedi A, Shooshtari M, Alipoor A. The effect of Martin cognitive - behavioral multifaceted interventions on academic motivation of third grade female students. New Educational Approaches. 2015;10(1):121–42. [Persian] https://nea.ui.ac.ir/article_19130.html?lang=en
24. Shahbazi M. Effectiveness of the cognitive-behavioral therapy (CBT) on psychological well-being and cognitive distortion among adolescents of Ahvaz. Psychological Methods and Models. 2019;9(33):107–24. [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/article_3261.html?lang=en
25. Rostamzadeh Z, Khalilzadeh R. Barrasie mizane shoyoo va shedat afsordegi dar danesh amoozane dabirestan haye dokhtarane shahre Urmia [Prevalence and severity of depression in high school female students in Urmia]. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2007;5(2):12–18. [Persian]
26. Ruchkin V, Sukhodolsky DG, Vermeiren R, Koposov RA, Schwab-Stone M. Depressive symptoms and associated psychopathology in urban adolescents: a cross-cultural study of three countries. Journal of Nervous and Mental Disease. 2006;194(2):106–13. doi:10.1097/01.nmd.0000198142.26754.18
27. Daraei M. An investigation of the relationship between depression and self-esteem with academic performance. Yafte. 2018;19(5):117–26. [Persian] http://yafte.lums.ac.ir/article-1-2446-en.html
28. Frist MB, Gibbons M, Sptizer RL, Williams JB. User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders—research version. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 1996.
29. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II: Beck depression inventory-second edition. Second edition. San Antonio, TX: Pearson; 1996.
30. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research: an introduction. White Plains, NY: Longman Publishing; 1996.
31. Parhoon H, Moradi A, Hatami M, Moshirpanahi S. Effectiveness of brief behavioral activation treatment in reducing depression symptoms and improving quality of life in patients with major depression. Clinical Psychology Studies. 2014;4(14):41–62. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_506_4.html?lang=en
32. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). Advances in Cognitive Sciences. 2004;6(1):10–22. [Persian] http://icssjournal.ir/article-1-26-en.html

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.176.5]

33. Gharayebi B. Determining the status of identity and its relationship with identity styles and depression in adolescents [Thesis for PhD in clinical Psychology]. [Tehran: Iran]: University of Medical Sciences; 2004. [Persian]
34. Blackburn M. Cheating and motivation: an examination of the relationships among cheating behaviors, motivational goals, cognitive engagement, and perceptions of classroom goal structures [PhD dissertation]. [Oklahoma]: University of Oklahoma, 1998.
35. Hejazi E, Naghsh Z, Sangari AA. Classroom perceptions and mathematics achievement: the mediating role of cognitive and motivational variables. Journal of Psychological Studies. 2010;5(4):47–66. [Persian] doi:10.22051/psy.2009.1612
36. Dimidjian S, Barrera Jr M, Martell C, Muñoz RF, Lewinsohn PM. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. Annual Review of Clinical Psychology. 2011;7:1–38. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535
37. Phillips EL. Resilience, mental flexibility, and cortisol response to the montral imaging stress task in unemployed men [PhD dissertation]. [Michigan]: University of Michigan, 2011.
38. Leahy RL, Holland S, Mcginn L. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. Second edition. New York: Guilford Press; 2012.
39. Shareh H. Effectiveness of behavioral activation group therapy on attributional styles, depression, and quality of life in women with breast cancer. J Fundamentals of Mental Health. 2016;18(4):179–88. [Persian] doi:10.22038/jfmh.2016.7097
40. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. Behavioral activation for depression: a clinician's guide. New York: Guilford Press; 2013, 220 p.
41. Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S. Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. Clinical Psychology: Science and Practice. 2001;8(3):255–70. doi:10.1093/clipsy.8.3.255
42. Akbari M, Hasani J. The evaluation of mechanism of effectiveness of behavioral activation therapy (BA) through cognitive flexibility and emotional flexibility on symptoms of women with major depressive disorders. Journal of Cognitive Psychology. 2019;6(4):1–13. [Persian] https://jcp.khu.ac.ir/article-1-3085-en.html

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.176.5]