مقـــاله تحقیقی

اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر بهزیستی روانشناختی و انعطاف پذیری روانشناختی دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران

سیما قدرتی[1*]، رقیه وزیری نکو[2]

[1] استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

[2] کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، تهران، ایران..

* نشانی نویسنده مسئول:

گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نشانی الکترونیک:

simaghodrati17@yahoo.com

مقدمه: در هر جامعه‌ای دانش‌آموزان، به عنوان منابع انسانی با ارزش، چنانچه تحت شرایط و تعلیمات صحیح قرار بگیرند می‌توانند در راه رسیدن به برنامه‌ها و افق‌های بلند آینده‌ی جوامع، گام‌های مؤثری بردارند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر انعطاف‌پذیری و بهزیستی روانشناختی دانش آموزان دختر بود.

روش کار: در یک طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل، تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر متوسطه شهر تهران به شکل نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه درمان فعال‌سازی رفتاری (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه درمان هفتگی فعال‌سازی رفتاری را دریافت کردند. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف، و پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی بوند– ویرایش دوم، بودند، که در دو مرحله قبل از مداخله، و پایان مداخله تکمیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری بر بهزیستی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی بصورت معناداری ($F = ۷/۸۳۸$ و $P< ۰/۰۵$) در مقایسه با گروه کنترل مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج بدست آمده از این مطالعه، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند برای سلامت روان و ارتقا سطح کیفیت زندگی و تحصیلی دانش‌آموزان، مفید و موثر باشد و جهت استفاده در مدارس و مراکز مشاوره دانش‌آموزی گزینه پیشنهادی مناسبی در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی: رویکرد فعال‌سازی رفتاری، بهزیستی روانشناختی، انعطاف پذیری روانشناختی، دانش‌آموزان

مقدمه

در هر جامعه‌ای دانش‌آموزان، به عنوان منابع انسانی با ارزشی محسوب می‌شوند که دارای انرژی سرشار و بالقوه‌ای هستند، و چنانچه تحت شرایط و تعلیمات صحیح قرار بگیرند می‌توانند در راه رسیدن به برنامه‌ها و افق‌های بلند آینده‌ی جوامع، گام‌های مؤثری بردارند. این مهم زمانی میسر می‌شود که به لحاظ روحی و جسمی، از سلامت روانی و جسمانی مناسبی برخوردار باشند و در بستر این سلامت عمومی، انگیزه و انرژی لازم جهت برنامه‌ریزی و تلاش برای رسیدن به موفقیت را داشته باشند. در سال‌های اخیر با درگیری دانش‌آموزان با دنیای ارتباطات و تغییرات سبک زندگی و افزایش اضطراب و افسردگی به عنوان دو اختلال روانی شایع در بین آنان (۱)، ایجاد یک برنامه منسجم و اثرگذار و در عین حال زود بازده، جهت ایجاد بهبود سلامت روانی، ضروری به نظر می‌رسد. تصور می‌شود که فعال‌سازی رفتاری از آن جهت که موجب دوری از فعالیت‌های اجتنابی _عمدتا مجازی _ در بین دانش‌آموزان می‌شود و بر فعال نمودن رفتارهای سالم و ایجاد ارتباطات بین فردی مثمر ثمر تأکید دارد و دانش‌آموزان را در جهت ایجاد زندگی ارزشمند و یافتن ارزش‌ها در زندگی و تأکید بر عمل به آنها، سوق می‌دهد، بتواند بستر مناسبی برای ارتقاء سلامت روان و بهبود شرایط بهزیستی روانشناختی و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در آنان گردد.

در سال‌های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی[۱] ملهم از روانشناسی مثبت‌نگر[۲] رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی روانشناختی[۳]» مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت از مشخصه‌های فرد سالم است (۲). شواهد پژوهشی حاکی از آن است، افرادی که از زندگی شان رضایت دارند و هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند دارای سطح بالایی از بهزیستی روانشناختی هستند (۳). ریف بهزیستی روانشناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه‌ی واقعی فرد می‌داند. ابعاد بهزیستی روانشناختی شامل پذیرش خود (توانایی دیدن و پذیرفتن نقاط ضعف و قوت خود)، رابطه مثبت با دیگران (داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم زندگی)، خودمختاری (توانایی و قدرت پیگیری خواسته‌ها و عمل براساس اصول شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد)، زندگی هدفمند (داشتن غایت‌ها و اهدافی است که به زندگی فرد جهت و معنا بخشد)، رشد شخصی (به این معنا که استعدادها و توانایی‌های بالقوه‌ی فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد) و تسلط بر محیط (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی به ویژه مسائل زندگی روزمره) (۵ و ۴). این در حالی است که تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که بهزیستی روانشناختی پایین با نشانگان افسردگی، رفتارهای خشونت‌گرا و مشکلات اجتماعی و روانشناختی مانند عزت نفس پایین و روابط شکننده بین‌فردی که در بین نوجوانان بسیار دیده می‌شود، در ارتباط است. در صورتی که بهزیستی روانشناختی بالا از زندگی عامل مهمی برای رشد، حفظ سلامت و پیشگیری از بسیاری از اختلالات روانشناختی است (۵). با توجه به مفهوم بهزیستی روانشناختی به عنوان واژه سلامت ذهنی عمومی و افزایش ظرفیت حالت‌های مثبت و کاهش حالت‌های منفی، این تصور وجود دارد که افزایش بهزیستی روانشناختی در دانش آموزان بتواند آنان را در بهبود شرایط عمومی سلامت روان و افزایش انگیزه و اعتماد به نفس و به تبع آن ارتقای سطح تحصیلی یاری رساند.

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[۴] نیز یکی از متغیرهایی است که به عنوان توانایی سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی تعریف شده است. برخی از پژوهشگران انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را توانایی فرد برای ارتباط کامل با زمان حال به عنوان یک انسان هوشیار و آگاه و توانایی او برای تغییر یا ادامه رفتار در جهت ارزش‌هایش تعریف کرده‌اند (۶).

به طور کلی، توانایی تغییر آمایه‌های شناختی[۵] به منظور سازگاری با محرک های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است(۷). افرادی که توانایی تفکر انعطاف پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، به صورت مثبت چهارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویداد های استرس زا را می پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روانشناختی تاب آوری بیشتری دارند (۹ و ۸) .

درمان فعال سازی رفتاری[۶]، فرآیندی درمانی است که بطور 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 (۱۰). و انتظار می‌رود رویکرد فعال‌سازی رفتاری بتواند اثرات مثبتی بر خلق و افزایش سلامت روان و ارتقاء سطح کیفی ارتباطات میان فردی در بین دانش‌آموزان داشته باشد.

لذا در این پژوهش، با توجه به اهمیت پژوهش‌های اثر بخشی در تعمیم نتایج به جامعه و موقعیت‌های درمانی واقعی، این پژوهش در پی بررسی آن است که آیا رویکرد فعال‌سازی رفتاری می‌تواند بر بهزیستی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی قشر دانش‌آموز جامعه اثر گذار باشد یا خیر؟

۱. mental health
۲. positive psychology
۳. Psychological well-being
۴. Psychological Flexibility
۵. Cognitive sets
۶. Behavioral activation

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است و در آن از طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل و گزینش تصادفی استفاده شده است. بدین ترتیب که برای انجام این پژوهش دو گروه کنترل و آزمایش قرار داده می‌شود. ابتدا از هر دو گروه برای سنجش بهزیستی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی، پیش‌آزمون گرفته شد. سپس گروه آزمایش به مدت ده جلسه (مدت زمان هر جلسه یک ساعت) در طی ده هفته متوالی تحت آموزش فعال‌سازی رفتاری قرار گرفت. در پایان دوره آموزش، پس آزمون در مورد هر دو گروه اجرا و نتایج مقایسه و بررسی شد. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه (دوره دوم) شهر تهران بودند، که بصورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، نهایتا یک مدرسه دخترانه در منطقه ۵ آموزش و پرورش شهر تهران انتخاب گردید. در بین دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم که ۹۷ نفر بودند، آزمون‌های بهزیستی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی توزیع گردید، که بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و نمرات کسب شده در آزمون‌ها، از بین ۹۷ نفر، ۴۵ نفر از آنها از شرایط لازم برخوردار شدند. اسامی این ۴۵ نفر در جعبه‌ای قرار داده شد و بصورت تصادفی، ۳۰ نفر از آنان، در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از هر دو گروه آزمون‌های بهزیستی روانشناختی و انعطاف پذیری روانشناختی اخذ شد و در مرحله بعد گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ی ۱ ساعته، تحت آموزش فعال‌سازی رفتاری قرار گرفتند و در پایان دوره نیز مجددا از هر دو گروه، دو آزمون مذکور دریافت گردید.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن حداقل سن ۱۵ سال، نداشتن سابقه دریافت مداخله‌های روان درمانی دیگر، رضایت آگاهانه از روش درمانی و فرآیند پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: دارا بودن اختلال‌های حاد روانپزشکی بنا به نظر روانپزشک، وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده‌ای که موجب بروز افسردگی در بیماری شود.

ملاحظات اخلاقی: در این پژوهش چند مورد ملاحظات اخلاقی مدنظر قرار گرفت: ۱) از والدین دانش‌آموزان شرکت کننده در طرح پژوهشی، رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. ۲) همچنین از خود دانش‌آموزان شرکت‌کننده نیز رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ شد. ۳) به شرکت‌کنندگان گفته شد اطلاعات به دست آمده از آنها کاملا محرمانه بوده و به جز پژوهشگر هیچ کس به آنها دسترسی نخواهد داشت. ۴) مشارکت در پژوهش اختیاری بود و در هر مرحله از پژوهش افراد می‌توانستند بنا به درخواست خود پژوهش را ترک کنند. ۵) در پایان مرحله برای رعایت اصول اخلاقی یک جلسه آموزشی برای گروه کنترل درباره فعال‌سازی رفتاری و اثرات آن در بهزیستی و انعطاف‌پذیری روانشناختی، برگزار گردید.

ابزار

بهزیستی روانشناختی

این آزمون که توسط کارول ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته شد، دارای ۸۴ سوال و ۶ عامل پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی است. (۱۱). برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه آن با سنجه‌هایی که صفات شخصیتی را می‌سنجیدند و در ضمن شاخص‌های بهزیستی روانشناختی نیز به شمار می‌روند، از مقیاس تعادل عاطفی برادبورن، مقیاس رضایت زندگی نیوگارتن، حرمت خود روزنبرگ، مقیاس روحیه لاوتون، آزمون منبع کنترل لونسون و افسردگی زونگ استفاده شد. نتایج همبستگی آزمون ریف با هر یک از مقیاس‌های فوق قابل قبول بود، و به ترتیب میزان همبستگی را (۰/۳۷) ، (۰/۶۹) ، (۰/۴۲)، (۰/۵۳)، (۰/۷۵)، (۰/۳۲) گزارش داد. بنابراین ابزار نامبرده روا محسوب شد. همچنین آلفای کرونباخ هر یک از مولفه‌ها توسط ریف محاسبه شد و این نتایج بدست آمد: پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، در زندگی (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) (۱۱). در ایران نیز بیانی و همکاران (۱۲) به منظور هنجاریابی مقیاس بهزیستی روانشناختی آن را روی یک نمونه‌ای متشکل از ۱۴۵ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی اجرا نمودند که ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های دیگر نیز در بازه‌ی ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ قرار گرفتند که از لحاظ آماری معنی‌دار بود. روایی مقیاس بهزیستی روانشناختی نیز به کمک روش روایی سازه، محاسبه گردید. همبستگی بین مقیاس بهزیستی روانشناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی و پرسش‌نامه عزت نفس به ترتیب ۰/۴۸ ، ۰/۵۸ و ۰/۱۷ بدست آمد که به لحاظ آماری معنی‌دار گزارش شد.

انعطاف پذیری روانشناختی

این پرسشنامه به وسیله بوند[۷] و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده است و سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روانشناختی برمی‌گردد. و مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری روانشناختی را که شامل پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه هستند را در بر می‌گیرد. مشخصات روان‌سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه‌ی رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا۰/۸۴(۰/۷۸–۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد (۱۳).

در مطالعه‌ای که توسط ایمانی در سال ۹۴ صورت گرفت، روایی و پایایی آزمون فوق مورد بررسی قرار گرفت. شرکت‌کنندگان پژوهش۳۵۴ دانشجوی رشته‌های مختلف (۱۳۰ پسر، ۲۲۴ دختر) دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. به منظور بررسی روایی همگرا و واگرای پرسش‌نامه، از پرسش نامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ)

۷. Bond

و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لاویبوند و لویبوند (DASS) استفاده شد. همچنین ساختار عاملی پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی مورد واکاوی قرار گرفت. برای تعیین پایایی از فرمول آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی، استفاده شد. نتایج همبستگی پرسشنامه پذیرش و عمل و پرسشنامه سلامت عمومی (۰/۳۶) و مقیاس افسردگی (۰/۵۷)، اضطراب (۰/۵۵) و استرس (۰/۵۱)، روایی همگرا و واگرای پرسشنامه را تایید نمود. همچنین، نتایج تحلیل عاملی نشان دادند که پرسش‌نامه پذیرش و عمل ابزاری تک عاملی است. ضریب پایایی آلفای کرونباخ (۰/۸۶) و ضریب پایایی بازآزمون پرسشنامه (۰/۷۱)، بیانگر آن بود که می‌توان از آن به عنوان ابزاری پایا استفاده نمود (۱۴).

پروتکل آموزشی فعال سازی رفتاری

پروتکل فعال‌سازی رفتاری در این پژوهش، آموزشی است که در ۱۰ جلسه و هر جلسه ۱ ساعت، طبق بسته آموزشی کانتر، بوش و راش[۸] در سال ۲۰۰۹ منتشر (۱۵) و در پژوهش حاضر انتخاب و اجرا گردید.

جدول ۱ – خلاصه شرح جلسات فعال سازی رفتاری

جلسه اول	معرفی شرکت کنندگان،معرفی دوره آموزشی و قوانین آن،تشریح بهزیستی و انعطاف پذیری روانشناختی و نقش آن در زندگی افراد. معرفی فرم بازبینی روزانه (فرم شماره ۱) (بازبینی فعالیت ها بر اساس لذت و تسلط)/هدف: آشنایی و ایجاد اتحاد درمانی،اهمیت سلامت روان و بهزیستی و انعطاف پذیری روانشناختی در زندگی و چگونگی دستیابی به آن.
جلسه دوم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه (فرم۱)، رفع اشکال در مورد تکلیف گذشته، توضیح در مورد فعالیت‌های اجتنابی و انواع اهمال کاری‌ها،انتخاب دو فعالیت لذت بخش و دو فعالیت تسلط بخش و تعهد در مورد انجام آنها تا هفته آینده. هدف: نگاه جامع تر نسبت به فعالیت های روزانه و انواع اجتناب‌ها با بررسی بازبینی فعالیت و تعهد در مورد انجام حداقل چند فعالیت کوچک و ایجاد رضایت از خود.
جلسه سوم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه (فرم۱) ، نظر سنجی در مورد انجام فعالیت های متعهد شده. اجرای سیاهه حوزه های زندگی ، ارزش ها و فعالیت ها (فرم۲) بررسی و اولویت‌بندی ارزش ها در زندگی و انجام دو فعالیت ارزشمند در طی هفته آتی. هدف: یافتن یک زندگی ارزشمند و اولویت‌بندی ارزش ها در زندگی.
جلسه چهارم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه (فرم۱)،ادامه بررسی سیاهه حوزه های زندگی، ارزش ها و فعالیت ها (فرم۲) ،انتخاب دو نوع فعالیت در راستای هر یک از ارزش ها. (بصورت عملیاتی، دقیق، و ملموس). هدف: اجرایی و عملیاتی نمودن هر یک از ارزش ها در زندگی و ایجاد چهارچوب و نظام منسجم در حوزه فعالیت ها بر اساس ارزشها.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه (فرم۱) ادامه بررسی ارزش ها و فعالیت‌ها در زندگی (فرم ۲)، انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها (فرم۳). در فرم شماره ۳ همه فعالیت‌ها از آسان ترین تا دشوار ترین به ترتیب اولویت نوشته می شود.هدف: ایجاد نظم و ترتیب فعالیت ها از سهل تا دشوار، جهت بررسی و اجرایی تر نمودن آن و ارائه راهکار لازم و مقتضی برای آن.
جلسه ششم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه (فرم۱) و پیشگیری از اهمال کاری ، رفع تکلیف و استفاده از روش های حل مسئله و تقویت ادامه مسیر، انتخاب سه تا چهار فعالیت ارزشمند آسان (براساس فرم ۳)در طول هفته./ هدف : قرار گرفتن زندگی در مسیر ارزشها و افزایش حس بهزیستی در افراد.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه(فرم۱)، ارائه راهکار لازم برای فعالیت هایی که به سرانجام نرسیده است، از طریق سنجش کارکردی و ارائه تکنیک‌های لازم(کنترل محرک، مهارت آموزی،مدیریت همایندی،ذهن آگاهی) انتخاب چند فعالیت ارزشمند براساس سطح دشواری. هدف : تداوم در انجام فعالیت های ارزشمند جهت رسیدن به ثبات.
جلسه هشتم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه(فرم۱)، سنجش کارکردی و ارائه تکنیک های لازم جهت راه اندازی مجدد فعالیت ها.تدوین فرم قراردادها (فرم۴) تعیین فرد یا افرادی جهت قرارداد برای یاری رسانی در حسن انجام فعالیت ها. هدف: ایجاد استحکام در انجام فعالیت های تعیین شده.
جلسه نهم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه(فرم۱)، مرور و بازنگری فرم ۳، برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده، نگارش قرار داد جدید برای فعالیت جدید(فرم۴)، آمادگی برای خاتمه. تعیین فعالیت جدید با سطح دشواری بیشتر و تعیین قرار داد جدید (فرم۴) جهت همکاری و اجرایی شدن فعالیت. هدف: تدوین فعالیت های پیش رونده و ایجاد استحکام در انجام فعالیت های تعیین شده.
جلسه دهم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه(فرم۱)، پرس و جو و مباحثه در مورد کارگاه آموزشی طی شده و تغییرات ایجاد شده و... چگونگی پایبندی و ادامه روند با نگارش قرار داد فرم ۴ جهت ادامه فعالیت ها.تعیین فعالیت جدید با سطح دشواری بیشتر و تعیین قرار داد جدید (فرم۴)جهت همکاری و اجرایی شدن فعالیت. ارائه برگه راهنمایی تحت عنوان راهنمای فعال ماندن. هدف: تدوین فعالیت های پیش رونده و ایجاد استحکام در انجام فعالیت های تعیین شده و پیشگیری از بازگشت به شرایط قبل.

۸. Kanter,Busch & Rusch

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار برای پیش‌آزمون، پس‌آزمون نمرات بهزیستی و انعطاف‌پذیری روانشناختی مربوط به آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ نشان داده شده است.

بطور کلی، نتایج نشانگر آن است که در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل متغیرهای نمرات بهزیستی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته است.

در آمار استنباطی جهت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری، مفروضه‌های نرمال بودن نمرات، همگنی واریانس‌ها و شیب خط رگرسیون بررسی شد.

برای بررسی نرمال بودن نمرات بهزیستی و انعطاف‌پذیری روانشناختی از آزمون کولموگروف – اسمیرنوف استفاده شد که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

مشخصه z آزمون کولموگروف – اسمیرنوف مربوط به نرمال بودن دو گروه آزمایش و کنترل، نمرات بهزیستی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نشان می‌دهد که توزیع نمره‌ها نرمال است و مفروضه نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است. برای همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که در جدول۴ ارائه گردید.

نتایج نشان داد که واریانس‌ها برای نمرات بهزیستی و انعطاف پذیری روانشناختی یکسان است ($P > ۰/۰۵$) است، بدین معنا که مفروضه واریانس‌های مشابه در دو گروه آزمایش و کنترل رعایت شده است.

به جهت بررسی خطی بودن اثر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، شیب خط رگرسیون نیز در متغیرها بررسی گردید.

با توجه به نمرات بدست آمده در جدول ۵ و ۶ ، نتایج نشان داد که مفروضه یکسانی شیب رگرسیون‌ها برقرار است. با توجه به برقراری پیش فرض‌های آزمون کوواریانس، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، جهت تعیین اثربخشی متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته اجرا شد و در جدول ۷ بیان گردید.

جدول-۲ : میانگین وانحراف معیار نمرات بهزیستی و انعطاف پذیری روانشناختی (n=۳۰)

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش (n=۱۵)	بهزیستی روانشناختی	۳۱۳	۷۷/۷	۳۳۸/۱۳	۷۳/۴۸
	انعطاف پذیری روانشناختی	۳۲/۴	۹/۱۷	۲۶/۲۶	۸/۲۶
کنترل (n=۱۵)	بهزیستی روانشناختی	۳۰۱/۳۳	۷۰/۷۲	۲۹۸/۶	۶۸/۲۲
	انعطاف پذیری روانشناختی	۳۶	۸/۹	۳۳/۵۳	۶/۹

جدول -۳: آزمون کالموگروف – اسمیرنوف برای نمرات بهزیستی و انعطاف پذیری روانشناختی

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		Z	P-value	Z	P-value
آزمایش (n=۱۵)	بهزیستی روانشناختی	۰/۱۱۴	۰/۲۰۰	۰/۱۰۳	۰/۲۰۰
	انعطاف پذیری روانشناختی	۰/۱۵۱	۰/۲۰۰	۰/۱۶۲	۰/۲۰۰
کنترل (n=۱۵)	بهزیستی روانشناختی	۰/۰۹۳	۰/۲۰۰	۰/۱۴۴	۰/۲۰۰
	انعطاف پذیری روانشناختی	۰/۱۲۲	۰/۲۰۰	۰/۱۵۷	۰/۲۰۰

جدول-۴: آزمون لوین برای نمرات بهزیستی و انعطاف پذیری روانشناختی

مقیاس	df1	df2	F	P-value
بهزیستی روانشناختی	۱	۲۸	۳/۵۷۱	۰/۰۶۹
انعطاف پذیری روانشناختی	۱	۲۸	۰/۲۰۷	۰/۶۵۳

جدول-۵ :آزمون یکسانی شیب رگرسیون درآزمون بهزیستی روانشناختی

	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P-value
یکسانی شیب رگرسیون	۱	۸۳۹/۸۵۶	۰/۸۱۷	۰/۳۷۴
خطا	۲۶	۱۰۲۷/۵۶۱		

جدول–۶: آزمون یکسانی شیب رگرسیون درآزمون انعطاف پذیری روانشناختی

	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P-value
یکسانی شیب رگرسیون	۱	۷/۹	۱/۳۲۲	۰/۲۶۱
خطا	۲۶	۵/۹۷۷		

جدول –۷: مقایسه پس‌آزمون بهزیستی و انعطاف پذیری روانشناختی در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منابع تغییرات		درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P-value	اندازه اثر
گروه	بهزیستی روانشناختی	۱	۵۵۷۱	۵/۸۸۸	۰/۰۲۲	۰/۱۸۵
	انعطاف پذیری روانشناختی	۱	۱۳۷/۴۷۴	۲۱/۹۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۸

جدول ۷ نشان می‌دهد که نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون بهزیستی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون پس از آموزش فعال‌سازی رفتاری به آزمودنی‌هایی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به گروه کنترل، افزایش معناداری داشته است. به عبارت دیگر پس از کنترل نمرات پیش آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش با میانگین(۳۳۲/۲۹) و کنترل(۳۰۴/۴۳) وجود داشت. بدین معنا که آموزش فعال‌سازی رفتاری با اندازه اثر ۰/۱۸۵ موجب افزایش بهزیستی روانشناختی در دختران دانش آموز شد. به عبارت دیگر پس از کنترل نمرات پیش آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش با میانگین(۲۷/۷) و کنترل(۳۲/۰۸) وجود داشت. بدین معنا که آموزش فعال سازی رفتاری با اندازه اثر ۰/۴۵۸ موجب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در دختران دانش آموز شد. لازم به ذکر است که آموزش فعال سازی رفتاری بر انعطاف پذیری روانشناختی اثر بیشتری داشته است.

بحث

مطالعه نشان داد، آموزش فعال‌سازی رفتاری بر بهزیستی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی دانش‌آموزان دختر مورد مطالعه مؤثر بوده است. در بحث یافته‌های همسو و غیر همسو با پژوهش فوق، از آنجا که رویکرد فعال‌سازی رفتاری، غالبا جهت بهبود بیماران مبتلا به افسردگی به کار برده شده است، تحقیقاتی که صراحتا اثربخشی فعال‌سازی را بر بهزیستی و انعطاف‌پذیری روانی گزارش دهد، یافت نشد. اما از آنجا که بهبود افسردگی، مستقیما بر بهبود سلامت روان و افزایش بهزیستی روانشناختی، (۱۶) و همچنین بهبود افسردگی، اثر قابل توجهی بر افزایش حالات خلقی و کاهش نشخوار فکری و همچنین کاهش اجتناب شناختی–رفتاری می‌شود (۱۷ و ۱۶)، می‌تواند در بهبود و افزایش انعطاف‌پذیری روانی نیز مؤثر باشد. لذا پژوهش‌هایی که اثر مستقیمی بر کاهش افسردگی داشته‌اند، به عنوان تحقیقات همسو و پژوهش‌هایی که بر میزان کاهش افسردگی اثر معکوس داشته اند، به عنوان تحقیقات ناهمسو در نظر گرفته شدند. یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌های پاس و همکاران که در پژوهشی به بررسی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت بر روی نوجوانان افسرده پرداخته بود (۱۸) و بلین و همکاران که به بررسی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی و درمان مواجه‌سازی در نوجوانان ۱۲–۱۴ساله مبتلا به افسردگی و اضطراب پرداخته بود(۱۹) و همچنین ریشل و همکاران که در یک مطالعه آزمایشی درمان فعال‌سازی رفتاری را برای نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به کار بردند (۲۰)، همسو بود. از طرفی مطالعه انجام شده با مطالعه ابهر زنجانی که به بررسی اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر علائم شناختی هیجانی و اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته بود (۲۱) و عیسی‌نژاد که در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب زنان پرداخته بود (۲۲) و ولیان در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری در کاهش علائم افسردگی اجتناب شناختی رفتاری دانشجویان پرداخته بود(۲۳) و آریانا کیا و همکاران در پژوهشی به اثربخشی درمان ترکیبی فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشخوار فکری پرداخته بود(۲۴)، همسو می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه بیگدلی و رحیمیان که در مطالعه خود نشان دادند که درمان فعال سازی رفتاری گروهی باعث کاهش معنی‌دار علائم افسردگی در گروه‌های آزمایشی نشده است(۲۵)، ناهمسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، فعال‌سازی رفتاری بر این فرض استوار است که مشکلات موجود در زندگی ِ افرادِ آسیب‌پذیر ، توان دریافت تقویت‌های مثبت محیطی را از آنان می‌گیرد و این امر به نوبه خود موجب بروز علائم و رفتارهایی در این افراد می‌شود که موجب اختلال در خلق، هیجان و عملکردهایشان می‌شود. (۹). فعال‌سازی رفتاری فرض را بر این می‌گذارد که به افراد کمک کند تا خود را آنقدر درگیر رفتارهای متفاوت کنند تا نهایتا احساس لذت و مفید بودن نمایند، یا اینکه به طریقی موقعیت‌های زندگی شان را بهبود بخشند تا پاداش‌های بیشتری نصیبشان شود. این امر موجب تقویت چندین ویژگی در افراد از جمله افزایش خودمختاری، توانایی مدیریت امور زندگی، توانایی پذیرفتن نقاط ضعف و قوت خود و ارتقاء رشد شخصی،

و تقویت یک زندگی هدفمند در جهت ارزش‌ها می‌شود، مؤلفه‌هایی که از منظر ریف(۱۹۹۸)، چنانچه در فردی موجود باشد، در نهایت فرد را در جهت ایجاد یک زندگی سلامت، همراه با بهزیستی روانشناختی سوق می‌دهد. فعال‌سازی رفتاری با برنامه‌ریزی هدفمند و پایش فعالیت‌ها و ارائه فعالیت‌های جدید به عنوان جایگزینی برای فعالیت‌های اجتنابی، آنهم توسط خود مراجع، موجب رشد و تعالی ویژگی‌هایی در افراد می‌شود که رابطه مستقیمی با بهزیستی و انعطاف‌پذیری روانشناختی دارد، و آن عبارتست از پذیرش خود به عنوان فردی که "می تواند" 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 روند درمانی و در صورت لزوم بدان پرداخته می‌شود، تکنیک افزایش مهارت‌های اجتماعی و «برقراری ارتباط مؤثر با دیگران» است که موجب افزایش جرأت‌مندی و توانمندی در برقراری ارتباط با دیگران می‌شود. ویژگی‌هایی که ریف از آن به عنوان بهزیستی روانشناختی یاد می‌کند. از سوی دیگر فعال‌سازی رفتاری موج سوم با اثر بخشی که بر روی افکار نشخوار شده و فعالیت‌های اجتنابی دارد، به افراد در بهبود حالات خلقی و روابط بین فردی کمک بسیاری می‌کند. فعالیت‌های اجتنابی که مادام بر آمیختگی شناختی فرد دامن می‌زنند و مانع حضور او در زمان حال می‌شوند و چنانچه ادامه این روند بر بهبود حال فرد اثر قابل توجهی نداشته باشد، اِعمال تمرینات ذهن آگاهی و مهارت‌آموزی گام‌های مؤثر دیگری است که فعال‌سازی رفتاری در جلسات هفتم و هشتم بر آن تأکید می‌کند، تمریناتی که نقش مؤثری بر افزایش انعطاف‌پذیری روانی ایفا می‌کنند. همچنین فعال سازی رفتاری در جلسات سوم، چهارم و پنجم بر نقش ارزش‌ها در زندگی تأکید می‌کند و تمرین هایی را جهت کشف ارزش‌های فردی در دانش‌آموزان به اجرا در می‌آورد که موجب تعیین مسیر و تعریف هدف مشخص در زندگی و تعریف قالب‌های رفتاری مشخص در جهت اهداف و ارزش‌ها می‌گردد و تأثیر مستقیمی بر افزایش انعطاف‌پذیری دانش‌آموزان ایجاد می‌کند و در این راه نتایج معنادار و چشمگیری نیز دریافت کرده است.

در پایان لازم به ذکر است که از وجوه تمایز این پژوهش با تحقیقاتی که در زمینه فعال‌سازی رفتاری تاکنون صورت گرفته، می‌توان به این موضوع اشاره نمود که فعال‌سازی رفتاری تاکنون به عنوان رویکردی درمانی، جهت بهبود افسردگی در بیماران استفاده شده است، اما در این پژوهش، رویکرد حاضر به عنوان یک روش مداخله‌ای پیشگیرانه جهت ارتقاء سلامت روان و افزایش بهزیستی و انعطاف‌پذیری روانی در افراد سالم در نظر گرفته شده است.

محدودیت‌ها

از آنجا که انتخاب نمونه به صورت در دسترس انجام گرفته بود بنابراین در تعمیم پذیری یافته‌ها برای جمعیت‌های بزرگتر باید احتیاط نمود. همچنین پژوهش حاضر، صرفا بر روی نمونه‌ای ۳۰ نفره، از جمعیت دختران صورت گرفته بود، و برای تعمیم به جمعیت‌ها و جنسیت‌های دیگر نیز، احتیاط ضرورت می‌نماید.

پیشنهادات

فعال‌سازی رفتاری تاکنون به عنوان رویکردی درمانی، جهت بهبود افسردگی در بیماران استفاده شده است، پیشنهاد می‌شود از فعال‌سازی رفتاری به عنوان یک روش مداخله‌ای پیشگیرانه، جهت ارتقاء سلامت روان و افزایش بهزیستی و انعطاف‌پذیری روانی، در افراد سالم استفاده گردد.

مراجع

1. Khabaz M. Neglect of student mental health 1393 ;3979: 18 .(Persian).

2. Ashkani F, Heydary H. Effects of emotional adjustment on psychological welfare and attributional styles of students with learning disabilities in primary school. 2014;1(4):6-22.

3. Boehm JK, Kubzansky LD. The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. Psychological bulletin. 2012;138(4):655.

4. Hauser RM, Springer KW, Pudrovska T. Temporal structures of psychological well-being: continuity or change. InMeetings of the Gerontological Society of America, Orlando, Florida 2005 Nov 14.

5. Ryff CD, Singer B. The contours of positive human health. Psychological inquiry. 1998;9(1):1-28.

6. Hayes SC, Strosahl KD, editors. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer Science & Business Media; 2004.

7. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. Cognitive therapy and research. 2010;34(3):241-53.

8. Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. Psychol Health Med. 2010;15(3):266-77.

9. Phillips EL. Resilience, mental flexibility and cortisol response to the Montreal Imaging Stress Task in unemployed men (Dissertation). 2012; Michigan: The University of Michigan.

10. Hopko DR, Lejuez CW, Ruggiero KJ, Eifert GH. Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. Clin Psychol Rev. 2003;23(5):699-717.

11. Michaeli Manee F, The Study of Ryff Psychological Well-being Scale Factorial Structure between Urmia University Students. Journal Of Psychology (Tabriz University). 2010; 5(18): 143-65.

12. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2008 Aug 15;14(2):146-51.

13. Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. J Appl Psychol. 2003;88(6):1057-67.

14. Imani M. Investigating the Factor Structure of Psychological Flexibility Questionnaire in Students.1395; 2(70):162-181.

15. Busch AM, Rusch LC, Kanter JW. Behavioral activation: Distinctive features. Routledge; 2009;84-106

16. Eifert GH, Forsyth JP. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change. New Harbinger Publications; 2005 Aug 1.

17. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. Guilford press; 2011 Oct 26.

18. Pass L, Lejuez CW, Reynolds S. Brief behavioural activation (Brief BA) for adolescent depression: A pilot study. Behavioural and cognitive psychotherapy. 2018;46(2):182-94.

19. Belin D, Belin-Rauscent A, Murray JE, Everitt BJ. Addiction: failure of control over maladaptive incentive habits. Curr Opin Neurobiol. 2013;23(4):564-72.

20. Ritschel LA, Ramirez CL, Jones M, Craighead WE. Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. Cognitive and Behavioral Practice. 2011;18(2):281-99.

21. Abhar Zanjani F, Tozandeh Jani H, Amiri M. The effectiveness of group behavioral activation therapy on cognitive and emotional symptoms in social anxiety disorder. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2018; 20(4): 294-301.

22. Eisanezhad Boshehri S, DashtBozorgi Z. Effectiveness of Behavioral Activation Treatment on Marital Intimacy and Sexual Satisfaction of Women During Premenopause. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2018;6(1):63-71.

23. Valiyan Am, Sodani M, Shiralinia K, Khojasteh M. The effectiveness of behavioral activation therapy in reduction of depression symptoms, cognitive-behavioral avoidance and quality of life in students. Contemporary Psychology. 2017; 12(1): 73 -84.

24. Ariana-Kia AR, Moradi MH, Hatami M. The Effectiveness of Combined of Brief Behavioral Activation Therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder. Journal of Clinical Psychology. 2014;6(1):29-15.

25. Bigdeli I, Rahimian E. The Effectiveness of Group Contracting and Behavioral Activation Therapy on Depression, Anxiety and Marital Stress in Patients with Coronary Heart Disease. Journal of Clinical Psycology. 2011;2(4):19-27.