مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی در دانشجویان دختر خوابگاهی

زهره قدرتی اصفهانی، اعظم مرادی*

چکیده

مقدمه: تحقیقات متعدد نشان داده است که شیوع افسردگی در دانشجویان ایران بالا است و بنابراین باید با استفاده از روش‌های مختلف برای کاهش آن تلاش کرد. این پژوهش با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی دانشجویان دختر خوابگاه‌های دانشگاه اصفهان انجامشد

روش‌ها: طرح این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. برای اندازه‌گیری افسردگی از مقیاس افسردگی بک استفاده شد. جامعه آماری شامل دانشجویان دختر خوابگاه‌های دانشگاه اصفهان در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۸-۹۷ بود. حجم نمونه ۴۵ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. ابتدا پیش‌آزمون اجرا شد. سپس آنها به طور تصادفی به سه گروه آزمایشی ۱ و ۲ و گواه تقسیم شدند، سپس دو گروه آزمایشی به ترتیب تحت درمان فعال‌سازی رفتاری و آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی قرارگرفتند، اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات مداخله، برای هر سه گروه پس‌آزمون اجرا شد. دادها با روش تحلیل کواریانس تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان‌دهنده معنادار بودن تفاوت نمرات پس‌آزمون افسردگی مجموع گروه‌ها بود (f=۷۳/۷ , p=۰/۰۰۲). مقایسه زوجی نشان داد که نمرات افسردگی هر دو گروه مداخله آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی (۷/۴۶±۲/۲۸) و درمان فعال‌سازی رفتاری (۷/۸۲±۲/۲۷) در مقایسه با گروه گواه (۱۵/۵۰±۲/۳۸) کاهش معنادار یافته است (به ترتیب p=۰/۰۰۲,- ۷/۷۸ و ۸/۱۴ - ,p=۰/۰۰۲) اما دو گروه آزمایشی از نظر نمرات افسردگی با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند.

نتیجه‌گیری: هر دو نوع مداخله آموزش سرمایه‌های روان شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش افسردگی شد. بنابراین می‌توان از هر دو نوع مداخله برای کاهش افسردگی دانشجویان خوابگاهی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی، درمان فعال‌سازی رفتاری، دانشجویان دختر

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ آبان ۱۳۹۹؛ ۲۰(۳۰): ۲۶۰ تا ۲۶۸

مقدمه

ورود به دانشگاه می‌تواند فشار روانی قابل توجهی بر دانشجویان وارد کند. این فشار روانی بی‌تردید پیامدهایی نظیر نوعی احساس ترس و ناامنی نسبت به آینده، اختلالات انطباقی، رفتاری و اخلاقی و افسردگی را در پی‌خواهد داشت(۱). افسردگی، گروه وسیعی از اختلالات خلقی با زیرشاخه‌های متعدد را شامل می‌شود(۲) که با احساس غم، عدم لذت و دلسردی همراه است(۳). افسردگی از جمله شایع‌ترین اختلالات روانی است که

* **نویسنده مسؤول:** دکتر اعظم مرادی (استادیار)، بخش علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. ammoradi@pnu.ac.ir

زهره قدرتی اصفهانی، دانش آموخته کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه پیام نور، اصفهان، ایران. (ghodrati.isfahani.1355@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۱۲/۲۸، تاریخ اصلاحیه: ۹۵۹۹/۱۱، تاریخ پذیرش: ۹۹/۵/۲۲

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-26]

هزینه زیادی را به سیستم بهداشتی درمانی می‌افزاید(۴و۵). در ایران نیز تحقیقات متعدد نشان داده است که این اختلال در دانشجویان دارای شیوع بسیار بالایی است(۶و۷) و شیوع افسردگی در زنان دو برابر بیش از مردان است(۸).

فعال‌سازی رفتاری (Behavioral Activation Therapy BAT,)، از جمله درمان‌های جدید افسردگی است که تحولی نو در عرصه روان درمانگری به وجود آورده است(۹) و از مزیت‌های آن مقرون به صرفه بودن درمان است(۱۰). درمان فعال‌سازی رفتاری بر غنی‌سازی انگیزشی در راستای کاوش تقویت‌های مثبت بنا شده است(۱۱). این شیوهٔ درمانی از جمله روش‌های درمانی موج سوم روان درمانی می‌باشد(۱۲). در این روش، بیمار یاد می‌گیرد که الگوی مقابله‌ای و سازگار را جایگزین اجتناب کند؛ بدین صورت که در تقابل با شرایط محیطی آزارنده و یأس‌آور با رفتار فعالانه واکنش نشان دهد(۱۳). این شیوه درمانی علل اختلال‌هایی از جمله افسردگی را برون فردی و نه درون فرد می‌داند(۱۴). تحقیقات، اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر پایین آمدن میزان افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهد(۱۵و۱۶).

از طرف دیگر به نظر می‌رسد آموزش سرمایه‌های روان شناختی نیز بر کاهش افسردگی اثرگذار باشد. سرمایه‌های روان‌شناختی عبارتند از باور فرد به توانایی‌هایش جهت رسیدن به موفقیت در راستای انجام وظایف مشخص، به وجود آوردن اسنادهای پیروزی در خصوص موفقیت‌هایش، پشتکار داشتن در رسیدن به اهداف با پیگیری‌های لازم تا رسیدن به موفقیت و تحمل مشکلات و در نهایت بازگشت به سطح عملکرد نرمال و ارتقای آن در دستیابی به موفقیت(۱۷). آموزش سرمایه‌های روان شناختی مبتنی بر مدل لوتانژ است که به منظور ارتقای سرمایه روان‌شناختی با تمرکز بر مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی یعنی امید، خوش بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری تهیه شده است(۱۸). خوش بینی منبع اثرگذار برای مقابله با سختی‌ها است و بین خوش‌بینی، امید، افسردگی و اضطراب ارتباط معکوس و معناداری وجود دارد(۱۹). افراد با خودکارآمدی بالا نیز اهداف شخصی بالاتری را برای خود انتخاب می‌کنند و به دلیل اطمینان به توانایی کنترل و مدیریت موقعیت‌های تهدیدآمیز احتمال ابتلا به افسردگی و تنیدگی در آنها کم‌تر است(۲۰) همچنین همبستگی تاب‌آوری با مشکلات هیجانی از جمله افسردگی، اضطراب و فشار روانی معنادار و منفی است(۲۱). نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه مثبت بین بهبود افسردگی با تمام چهار جزء سرمایه‌های روان شناختی یعنی امید، خوش بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری است(۱۹و۲۲).

در مورد مقایسه اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری با آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی نه تنها بر افسردگی بلکه روی سایر متغیرهای روان‌شناختی تحقیق منتشر شده‌ای در داخل و خارج از کشور یافت نشد. مقایسه اثربخشی فعال‌سازی رفتاری که از ابتدا برای درمان افسردگی ابداع و به کار گرفته شده و از جمله آموزش‌های مبتنی بر درمان اختلالات روانی است با آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی که از آموزش‌های مبتنی بر روانشناسی مثبت است بر افسردگی، می‌تواند مفید باشد. بر این اساس هدف این پژوهش بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی دانشجویان دختر خوابگاه‌های دانشگاه اصفهان بود.

روش‌ها

طرح پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل دانشجویان دختر خوابگاه‌های دانشگاه اصفهان در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدف‌مند استفاده شده است؛ ابتدا روی ۴۵ داوطلب شرکت در تحقیق، پیش‌آزمون با کاربرد پرسشنامه افسردگی بک اجرا شد. سپس آنها با روش تصادفی ساده به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند و به طور تصادفی به عنوان آزمایشی ۱ و ۲ و گواه در نظر گرفته شدند. طبق ماتریس همبستگی محاسبه شده در تحلیل کواریانس، مقاطع تحصیلی و وضعیت تأهل با

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-26]

متغیر افسردگی رابطه معنادار نداشت، بنابراین کنترل تأثیر آنها ضرورتی نداشت.

پس از اخذ مجوز و کد اخلاق به شناسه IR.PNU.REC.1398.052، طی پنج هفته یک گروه،۱۰جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و گروه دوم ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان فعال‌سازی رفتاری توسط پژوهشگر قرار گرفتند و گروه سوم یعنی گروه کنترل تا پایان آموزش‌های دو گروه آزمایشی هیچ آموزشی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخلات برای هر سه گروه پس‌آزمون با پرسشنامه افسردگی بک اجرا شد. در هر دوگروه آموزش‌ها توسط پژوهشگر و به صورت تعریف مفاهیم، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و تکالیف جلسه و خانگی انجام شد.

محتوای کلی جلسات فعال‌سازی رفتاری عبارت بودند از: توضیح مفهوم افسردگی، حالت‌های انفعال و اجتناب و راه‌های خلاصی از آنها، تبیین راه‌های کشف رفتارهای ایجاد کننده احساسات نامطلوب و پیشنهاد رفتارهای جایگزین متعدد، آموزش تکمیل جداول و تمرین مولفه‌های مختلف فعال‌سازی رفتاری، آموزش طرح برنامه درمان هفتگی جهت خودیاری و آموزش طرح پس از درمان برای مدیریت خلق.

محتوای کلی جلسات آموزشی سرمایه‌های روان‌شناختی عبارت بودند از: تعریف خوش‌بینی، خودکارآمدی، تاب‌آوری و امید و توصیف افراد دارای این ویژگی‌ها و تمرین‌های عملی مثل توجه به توانایی‌ها، یادآوری موفقیت‌های پیشین، خودگویی‌های مثبت، آموزش تبدیل تهدید به فرصت، هدف‌گذاری، کاربرد اسنادهای مثبت درونی، راهبردهای مسأله محور، تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی، تقویت جانشینی و تحلیل پیامدهای مثبت وقایع ناخوشایند.

ملاحظات اخلاقی شامل اخذ مجوزهای اخلاقی لازم، رعایت حق انصراف از شرکت در تحقیق، محرمانه ماندن اطلاعات و امکان شرکت در جلسات آموزشی برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش بود.

برای اندازه‌گیری افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک(BDI)(۱۹۶۱) استفاده شد(۴). این پرسشنامه ۲۱ سؤال چهار گزینه‌ای دارد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف چهار درجه‌ای خیلی مخالفم، مخالفم، موافقم، خیلی موافقم از ۰ تا ۴ انجام می‌شود. در این پرسشنامه نمره پایین‌تر نشانه ی افسردگی کم‌تر است و برعکس. پایایی و روایی این پرسشنامه قبلاً بررسی و تأیید شده است (۴و۲۳و۲۴) پایایی پرسشنامه افسردگی بک در ایران توسط تمنایی‌فر و همکاران(۲۵) با آزمون آلفای کرونباخ ۰/ ۹۱ محاسبه شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی و آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس که پیش‌فرض‌های آماری آن برقرار بود، استفاده شد.داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-23 (IBM,Armonk,NY, USA) تحلیل شد.

نتایج

از ۴۵ نفر شرکت‌کننده در این پژوهش در نهایت ۳۸ نفر باقی ماندند و۷ نفر به دلیل نزدیک بودن امتحانات پایان ترم از پژوهش خارج شدند (از گروه شاهد ۱نفر، از گروه آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی ۳نفر و از گروه درمان فعال‌سازی رفتاری ۳نفر). میانگین سن برای افراد گروه آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی (۳/۲۹±) ۲۲/۲۳، برای افراد گروه درمان فعال‌سازی رفتاری (۱/۵۸±)۲۰/۷۶ و برای افراد گروه گواه (۲/۶۷±)۲۲ بود. میزان تحصیلات افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۳۵ نفر (۹۲/۱٪) مقطع کارشناسی و ۳ نفر (۷/۹٪) مقطع کارشناسی ارشد بودند. بررسی وضعیت تأهل نشان داد ۳۵ نفر(۹۲/۱٪) دانشجویان مجرد و ۳نفر و ۷/۹٪ متأهل بودند.

جدول۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات مقیاس‌های افسردگی گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آموزش سرمایه روان‌شناختی	۱۸/۶۹±۹/۶۹	۸/۳۸±۶/۳۴
درمان فعال‌سازی رفتاری	۱۷/۳۸±۱۱/۴۵	۸/۰۷±۶/۹۶
گروه کنترل	۱۴/۰۸±۸/۷۴	۱۴/۳۳±۸/۱۲

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی گروه‌ها را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همچنین این جدول نشان می‌دهد که نمرات افسردگی در هر دو گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته، در حالی که

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-26]

در گروه کنترل نمرات افسردگی تقریباً ثابت بوده است.
نتایج تحلیل کواریانس در مورد تأثیر عضویت گروهی و متغیرهای هم‌پراش بر افسردگی در مرحله پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: نتایج کواریانس تأثیر گروه‌ها بر افسردگی با کنترل متغیر نمرات پیش‌آزمونها در مرحله پس‌آزمون

منابع تغییر		مجموع مجذورات	D	میانگین مجذورات	F	P	میزان تأثیر	توان آماری
متغیرهای همپراش	پیش‌آزمون افسردگی	۵۱۲/۵۵۲	۱	۵۱۲/۵۵۲	۱۶/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۷
متغیر مستقل	عضویت گروهی	۴۹۰/۰۹	۲	۲۴۵/۰۵	۷/۷۳	۰/۰۰۲	۰/۳۲	۰/۹۳

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات پس‌آزمون افسردگی مجموع گروه‌ها، معنادار است(P=۰/۰۰۲)؛ نتایج این جدول همچنین نشان می‌دهد که ۳۲٪ تفاوت‌ها در نمرات افسردگی مربوط به عضویت در گروه‌های مختلف پژوهش است. توان آماری برابر با ۰/۹۳ است.
مقایسه زوجی گروه‌ها (آموزش‌های گروهی با کنترل) از لحاظ افسردگی در مرحله پس‌آزمون با آزمون تعقیبی LSD در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: مقایسه زوجی گروه‌ها (آموزش‌های گروهی با کنترل) از لحاظ افسردگی در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	گروه‌های درمانی	میانگین نمرات تعدیل شده	گروه‌های درمانی	میانگین نمرات تعدیل شده	تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	p
افسردگی	آموزش سرمایه روان‌شناختی	۷/۴۶	درمان فعال‌سازی رفتاری	۷/۸۲	-۰/۳۶	۲/۲۸	۰/۸۷۴
			گروه کنترل	۱۵/۵۰	-۸/۱۴	۲/۳۸	۰/۰۰۲
	درمان فعال‌سازی رفتاری	۷/۸۲	گروه کنترل	۱۵ /۵۰	-۷/۷۸	۲/۲۷	۰/۰۰۲

جدول ۳ نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون اختلاف معناداری بین نمرات افسردگی گروه‌های آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری با گروه کنترل وجود دارد، که نشانگر تأثیر این مداخله‌ها بر بهبود افسردگی شرکت‌کنندگان بوده است؛ اما تفاوت نمرات افسردگی گروه‌های آزمایشی با یکدیگر معنادار نیست.

بحث

هدف این پژوهش بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی بود.
یافته‌های پژوهش نشان داد که در مرحله پس‌آزمون بین نمرات افسردگی هر دو گروه درمان فعال‌سازی رفتاری و آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی با گروه کنترل تفاوت وجود دارد که نشانگر تأثیر این مداخله‌ها بر بهبود افسردگی شرکت‌کنندگان بوده است؛ اما تفاوت نمرات افسردگی گروه‌های آزمایشی با یکدیگر معنادار نبود.

یافته‌های تحقیق حاضر درباره تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی با نتایج تحقیقات دابسون(Dobson) و همکاران(۲۶)، ویل(Veale)(۲۷)، سلیمانی و همکاران (۲۸) و ولیان و همکاران(۲۹) هم‌خوانی دارد.
بر اساس نظریه‌های رفتاری جدید علت اصلی اکثر اختلالات روانی به ویژه افسردگی اجتناب از انجام فعالیت‌های فردی و اجتماعی است. به علاوه یکی دیگر از علل رفتاری افسردگی به هم خوردن نظم و ترتیب در فعالیت‌های روزانه است. آنچه فعال‌سازی رفتاری را درمانی مناسب برای افسردگی کرده این است که افراد یاد می‌گیرند فعالیت‌های خود را به صورت مرتب برنامه‌ریزی کنند و خلق، فعالیت‌های روزانه، هیجان و احساس خود را درجه‌بندی کنند، افزایش تدریجی و نظام‌مند آن را درک نمایند و همین باعث کاهش افسردگی در آنها می‌گردد(۳۰).
درمان فعال‌سازی رفتاری طوری طراحی شده است تا افراد به منابع تقویت مثبت نزدیک و از افسردگی رهایی یابند.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-26]

راهبردهای متمرکز بر فعالیت در این شیوه درمانی با الگوی اجتناب، کناره‌گیری و حالت انفعالی که موجب به وجود آمدن مشکلات ثانوی و تشدید افسردگی می‌شوند، مقابله می‌کند(۳۱). آموزش مهارت‌هایی از جمله ارزیابی رفتار و خلق، انتخاب و انجام رفتارهای جایگزین، مشاهده نتایج این رفتارها در گروه و ارزیابی آنها، درک ارتباط بین رفتار، احساس، پیامدهای هیجانی و جایگزینی نظام‌مند رفتارهای کارآمد به جای رفتارهای ناکارآمد و ناسازگارانه، باعث مقابله بهتر با تنش‌ها و در نتیجه کاهش احساس درماندگی، خودسرزنش‌گری یا خودگویی‌های منفی، افسردگی و افزایش اعتماد به نفس می‌گردد(۳۲).

نتایج این تحقیق در مورد تأثیر آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر افسردگی با یافته‌های تحقیقات ریولی (Riolli) و همکاران(۳۳)، باکر (Bakker) و همکاران (۲۲) و باعزت و همکاران(۳۴) هم‌خوانی دارد.

توانمندسازی را نیز می‌توان به عنوان یک درمان غیردارویی و شیوه‌ای مؤثر و مکمل همراه با دیگر درمان‌های رایج در کاهش افسردگی برشمرد(۳۵). سرمایه روان‌شناختی به واسطه افزایش هیجان‌های مثبت موجب بهزیستی روان‌شناختی فرد می‌شود و با ارزیابی مثبت از شرایط، احتمال رسیدن به موفقیت مبتنی بر تلاش انگیزه‌محور را بالا می‌برد و می‌تواند سبب افزایش روحیه و کاهش افسردگی و بهبود عملکرد فرد گردد(۳۶). بهبود و تقویت سرمایه روان‌شناختی و به نوبه خود هر یک از مؤلفه‌های آن (امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری) می‌تواند بر کیفیت روابط فرد با دیگران تأثیر زیادی داشته باشد و موجب تحمل آسان‌تر سختی‌ها و ناملایمات زندگی برای افراد می‌شود و آنها را برای ایجاد رابطه‌های بین فردی موفق و همراه با رضایت و خشنودی کمک می‌کند(۳۷). این امر در خوابگاه‌های دانشجویی که روابط پیچیده‌ای بین افراد وجود دارد می‌تواند نمود بیش‌تری داشته باشد؛ هر چه دانشجویان از سرمایه‌های روان‌شناختی (امیدواری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری) بیش‌تری برخوردار باشند نسبت به سختی‌ها و موانع پیش رو امیدوارتر و خوش‌بینانه‌تر عمل می‌کنند و با اعتقاد بیش‌تر به توانمندی‌های خود و تحمل بیش‌تر برای طی مسیر جهت رسیدن به اهداف، تلاش می‌کنند و این ویژگی‌ها می‌تواند باعث کاهش افسردگی در آنها شود.

در تبیین عدم تفاوت اثربخشی آموزش سرمایه روان‌شناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی می‌توان گفت درست است که هدف اصلی آموزش سرمایه روان‌شناختی تقویت مؤلفه‌های روانشناسی مثبت است اما باید توجه داشت که سرمایه روان‌شناختی (با چهار مؤلفه امید، تاب‌آوری، خوشبینی و خودکارآمدی)، ظرفیت روان‌شناختی افراد را بالا می‌برد و ویژگی‌ها و مهارت‌هایی را در آنها نهادینه می‌کند که با افکار و احساسات ایجاد کننده افسردگی در تقابل هستند. امید در افراد ایجاد انگیزه کرده و آنها را برای رسیدن به موفقیت تشویق می‌نماید لذا افراد امیدوار بیش‌تر تلاش می‌کنند(۳۸). افراد با تاب‌آوری بالا با عوامل استرس‌زا مقابله کارآمد نموده و جهت حل آن با شیوه خلاقانه برنامه‌ریزی می‌کنند و با انعطاف‌پذیری به مسائل به عنوان چالش و فرصتی برای رشد و بالا بردن ظرفیت نگاه کرده و از شیوه حل مسأله استفاده می‌کنند. این‌گونه عمل کردن و امید و خوش‌بینی به آینده روحیه آنها را حفظ می‌کند لذا کم‌تر دچار افسردگی می‌شوند(۳۹). بدین ترتیب رابطه معنادار و معکوس مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی با افسردگی دور از انتظار نیست(۳۸) و می‌توان انتظار داشت در افراد با سرمایه روان‌شناختی بالا افسردگی کم‌تری به چشم بخورد.

پژوهشگر تحقیقی که تأثیر دو شیوه آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی را بررسی و مقایسه کرده باشد یافت نکرد، بنابراین می‌توان این امر را نوعی دانش‌افزایی این پژوهش درباره مداخله‌های درمانی افسردگی دانست؛ این پژوهش در خوابگاه‌های دانشجویی دخترانه دانشگاه اصفهان انجام شد و در تعمیم نتایج به پسران و دیگر گروه‌های سنی و تحصیلی و سایر اقشار جامعه باید احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزش فعال‌سازی رفتاری و آموزش سرمایه روان‌شناختی با هدف پیشگیری از افسردگی، در برنامه‌های ویژه مراکز مشاوره دانشجویی گنجانده شود.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-26]

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری و آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر افسردگی و هم وزنی تقریبی اثربخشی آنها را نشان داد بر این اساس پیشنهاد می‌شود این دونوع مداخله برای اقشار مختلف به ویژه دانشجویان خوابگاهی دختر اجرا و نتیجه آن بررسی شود.

قدردانی

از شرکت‌کنندگان در این تحقیق، و مسؤولین ذیربط که در فراهم آوردن و تسهیل مقدمات اداری و برگزاری کارگاه‌های آموزشی همکاری بی‌بدیلی داشتند سپاس‌گزاری می‌شود. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه، کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه پیام نور، تهران است.

منابع

1. Dadkhah B, Mohammadi MA, Mozaffari N, Mohammad Nejad S, Dadkhah D. [Vijegihaye Ostad Khoob Az Didgah Daneshjooyan Daneshgah OloomPezeshkiye Ardebil 2008]. Journal of health & care. 2009; 11(4): 43-49. [Persian].
2. Purafkari N, (Translator). [Summary of behavioral psychiatry- clinical psychiatry]. Kaplan & Sadok, (Author). Tehran: Ab-e Shahr Publications; 1994: 84. [Persian]
3. Smith LL, Elliott CH. Demystifying and defeating depression. 1st ed. New Jersey: Wiley; 2003.
4. Zarepoor F, Kamali M, Alagheband M, Gheisari M, Sarlak S. [Evaluation of Depression and its Relationship to Exercise in Women Over 20 Years]. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2012; 20 (1): 64-72. [Persian]
5. Office Of The Assistant Secretary For Planning And Evaluation. Physical activity fundamental to preventing disease. [cited 2020 Sep 30]. Available from: https://aspe.hhs.gov/basic-report/physical-activity-fundamental-preventing-disease
6. Salehi B, Pirhadi M.[Prevalence of depression and its affecting factors in arak university of medical sciences students in October 1997]. Arak Medical University Journal.2002; 5(4): 41-46. [Persian]
7. Amani F, Sohrabi B, Sadeghieh S, Mashoufi M. [The Prevalence of Depression among the Students of Ardabil University of Medical Sciences, 2003]. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2004; 4(1):7-11. [Persian]
8. Gholipour M. [Comparison of mental health among male and female nurses working in teaching hospitals of ilam in 2014] [dissertation]. Marvdasht: Islamic Azad University Marvdasht Branch; 2014. [Persian]
9. Mirzaei M, Fereidouni S, (Translator). [Quick behavioral activation tutorial]. Cantor J, Bush A, Rush L, (Author).). 1st ed. Tehran: The arjmand book: Tomorrow's Generation; 2009. [Persian]
10. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based Cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.1st ed. New York: Guilford Press; 2001.
11. Ly K, Janni E, Wrede J, Sedem M, Donker T,Carlbring P, et al.Experiences of a guided smartphone-based behavioral activation therapy for depression: A qualitative study. Internet Interventions.2015; 2(1): 60-8.
12. Moshier SJ, Otto MW. Behavioral activation treatment for major depression: a randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. J Affect Disord. 2017; 210: 265-8.
13. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. J Consul Clin Psychol. 2006; 74(4): 658-70.
14. Hopko D R, Ryba MM, McIndoo C, File A. Behavioral Activation. In: Nezu AM, Nezu CM (Eds.), The Oxford Handbook of Cognitive and Behavioral Therapies. New York: Oxford University Press; World Health Organization; 2016.
15. Chu BC, Crocco ST, Esseling P, Areizaga MJ, Lindner AM, Skriner LC. Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2016; 76: 65-75.
16. Polenick CA, Flora SR. Behavioral activation for depression in older adults: theoretical and practical

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-26]

considerations. Behav Anal. 2013; 36(1): 35-55.
17. Ghahreman A, Hafez Nia M, Bahrami T, Najafi M, Hosseini B. [Naghshe Sarmaye Ravanshenakhti Va Ejtemaeii Dar Pishgiri Dar voghoue Jorm]. Tehran: Sanaye Danesh; 2016:19. [Persian]
18. Akhoundi N. [The effectiveness of psychological capital intervention model (pci) on the academic and organizational procrastination]. Social Cognition. 2017; 6(1): 27-39. [Persian]
19. Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. [The Relationship Between Optimism And Hope With Depression And Anxiety In Female Breast Cancer Patients]. Iranian Journal Of Nursing Research. 2017; 12(2): 16-21. [Persian]
20. Nabavi SS, Sohrabi F, Afrooz G, Delavar A, Hosseinian S. [Relationship between self-efficacy and mental health among teachers:the role of perceived social support]. Journal of Research in Psychological Health. 2017; 11(2): 50-68.[Persian]
21. Samani S, Jokar B, Sahragrad N. [Resilience, mental health and life satisfaction]. Iranian Journal Of Psychiatry And Clinical Psychology.2007; 13(3): 290-295. [Persian]
22. Bakker DJ, Lyons ST, Conlon PD. An Exploration of the Relationship between Psychological Capital and Depression among First-Year Doctor of Veterinary Medicine Students. J Vet Med Educ. 2017; 44(1): 50-62.
23. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II; 1996. [cited 2020 Sep 30]. available from: https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Personality-%26-Biopsychosocial/Beck-Depression-Inventory-II/p/100000159.html
24. Sharp LK, Lipsky MS. Screening for depression across the lifespan. Am Fam Physician. 2002; 66(6):1001-8.
25. Tamanaei-Far S, Mohammadkhani P, Pourshahbaz A. [Relationship between Comorbidity of Cluster Personality Disorders with Major Depression Disorder and Depression Relapse]. Archives of Rehabilitation. 2008; 9(3 and 4):57-62. [Persian]
26. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop R, 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): 468–477.
27. Veale D. Behavioural activation for depression. Advances in Psychiatric Treatment. 2008; 14(1): 29–36.
28. Soleimani M, Mohammadkhani P, Dolatshahi B. [Comparison of the effect of group behavioral activation and group cognitive therapy on the reduction of anxiety symptoms and subsidence depression in 3-month follow-up]. Psychological Research. 2015; 18(2): 56-76. [Persian]
29. Valian AM, Sudani 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]. Contemporary psychology. 2017; 12(1): 73-84. [Persian]
30. Hasni J, Parhoun H, Momeni Kh. [The Effect Of Short-Term Behavioral Activation Therapy On Symptoms Of Depression, Mental Health And Quality Of Life In Opioid Abuse Patients]. Clinical Psychology Studies. 2015; 19(2): 74-83. [Persian]
31. 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.
32. Shareh H. [Effectiveness of behavioral activation group therapy on attributional styles, depression, and quality of life in women with breast cancer]. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2016; 18(4): 179-188. [Persian]
33. Riolli L, Savicki V, Richards J. Psychological Capital as a Buffer to Student Stress. Psychology.2012; 3(12A): 1202-1207.
34. Baezzat F, Mirmostafaee M, Akbari A, AbbasiAsl R. Causal model for depression based on psychological capital by mediating of hospital stress and anxiety in woman nurses. Women Health Bull. 2017; 4(4): 31-38.
35. Gol Karami S, Mobaraki H, Kamali M, Farhodi F. [The effect of empowerment programs on geriatric depression in daily rehabilitation Farzanegan center of khorramabad city]. Journal of Modern Rehabilitation. 2013; 6 (4):65-70.[Persian]
36. Shakarmi M, Davarnia R,Zahrakar K. [Predictive factors of psychological well-being in students]. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2014; 3(21): 468-481. [Persian]
37. Moradi M, Sadri Damirchi E, Khazan K, Dargahi S. [The mediating role of psychological capital on the

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-26]

relationship between spiritual intelligence and job burnout]. Journal of Occupational Health and Epidemiology. 2017; 6 (2):84-91.[Persian]
38. Saber Kargani A, Keshtiaray N. [Designing a psychological capital curriculum of consist optimism for Higher Education]. Iranian Journal of Educational Sociology. 2018; 1(7):119-128.[Persian]
39. Ganji B, Tavakoli S. [Surveying the Relationship between Psychological Capital and Academic Resiliency with Internet Addiction of Students]. Education Strategies in Medical Sciences. 2018; 11(1):102-107.[Persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-26]

Examining and Comparing the Effectiveness of Psychological Capital Training and Behavioral Activation Therapy on Depression among Female Dormitory Students

Zohreh Ghodrati Isfahani[1], Azam Moradi[2]

Abstract

Introduction: Numerous studies have shown that the prevalence of depression is high among Iranian students and therefore it is necessary to try to reduce it through different methods. This study endeavored to examine and comparing the effectiveness of psychological capital training and behavioral activation therapy on depression among female students of University of Isfahan dormitories in the second semester of the academic years 2018-2019.

Methods: The research design was quasi-experimental, pre-test and post-test with control group. Beck Depression Inventory (1961) was used to measure depression. The population included female students of dormitories of University of Isfahan in the second semester of the academic years 2018-2019. The sample size was 45 students who were selected by purposive sampling. Initially, the pre-test was conducted on 45 volunteers. They were then randomly assigned to experimental groups 1 and 2 and control group. Then, the two experimental groups received behavioral activation therapy and psychological capital training, respectively, but the control group not received intervention. After the intervention, post-test was administered for the three groups. Data were analyzed through covariance analysis.

Results: The results showed significant difference between the post-test depression scores of the groups (P=0.002, F=7.73); paired comparisons showed that both psychological capital training (7.46±2.28) and as compared to the control group, behavioral activation therapy (7.82±2.27) reduced depression significantly (15.50±2.38) (P= 0.002, -8.14 and P=0.002,-7.78, respectively), but the two intervention groups did not differ significantly in depression scores.

Conclusion: Both behavioral activation therapy and psychological capital training reduced depression. Therefore, both types of interventions can be used to reduce dormitory students' depression.

Keywords: Depression, Psychological Capital Training, Behavioral Activation Therapy, Female Students

Addresses:

[1.] M.A. in Family Counseling, Payame Noor University, .isfahan, Iran. Email: ghodrati.isfahani.1355@gmail.com

[2.] (✉) Assistant Professor, Department of Education and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. Email: ammoradi@pnu.ac.ir

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-26]