

## ● گزارش کوتاه

### اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر علائم افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی دانشجویان پزشکی

پریسا رضاپور<sup>۱</sup>، مریم بختیاری<sup>۲</sup>، عباس مسجدی‌آرانی<sup>۳</sup>، \*امیرسام کیانی‌مقدم<sup>۴</sup>

#### چکیده

**مقدمه:** با توجه به اهمیت افسردگی در گروه‌های دانشجویی و تأثیر آن بر پیشرفت تحصیلی آنان، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر علائم افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی دانشجویان در دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور بوده است.

**روش بررسی:** طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بوده است. تعداد ۳۰ نفر از دانشجویان پزشکی پس از ارزیابی بالینی و احراز شرایط به صورت تصادفی انتخاب شدند و بعد در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان فعال‌سازی رفتاری را دریافت کرد. اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) استفاده شد. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل نشان داد که میان دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری از لحاظ افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی وجود داشت ( $P < 0/001$ ). یعنی میزان افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش اما میزان کیفیت زندگی افزایش یافته بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** پژوهش فعلی نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری روش درمانی مناسبی برای دانشجویان پزشکی در جهت کاهش علائم افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی آنان است.

**کلمات کلیدی:** درمان گروهی، افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی، دانشجویان

(سال بیست و دوم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۹، مسلسل ۷۱)

تاریخ پذیرش: ۹۹/۲/۳۰

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا

تاریخ دریافت: ۹۸/۴/۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، تهران، ایران
  ۲. دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، تهران، ایران
  ۳. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، تهران، ایران
  ۴. دانشجوی دکتری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، تهران، ایران
- (مؤلف مسئول) kianimoghadam@sbm.ac.ir

## مقدمه

افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی است به گونه‌ای که تقریباً ۳۳۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می‌برند و سالانه ۸۰۰ هزار خودکشی ناشی از افسردگی اتفاق می‌افتد [۱]. افسردگی متعلق به قشر خاصی نیست. اما برخی از افراد جامعه به دلیل موقعیت خاص نسبت به این اختلال آسیب‌پذیرتر هستند [۲]. اعتقاد بر آن است که ۲۰-۱۰٪ عموم مردم افسردگی در حد خفیف تا شدید را تجربه می‌کنند و این اختلال بیماری شایعی است که ۱۵٪ افراد حداقل یکبار در طول زندگی با آن مواجه می‌شوند [۳]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هم‌آیندی مرضی بین افسردگی و اضطراب وجود دارد. در جامعه ایرانی همپوشانی این علائم احتمالاً حدود ۶۰٪ است [۴]. افزون بر این یکی دیگر از پیامدهای ناخوشایند افسردگی کاهش رضایت و کیفیت زندگی است که می‌تواند تأثیرات عمده‌ای در کیفیت زندگی داشته باشد [۵]. فعال‌سازی رفتاری را چوارسکی<sup>۱</sup> برای اولین بار به صورت گروهی به منظور کاهش افسردگی در درمان نگه دارنده اعتیاد به کار گرفت [۶]. طی درمان فعال‌سازی رفتاری در یک رویکرد روانی-آموزشی بیمار یاد می‌گیرد که در جهت بهبود به طور فعال، سبک زندگی خود را تغییر دهد. کمک به بیمار در اولین وهله بهبودی، فعال کردن بیمار از نظر رفتاری و اجتماعی از طریق افزایش تعامل سازنده با افراد غیربیمار و کاهش نشانه‌های بیمارگونه و آماده‌سازی بیمار برای درگیر کردن کامل وی با فرایند درمان در یک دوره طولانی مدت به منظور حفظ بهبودی از اهداف فعال‌سازی رفتاری است [۷]. بر اساس این دیدگاه رفتار افسرده‌وار، راهبردهای مقابله‌ای برای اجتناب از شرایط محیطی است که برای بیمار تقویت اندک یا آزارندگی بالایی تولید می‌کند، از این رو درمان فعال‌سازی رفتاری راه اندازه‌های افسردگی را در زندگی فرد می‌بیند نه در کاستی‌های درون فردی. از جمله مهمترین ویژگی‌های این درمان مقرون به

1. Chawarski

صرفه بودن از نظر زمان، هزینه، امکانات و سهولت در اجرا داشتن راهنمای درمانی و منطبق بودن پروتکل درمان با ویژگی‌های فردی بیمار است [۸]. درمان فعال‌سازی رفتاری در درمان هم‌آیندی اختلال افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر [۹] و افزایش کیفیت زندگی [۱۰] مؤثر بوده است. در ایران نیز پژوهش‌هایی در مورد اثربخشی این نوع از درمان بر علائم افسردگی صورت گرفته است [۱۱، ۱۲]. اما هنوز در مورد اثربخشی درمان فعال‌سازی در گروه‌های مختلف منابع اندکی وجود دارد. برای دستیابی به نتایج با ثبات‌تر و تعمیم یافته‌های موجود در پیشینه لازم است، پژوهش‌های بیشتری در گروه‌های مختلف انجام شود که از آن جمله می‌توان به گروه‌های دانشجویی اشاره نمود. با توجه به اهمیت افسردگی در گروه‌های دانشجویی و تأثیر آن بر کاهش موفقیت و پیشرفت تحصیلی آنان و با در نظر گرفتن آنچه در مورد ارتباط میان افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی مطرح گردید، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در دانشجویان دارای علائم افسردگی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور است.

## روش بررسی

طرح پژوهش حاضر طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. روش‌های مداخله در این پژوهش شامل درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بود.

نمونه از طریق نرم افزار G-power محاسبه گردید. بدین صورت آلفا ۰/۰۵، توان ۰/۸۰ و اندازه اثر ۰/۵۵ در نظر گرفته شد. به این صورت که از میان ۱۳۱ دانشجویی پزشکی که در سال ۱۳۹۷ به مرکز مشاوره دانشگاه مراجع کرده بودند و نمره بالای ۱۹ در پرسشنامه افسردگی بک داشتند به صورت تصادفی ۳۰ نفر انتخاب شد. ملاک ورود به پژوهش شامل دانشجویی پزشکی بودن که سن بین ۱۸-۳۰ داشتند و سابقه بیماری جسمی و روانی قبلی نداشتند. ملاک خروج شامل سه جلسه غیبت در درمان بود. ابتدا هدف درمان برای آزمودنی‌ها

شرح داده شد و از همه رضایت‌نامه کتبی دریافت گردید. سپس به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یا کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. برای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری توسط محقق (با دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد و گذراندن کارگاه‌های CBT) با نظارت استاد انجام گرفت و اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. نکته قابل ذکر این است که برای از بین بردن تأثیر زمان بر نتایج آزمون بک (BDI-II) در شروع جلسه از همه آزمودنی‌ها دوباره آزمون بک به عمل آمده هر ۳۰ نفر آزمودنی بالایی ۱۹ بودند بعد جهت گردآوری داده‌ها سایر پرسشنامه‌ها مانند پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) استفاده شد:

پرسش نامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II) نوع بازنگری شده BDI است و با ملاک‌های افسردگی در DSM-IV منطبق شده است، پرسشنامه مذکور شامل ۲۱ ماده است و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ نشان داد [۱۳].

پرسشنامه اضطراب بک (BAI) شامل ۲۱ ماده است که در واقع ۲۱ نشانه اضطرابی را می‌سنجد و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. در یک نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ به دست آمده است [۱۴].

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) برای ادراک افراد از سلامتی خود ابزاری مناسب است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال و ۸ بُعد است. ضریب پایایی در هشت بُعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از بُعد سرزندگی که ۰/۶۵ بود نشان داده شده است. در مجموع نسخه ایرانی این پرسشنامه، با روایی و اعتبار بالا برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت عمومی، ابزاری مناسب است [۱۵].

کاربندی آزمایش در پژوهش حاضر، اجرای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، طبق پروتکل طراحی شده توسط دیمیچیان، مارتل، آدیس و هرمن دان [۱۶] و اصول مطرح شده در کتاب درمان فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی بود [۱۷]. در جلسه اول، معرفی افراد از یکدیگر و بیان منطق درمان انجام شد. در جلسه دوم، سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش و فعالیت‌ها به همراه تکلیف اجرا شد. در جلسه سوم، بررسی انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها و تکالیف انجام گرفت. در جلسه چهارم، آموزش سر واژه سبک تند، رپا و ریم پرداخته شد. در جلسه پنجم به افراد کمک شد به شناسایی چگونگی راه‌اندازی افسردگی توسط خودشان و به راهبردهای فعال و اجتنابی در مقابله با استرس‌ها و تکالیف پرداخته شد. در جلسه ششم، آموزش مهارت‌های جدید برای مقابله با افسردگی و تکالیف انجام گرفت. جلسه هفتم: نحوه به کار بستن مهارت‌های جدید برای مقابله با افسردگی، آموزش مهارت جرات‌ورزی به منظور توانایی افزایش تقاضا کردن و نه گفتن، کمک به داشتن رابطه‌ای بهتر و حفظ اعتماد به نفس و تکالیف انجام گرفت. در نهایت جلسه هشتم، جلوگیری از عود، انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها، مرور و بازنگری مفاهیم و جمع‌بندی آنها و در نهایت دریافت بازخورد از اعضای گروه انجام گرفت. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت.

#### یافته‌ها

۱۷ نفر (۵۶/۷٪) از آزمودنی‌ها مذکر بودند (۸ تا در گروه آزمایش و ۷ تا در گروه کنترل). دو نفر از گروه کنترل متأهل بودند. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل، در متغیرهای افسردگی ( $F=146/29, p<0/001$ ),

جدول ۲- تحلیل کوواریانس بکراهه روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار p	اثر
افسردگی	۹۸۳/۸۷	۱	۴۹۵/۳۹	۱۴۶/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۱
اضطراب	۳۸۶/۹۰	۱	۲۴۶/۸۹	۴۱/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴
کیفیت زندگی	۱۷۹/۳۶	۱	۹۲/۶۷	۶۹/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲

جدول ۱- بررسی همگنی شیب رگرسیون از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری

آزمون	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار p	اندازه اثر
اثر پیلائی	۱/۴۴	۳	۲۳	۰/۱۲۵	۰/۳۹
لامبدای ویلکز	۱/۴۸	۳	۲۳	۰/۱۲۵	۰/۳۴
اثر هتلینگ	۱/۴۶	۳	۲۳	۰/۱۱۳	۰/۴۹
بزرگترین ریشه روی	۳/۲۹	۳	۲۳	۰/۱۱۷	۰/۳۳

اضطراب ( $F=41/72$ ,  $p<0/001$ ) و کیفیت زندگی ( $F=69/29$ ,  $p<0/001$ ) معنی‌دار است.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش اما میزان کیفیت زندگی افزایش یافته بود. یافته‌های این پژوهش همسو با پیشینه تحقیقاتی مبنی بر اثربخش بودن درمان فعال‌سازی رفتاری در درمان و کاهش علائم افسردگی و اضطراب است [۸-۱۰]. همچنین یافته‌های حاصل از تحلیل آماری همسو با پژوهش‌های قبلی [۸، ۱۰] نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری در افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده مؤثر بوده است. هویکو و همکاران طی ۹ جلسه فعال‌سازی رفتاری در بیماران سرطانی افسرده، گزارش نمودند که گروه آزمایش افسردگی کمتر، اختلال درد بدنی کمتر، اضطراب اجتماعی کمتر و مشکلات کمتری را در زندگی روزمره داشتند [۱۸].

فعال‌سازی رفتاری به عنوان درمانی جدید موج‌سومی بر این نکته تأکید دارد که افسردگی ناشی از اجتناب تجربه‌ای است. بنابراین جهت حل آن می‌توان این ویژگی را مورد هدف قرار داد. در پژوهش حاضر با استفاده از تمرینات و تکالیف، اجتناب این بیماران کاهش می‌یابد. یعنی کاهش نشانه‌های افسردگی نشان‌دهنده کاهش قابل ملاحظه اجتناب تجربه‌ای آنها است [۱۹]. از سوی دیگر بر اساس نظریات رفتاری یکی از علل رفتاری افسردگی به هم خوردن نظم و ترتیب در فعالیت‌های روزانه است [۲۰]. در اینجا فعال‌سازی موجب مرتب شدن فعالیت‌های روزانه می‌شود و این امر باعث تنظیم خواب و

بیداری فرد افسرده و همچنین افزایش فعالیت‌های بیمار و مشارکت او در جامعه می‌گردد. بنابراین بدین وسیله یکی از مهمترین علائم افسردگی یعنی اختلال خواب و عدم علاقه به شرکت در فعالیت‌های فردی و اجتماعی مفید و لذت بخش از بین می‌رود و با توجه به اینکه افراد افسرده اغلب برای انجام فعالیت‌های مختلف احساس خستگی و فقدان انگیزه می‌کنند، این درمان باعث انرژی بیشتر و مثبت‌اندیشی در آنها می‌شود که قبلاً آنها را نادیده گرفته یا قادر به انجام آن نبوده‌اند [۱۳]. فعال‌سازی رفتاری به عنوان مداخله‌ای رفتاری شرکت‌کنندگان را ترغیب می‌کند تا تعاملات جدیدی را در زندگی خود داشته باشند و به پاداش و تقویت مثبت این تعاملات بپردازند و از آنجا که در این رویکرد اعتقاد بر این است که علت افسردگی کاهش دریافت تقویت مثبت است بنابراین افزایش آن منجر به کاهش افسردگی می‌شود [۱۹].

اهمیت این یافته‌ها در این است که افسردگی به کاهش قابل توجه عملکرد فرد منجر می‌شود و در دانشجویان با کاهش عملکرد آنان به ویژه عملکرد تحصیلی آینده آنان را به مخاطره می‌اندازد. با توجه به اینکه این نوع از درمان روانشناختی کوتاه مدت و مقرون به صرفه است، می‌توان از آن به عنوان یک روش درمانی برای افسردگی در دانشجویان و سایر اقشار جامعه استفاده کرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم وجود مرحله پیگیری اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این پژوهش در گروه‌های غیرپزشکی و با داشتن دوره پیگیری هم انجام گیرد.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله کمال تشکر خود را از تمام عزیزانی در انجام این پژوهش یاری رسانند را دارد مخصوصاً از مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور که در انجام این پژوهش همه گونه یاری را داشتند.

## تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع انتشار این مقاله وجود ندارد.

## Reference

1. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. Oxford University Press; 2001.
2. Leibenluft E. Issues in the treatment of women with bipolar illness. The journal of clinical psychiatry. 1997;58:5-11.
3. Kaplan HI, Sadock B J. Synopsis of psychiatry. Behavioral science clinical psychiatry. 5ed. London: wilkinis co. 2007: 524-573.
4. Pashaei G. The prevalence of self-morbidity and its relationship with anxiety, depression and other individual characteristics in students. Knowledge and research in applied psychology. 2005(25):1-20. [Persian]
5. da Silva Lima AFB, de Almeida Fleck MP. Subsyndromal depression: an impact on quality of life? Journal of affective disorders. 2007;100(1-3):163-169.
6. Chawarski M. Manual of Contracting and Behavioral Activation Therapy. Unpublished Cited;2002. p. 24-78.
7. Hunnicutt-Ferguson K, Hoxha D, Gollan J. Exploring sudden gains in behavioral activation therapy for major depressive disorder. Behaviour research and therapy. 2012;50(3):223-230.
8. Parhoon H, Moradi A, Hatami M, Parhoon K. Comparison of the brief behavioral activation treatment and meta-cognitive therapy in the reduction of the symptoms and in the improvement of the quality of life in the major depressed patients. Research in psychological health. 2013;6(4):36-52. [Persian]
9. Hopko DR, Lejuez C, Hopko SD. Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. Clinical case studies. 2004;3(1):37-48.
10. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. Journal of consulting and clinical psychology. 2008;76(3):468-477.
11. PourMohammad Ghouchani K, Madhi S. The effectiveness of behavioral activation therapy on metacognitive beliefs and concerns of physical image of depressed girl students. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2019;8(10):133-142. [Persian]
12. Pasyar M, Bakhshayesh A, Saeedmanesh M. Training of behavioral activation therapy tailored to teens and its effect on depression in adolescents. Toloo E Behdasht. 2018;17(2):48-59. [Persian]
13. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/ schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2005;11(3):312-326. [Persian]
14. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran University Medical Journal. 2008;66(2):136-140. [Persian]
15. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of life research 2005;14(3):875-882.
16. Barlow DH. Clinical handbook of psychological disorders, fifth edition: a step-by-step treatment manual. Guilford Publications; 2014.
17. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. Behavioral activation for depression: a clinician's guide. New York: Guilford Press; 2010.
18. Hopko DR, Robertson SM, Carvalho JP. Sudden gains in depressed cancer patients treated with behavioral activation therapy. Behavior Therapy. 2009;40(4):346-356.
19. Hamid N, Kianimoghadam R, Hossnzadeh A. Effect of communication skills training through Religion-based cognitive- behavioral approach on intimacy and the satisfaction with life among couples. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2015;19(2):119-126. [Persian]
20. Lejuez CW, Hopko DR, Acierno R, Daughters S. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. Behavior modification 2011;35(2):11-161.

# The Effectiveness of behavioral activation group therapy on the symptoms of depression, anxiety, and quality of life in medical students

Parisa Rezapour<sup>1</sup>, Maryam Bakhtiari<sup>2</sup>,  
Abbas Masjedi-arani<sup>3</sup>, \*AmirSam Kiani-moghadam<sup>4</sup>

## Abstract

**Background:** Considering the importance of depression in student groups and its effect on their academic achievements, this study was conducted to investigate the effectiveness of behavioral activation group therapy on the symptoms of depression, anxiety, and quality of life in the students' Jundishapur University of Medical Sciences.

**Materials and methods:** The current research design was quasi-experimental with pretest, posttest, and the control group. After clinical evaluations and qualifications, 30 medical students were selected randomly, and then replaced in two groups of experimental and control of 15 subjects. The experimental group received the behavioral activation therapy in 8 sessions; however, the control group received no interventions. The Beck Depression Inventory (BDI-II), the Beck Anxiety Inventory (BAI), and Short Quality of Life Questionnaire (SF-36) were used to collect data. The multivariate analysis of variance was employed to analyze data.

**Results:** The results indicated that the experimental and control groups were significantly different from each other in terms of depression, anxiety, and quality of life ( $p < 0.001$ ). In other words, the level of depression and anxiety declined significantly in the experimental group compared with pretest and the control group; however, the quality of life increased in the experimental group.

**Conclusion:** The present study indicated that behavioral activation therapy would be an appropriate treatment for medical students to reduce the symptoms of depression and anxiety and increase their quality of life.

**Keywords:** Group Therapy, Depression, Anxiety, Quality of Life, Students

1. MSc in clinical psychology, Department of clinical psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabayi University, Tehran, Iran

2. Associate professor, Department of clinical psychology, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Assistant professor, Department of clinical psychology, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. PhD student, Department of clinical psychology, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(\*Corresponding author)

kianimoghadam@sbmu.ac.ir