



Original Article

Effectiveness of Mindfulness Therapy, Logotherapy, and Behavioral Activation Therapy on Physical Activity among Depressed University Students

Mohammad Zare Neyestanak^{1*} , Fatemeh Shariati² , Ali Abedini² , Mitra Koroghli² 

1. Department of Psychology, Naeyn Branch, Islamic Azad University, Naeyn, Iran.

2. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Naeyn Branch, Islamic Azad University, Naeyn, Iran.

Received: 23/07/2022, Revised: 05/03/2023, Accepted: 08/05/2023

Abstract

Purpose: The present study aimed to determine the differences in the effectiveness of mindfulness therapy, logotherapy, and behavioral activation therapy on physical activity among depressed university students.

Methods: This research employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest–follow-up and a control group. The statistical population consisted of undergraduate students of Islamic Azad University, Naeyn Branch, in 2024. From this population, 60 students were selected using convenience sampling based on the cutoff score of the Beck Depression Inventory. Participants completed the Walker Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP) in the pretest, posttest, and follow-up stages. The experimental groups received 8 sessions of mindfulness therapy, 10 sessions of logotherapy, and 10 sessions of behavioral activation therapy. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) with SPSS version 23.

Results: The findings indicated that all three interventions—mindfulness therapy, logotherapy, and behavioral activation therapy—had a significant effect on the physical activity of depressed students ($P < 0.001$).

Conclusion: These findings suggest that psychological interventions, particularly mindfulness therapy, logotherapy, and behavioral activation, can enhance individuals' engagement in physical activity by improving cognitive and motivational processes. Therefore, implementing these therapeutic approaches in intervention programs and educational workshops in counseling centers and university settings may contribute to increasing physical activity and improving students' mental health.

Keywords: Depression, Mindfulness, Behavioral Activation, Physical Activity, Logotherapy.

* Corresponding Author: Mohammad Zare Neyestanak, E-mail: Zare1349@iau.ir

How to Cite: Zare Neyestanak, M., Shariati, F., Koroghli, M., Abedini, A. Effectiveness of Mindfulness Therapy, Logotherapy, and Behavioral Activation Therapy on Physical Activity among Depressed University Students. *Sports Psychology*, 2025; 17(1): 213-228. In Persian.



Copyright: © 2023 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Extended Abstract Background and Purpose

In individuals with depression, levels of physical activity are typically reduced, and many of these patients develop a sedentary and low-activity lifestyle. Symptoms such as lack of motivation, excessive fatigue, low energy, and withdrawal from daily activities significantly diminish their engagement in physical and exercise-related behaviors. This reduction in physical activity can, in turn, contribute to the persistence and exacerbation of depressive symptoms and lead to further decline in physical and psychological functioning.

Depressed individuals generally demonstrate lower levels of mindfulness compared to others; therefore, mindfulness-based interventions may facilitate the treatment process and improve their symptoms. Research indicates that mindfulness-based interventions are effective in increasing physical activity and reducing sedentary behaviors. Systematic reviews and recent interventional studies show that mindfulness, by enhancing self-regulation, bodily awareness, and reducing emotional avoidance, promotes greater continuity and intensity of physical activity. Logotherapy—an approach used in the treatment of depression—emphasizes accepting life and pursuing meaning even under the most distressing circumstances. A person's intention and will to seek meaning serves as a motivational force, providing a sense of autonomy in actions, behaviors, and experiences that ultimately help the individual interpret and understand their meaning. Consequently, individuals become capable of finding their position in painful and unchangeable circumstances. Research findings show that logotherapy-based interventions can increase physical activity by enhancing life meaning, intrinsic motivation for health maintenance, and participation in health-promoting

behaviors. Studies also demonstrate that strengthening meaning and purpose—central principles of logotherapy—is associated with increased engagement in health-enhancing behaviors, including physical activity.

Behavioral Activation Therapy is a contemporary psychotherapeutic approach used in the treatment of depressive disorders. Research shows that behavioral activation, by encouraging individuals to increase engagement in meaningful and enjoyable activities, can also enhance physical activity levels. Empirical evidence demonstrates that behavioral activation reduces avoidance behaviors and increases involvement in goal-directed actions, thereby improving health-related behaviors such as physical activity.

Depression is one of the most common psychological disorders among university students and, beyond its cognitive and emotional consequences, it can significantly affect behavioral patterns and lifestyle. One of the major outcomes of depression is a decrease in motivation, fatigue, low energy, and withdrawal from daily activities, resulting in a substantial reduction in physical activity. Reduced physical activity not only threatens physical health but can also maintain and intensify depressive symptoms. Therefore, identifying and applying psychological interventions that can both reduce depressive symptoms and enhance participation in physical activity is of particular importance. In recent years, novel therapeutic approaches such as mindfulness-based interventions, logotherapy, and behavioral activation therapy have attracted the attention of researchers. Each of these approaches, through mechanisms such as increasing awareness of internal experiences, strengthening meaning and purpose in life, and enhancing engagement in valued and enjoyable activities, can contribute to improvements in health-promoting behaviors, including

physical activity. Despite existing evidence supporting the effectiveness of these approaches on various aspects of mental health, limited research has simultaneously examined their effects on physical activity in depressed university students. Therefore, evaluating and comparing the effectiveness of mindfulness therapy, logotherapy, and behavioral activation therapy on physical activity in students with depression represents an important step toward developing effective psychological interventions aimed at improving mental health and promoting health-enhancing behaviors in this population. Accordingly, the aim of the present study was to determine differences in the effectiveness of mindfulness therapy, logotherapy, and behavioral activation therapy on physical activity among depressed university students.

Materials and Methods

The study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and follow-up measurements along with a control group. The statistical population consisted of undergraduate students at the Islamic Azad University, Naein Branch, in 2024. From this population, 60 students were selected through convenience sampling based on the cutoff score of the Beck Depression Inventory. After homogenizing age, participants were assigned to four groups: three experimental groups (mindfulness therapy, logotherapy, and behavioral activation therapy) and one control group, with 15 individuals in each. Participants completed the Walker Health-Promoting Lifestyle Profile in all three phases—pretest, posttest, and follow-up. The experimental groups received 8 sessions of mindfulness therapy, 10 sessions of logotherapy, and 10 sessions of behavioral activation therapy. Data were analyzed using repeated-measures ANOVA with SPSS version 23.

Results

Sports Psychology, Volume 17, No 1, 2025

The results showed that all three interventions—mindfulness therapy, logotherapy, and behavioral activation therapy—significantly increased physical activity ($P = 0.001$). The effect of time indicated an improvement in physical activity ($P = 0.001$) compared to the pretest. The interaction effect of time \times group resulted in increased physical activity ($P = 0.001$) compared to the control group. All comparisons between the intervention groups (mindfulness, logotherapy, and behavioral activation) and the control group were statistically significant ($p = 0.001$). Moreover, the comparison between the mindfulness group and the logotherapy and behavioral activation groups was significant ($p = 0.001$), indicating differences in patterns of change among these interventions. In contrast, no significant difference was found between the logotherapy and behavioral activation groups ($p = 0.342$).

Conclusion

The effectiveness of mindfulness therapy can be explained by its ability to enhance bodily awareness and improve recognition of physical states, thereby increasing sensitivity to physiological needs and promoting greater motivation for engaging in physical activity. Mindfulness exercises heighten attention to bodily sensations during movement and exercise. When individuals attend consciously to breathing, heart rate, muscle tension, and bodily sensations, physical activity becomes more meaningful and enjoyable. This positive experience strengthens intrinsic motivation to maintain physical activity over time. Furthermore, mindfulness reduces stress and improves emotional regulation, providing individuals with greater psychological energy to engage in health-promoting behaviors, including physical activity.

The effectiveness of logotherapy can be explained theoretically by its emphasis on

enhancing meaning and purpose in life, which fosters engagement in health-promoting behaviors such as physical activity. When individuals perceive a clear sense of purpose and meaning in life, they become more motivated to care for their physical and psychological well-being. A sense of meaning increases personal responsibility for one's body and health, encouraging the adoption of adaptive behaviors such as regular physical activity. Logotherapy also reduces feelings of emptiness, demotivation, and hopelessness—major barriers to physical activity—thereby increasing psychological energy and intrinsic motivation. As a result, individuals with greater perceived meaning in life are more inclined to maintain health, engage in regular physical activity, and sustain health-promoting behaviors, contributing to enhanced quality of life and improved physical and psychological functioning.

The effectiveness of behavioral activation therapy can be explained by its focus on increasing engagement in goal-directed and valued activities, which plays a key role in promoting physical activity among depressed individuals. By reducing behavioral avoidance and breaking withdrawal cycles, this approach encourages individuals to gradually engage in activities aligned with their personal values, among which physical activity often holds a central place. Behavioral activation enhances physical activity by increasing exposure to rewarding experiences, improving mood, and creating positive behavioral cycles that strengthen psychological energy and motivation. In this process, individuals learn to initiate action rather than wait for motivation, and through experiencing the positive consequences of physical activity, receive natural reinforcement. Additionally, the reduction of depressive symptoms—a major outcome of behavioral activation—diminishes psychological barriers to physical activity such as fatigue, hopelessness, and low energy. Thus, behavioral activation therapy,

by establishing a structured approach to increasing adaptive behaviors and reducing avoidance, provides an effective pathway for improving and sustaining physical activity levels.

Funding

This study received no funding from public, commercial, or nonprofit organizations.

Authors' Contributions

All authors have participated in designing, implementing and writing all parts of the present study.

Conflicts of Interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgement

We sincerely appreciate all the students who participated in the present study.



نوع مقاله: پژوهشی

اثربخشی ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال سازی رفتاری بر فعالیت بدنی دانشجویان دارای افسردگی

محمد زارع نایستانک^{۱*}، فاطمه شریعتی^۲، علی عابدینی^۲، میترا کوراوغلی^۲

۱. گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۰۱، تاریخ اصلاح: ۱۴۰۱/۱۲/۱۴، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۸

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال سازی رفتاری بر فعالیت بدنی دانشجویان افسرده بود.

روش‌ها: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد واحد نایین بود که از میان آنها ۶۰ نفر براساس خط برش پرسشنامه افسردگی بک و به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت کنندگان در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی والکر پاسخ دادند. گروه‌های آزمایش ۸ جلسه درمان ذهن آگاهی، ۱۰ جلسه معنادرمانی و ۱۰ جلسه فعال سازی رفتاری را دریافت کردند. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر هر سه مداخله درمان ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال سازی رفتاری بر فعالیت بدنی دانشجویان افسرده اثربخش بودند ($P=0/001$). همچنین مقایسه گروه ذهن آگاهی با معنادرمانی و فعال سازی رفتاری معنادار بود ($P=0/001$) که بیانگر تفاوت الگوی تغییرات توجه بین این مداخلات است. در مقابل، مقایسه گروه معنادرمانی و فعال سازی رفتاری تفاوت معناداری نشان نداد ($P=0/342$).

نتیجه گیری: این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات روان شناختی به ویژه درمان ذهن آگاهی، معنادرمانی و فعال سازی رفتاری می‌توانند از طریق بهبود فرایندهای شناختی و انگیزشی، زمینه افزایش مشارکت افراد در فعالیتهای بدنی را فراهم کنند. بنابراین به کارگیری این رویکردهای درمانی در برنامه‌های مداخله‌ای و کارگاه‌های آموزشی در مراکز مشاوره و محیط‌های دانشگاهی می‌تواند به ارتقای فعالیت بدنی و بهبود سلامت روان دانشجویان کمک کند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، ذهن آگاهی، فعال سازی رفتاری، فعالیت بدنی، معنادرمانی.

* Corresponding Author: Mohammad Zare Neyestanak, E-mail: Zare1349@iau.ir

How to Cite: Zare Neyestanak, M., Shariati, F., Koroghli, M., Abedini, A. Effectiveness of Mindfulness Therapy, Logotherapy, and Behavioral Activation Therapy on Physical Activity among Depressed University Students. *Sports Psychology*, 2025; 17(1): 213-228. In Persian.



Copyright: © 2023 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

مقدمه

اختلال افسردگی^۱ بیماری مزمن و ناتوان کننده‌ای است که تعداد زیادی از افراد را در سراسر جهان تحت تأثیر خود قرار داده است (۱). اختلال افسردگی با توجه به اینکه هزینه‌های زیادی که بر دوش سیستم بهداشت عمومی گذاشته توجه بسیاری از متخصصان سلامت روان را متوجه خود ساخته است (۲). فقدان لذت، اختلال خواب، کاهش اشتها و انرژی، خلق افسرده، کاهش قدرت تمرکز و میل به خودکشی در این اختلال شایع است در این میان می‌توان گفت تغییرات خلق، شناخت و افکار خودکشی از ویژگی‌های مهم اختلال افسردگی است (۳). بعید به نظر می‌رسد که فقط یک عامل بتواند وقوع افسردگی را تبیین کند، بلکه افسردگی از تعامل چندین عامل مختلف حاصل می‌شود. بر اساس گزارش‌های موجود، می‌توان گفت که شروع و ادامه افسردگی به عواملی مختلفی همچون زیست‌شناسی، سابقه بیماری، محیطی و روانی اجتماعی مربوط می‌شود (۴). در افراد مبتلا به افسردگی، سطح فعالیت بدنی^۲ معمولاً کاهش می‌یابد و بسیاری از این بیماران دچار کم‌تحریکی و سبک زندگی کم‌فعال می‌شوند. علائمی مانند بی‌انگیزگی، خستگی مفرط، کاهش انرژی و کناره‌گیری از فعالیت‌های روزمره سبب می‌شود مشارکت آنان در فعالیت‌های بدنی و ورزشی به‌طور قابل توجهی کاهش یابد. این کاهش فعالیت بدنی می‌تواند خود به تداوم و تشدید علائم افسردگی و افت بیشتر کارکردهای جسمی و روانی منجر شود (۵).

بیماران افسرده نسبت به دیگر ذهن آگاهی ضعیف‌تری از خود نشان می‌دهند و از این جهت درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ می‌توانند موجب تسهیل روند درمان بیماران افسرده و همچنین بهبود نشانه‌های آن‌ها شوند (۶). ذهن آگاهی، آگاهی از لحظه حاضر و بدون قضاوت است. این

آگاهی به محیط اطراف، افکار و احساسات شخص منتهی می‌شود، بدون اینکه هیچ چیز را تثبیت کند یا این‌که آن را خوب یا بد تلقی کند. بنابراین، ذهن آگاهی تنظیم ارزیابی‌های شناختی و مشاهده عینی تجربیات را نیز به همراه دارد (۷). علاوه بر این، ذهن آگاهی امکان مقابله سازگارتر و مدیریت محرک‌های نامطلوب را فراهم می‌آورد. افرادی که از ذهن آگاهی بالاتری برخوردارند، خودتنظیمی هیجانی و رفتاری بهتری را گزارش می‌کنند و نسبت به خود شفقت بیشتری نشان می‌دهند (۸). ذهن آگاهی مثبت با افزایش خودشفقت‌ورزی می‌تواند راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که طی آن از تجربه هیجان‌های دردآور و ناگوار ممانعت به عمل نمی‌آید (۹)؛ بلکه تلاش می‌شود بسیار مهربانانه با احساسات و هیجان‌ها به همان صورتی که هستند برخورد شود و مورد پذیرش قرار گیرند؛ در چنین شرایطی است که احساسات منفی جای خود را به احساسات مثبت می‌دهند و فرد قادر خواهد بود از راهبردهای مقابله‌ای سازنده و جدید استفاده کند (۱۰) و بدین ترتیب در این فرایند فرد با تمرین توجه (۱۱) و با به چالش کشیدن محتوای افکار و هیجان‌های خود بر مشکلاتش فائق می‌آید (۱۲). پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش فعالیت بدنی و کاهش رفتارهای کم‌تحرك هستند؛ به‌طوری‌که مرورهای نظام‌مند و مطالعات مداخله‌ای جدید نشان می‌دهند ذهن آگاهی با تقویت خودتنظیمی، آگاهی بدنی و کاهش اجتناب هیجانی، به تداوم و شدت بیشتر فعالیت بدنی کمک می‌کند (۱۳-۱۵).

رویکرد معنادرمانی^۴ که برای درمان بیماران افسرده به کار می‌رود؛ پذیرش زندگی و جستجوی معنای آن در مصیبت‌بارترین شرایط است. قصد و اراده فرد برای

مستقیمی بر روی افزایش میزان انجام برخی از فعالیتها (۲۶) و جلوگیری از انجام برخی دیگر از فعالیتها (مانند اجتناب از انجام برخی از رفتارها و یا کاهش دادن میزان نشخوار فکری) متمرکز می شود (۲۷). پژوهشها نشان داده اند که درمان فعال سازی رفتاری با تمرکز بر افزایش مشارکت افراد در فعالیت های ارزشمند و لذت بخش، می تواند سطح فعالیت بدنی را نیز افزایش دهد. همچنین شواهد پژوهشی نشان می دهد که درمان فعال سازی رفتاری با کاهش اجتناب رفتاری و افزایش درگیری فرد در فعالیت های هدفمند، می تواند رفتارهای سلامت محور از جمله فعالیت بدنی را بهبود بخشد (۲۸، ۲۹).

افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روان شناختی در میان دانشجویان است که علاوه بر پیامدهای شناختی و هیجانی، می تواند بر الگوهای رفتاری و سبک زندگی آنان نیز تأثیر بگذارد. یکی از پیامدهای مهم افسردگی، کاهش انگیزه، احساس خستگی، بی انرژی بودن و کناره گیری از فعالیت های روزمره است که در نتیجه آن سطح فعالیت بدنی در افراد افسرده به طور قابل توجهی کاهش می یابد. کاهش فعالیت بدنی نه تنها سلامت جسمانی را تهدید می کند، بلکه می تواند به تداوم و تشدید نشانه های افسردگی نیز منجر شود. از این رو، شناسایی و به کارگیری مداخلات روان شناختی مؤثر که بتوانند علاوه بر کاهش علائم افسردگی، مشارکت افراد در فعالیت های بدنی را نیز افزایش دهند، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در سال های اخیر رویکردهای درمانی نوینی مانند درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال سازی رفتاری مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته اند. این رویکردها هر یک از مسیرهای متفاوتی مانند افزایش آگاهی از تجربه های درونی، تقویت احساس معنا و هدفمندی در زندگی، و افزایش درگیری در فعالیت های ارزشمند و لذت بخش، می توانند زمینه بهبود رفتارهای

جستجوی معنا در زندگی محرک انگیزشی او در زندگی است که برای وی آزادی عمل را در انجام کارها و رفتارها و تجربشان برای درک معنای آن ها پدید می آورد؛ بدین ترتیب افراد قادر خواهند بود جایگاه خویشتن را در موقعیت های دردآور و غیرقابل تغییر بیابند (۱۶). بدین ترتیب، وظایف، سرنوشت و مسئولیت اعمال هر فرد به خودش وابسته است (۱۷). معنادرمانی حدود اختیارها و آزادی های بیمار را برایش ترسیم می کند (۱۸). در این میان تنها فرصت موجود، بستگی به چگونگی برخورد او با مشکلات و تحمل آن ها دارد (۱۹). نتایج پژوهشها نشان داده است که مداخلات مبتنی بر معنادرمانی می توانند از طریق افزایش احساس معنا در زندگی، انگیزش درونی برای مراقبت از سلامت و مشارکت در رفتارهای سلامت محور از جمله فعالیت بدنی را افزایش دهند. همچنین پژوهشها نشان داده اند که تقویت معنا و هدفمندی در زندگی که از اصول اساسی معنادرمانی است، با افزایش مشارکت در رفتارهای ارتقای سلامت از جمله فعالیت بدنی ارتباط دارد (۲۰، ۲۱).

درمان فعال سازی رفتاری^۵ یکی از روش های جدید روان درمانی است که برای درمان اختلال افسردگی مورد استفاده روان درمانگران قرار می گیرد (۲۲). این نوع درمان بر اساس این فرضیه ساخته شده است که روبرو شدن اشخاص مستعد به ابتلا به اختلال افسردگی و پاسخ نامناسب آنان به این مشکلات (۲۳) می تواند توانایی آنان را برای بدست آوردن پاداشها در محیط زندگی شان را کاهش داده و در نتیجه علائم اختلال افسردگی را در آنان ظاهر سازد (۲۴). اهداف درمان فعال سازی رفتار افزایش دادن سیستماتیک فعالیتها به شیوه ای است که به مراجعان کمک کند تا به منابع بزرگتر پاداشها در زندگی شان دست یافته و بتوانند مشکلات زندگی شان را حل نمایند (۲۵). فرایند درمان فعال سازی رفتار به صورت

پرسشنامه افسردگی بک. پرسشنامه افسردگی بک (۳۰) شامل ۲۱ گویه است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه‌بندی کنند و نمره بالاتر در این ابزار حاکی از افسردگی بیشتر است. بک و همکاران برای این ابزار ضریب اسپیرمن-براون را ۰/۹۳ و همبستگی این ابزار را با درجه-بندی‌های بالینی برابر با ۰/۶۶ گزارش کردند (۳۰). طاهری تنجانی و همکاران (۳۱) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی آن را با پرسشنامه سلامت عمومی (۴=۰/۸) به‌عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند.

نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی. نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی والکر و همکاران (۳۲) شامل ۵۲ گویه است که ۶ مؤلفه تعالی معنوی^۶، مسئولیت‌پذیری سلامتی^۷، تغذیه^۸، فعالیت بدنی، مدیریت استرس^۹ و حمایت بین فردی^{۱۰} را در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز= ۱، گاهی اوقات= ۲، اغلب= ۳ تا همیشه= ۴ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مؤلفه فعالیت بدنی این پرسشنامه شامل ۸ گویه (گویه‌های ۴، ۱۳، ۲۲، ۳۰، ۳۴، ۳۸، ۴۶ و ۵۰) بوده که میزان مشارکت فرد در فعالیت‌های جسمانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. دامنه نمرات این مؤلفه از ۸ تا ۳۲ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بیشتر فعالیت بدنی و رعایت رفتارهای مرتبط با سلامت جسمانی است. والکر و همکاران (۳۲) به وسیله تحلیل عاملی اکتشافی نشان دادند که این ۶ مؤلفه ۴۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. همچنین برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش کردند. محمدی زیدی و همکاران (۳۳) ضریب آلفای کرونباخ را برای این ابزار ۰/۸۲ و برای مؤلفه‌ها را از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ گزارش کردند. در پژوهش آنها چرخش واریماکس ۶ عامل را با مقدار ایگن بیشتر از یک نشان داد که ۵۸ درصد واریانس را تبیین می‌کرد و تحلیل عاملی

سلامت‌محور از جمله فعالیت بدنی را فراهم کنند. با وجود شواهد موجود درباره اثربخشی هر یک از این رویکردها بر جنبه‌های مختلف سلامت روان، پژوهش‌های محدودی به بررسی همزمان تأثیر این درمان‌ها بر فعالیت بدنی دانشجویان افسرده پرداخته‌اند. بنابراین، بررسی و مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر فعالیت بدنی دانشجویان مبتلا به افسردگی می‌تواند گامی مهم در جهت توسعه مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای بهبود سلامت روان و ارتقای رفتارهای سلامت در این قشر باشد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر فعالیت بدنی دانشجویان افسرده بود.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری همراه با گروه گواه بود.

نمونه‌های پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد واحد نائین بود که از میان آنها ۶۰ نفر براساس خط برش پرسشنامه افسردگی بک و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با همگن-سازی سن در چهار گروه یعنی در سه گروه آزمایشی درمان ذهن‌آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال‌سازی رفتاری و یک گروه گواه هر گروه ۱۵ نفر قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل نمره بالاتر از خط برش در پرسشنامه افسردگی، عدم ابتلاء به بیماری‌های جسمانی مزمن و روانی و استفاده از دارو و دریافت درمان-های روان‌شناختی به طور همزمان بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

ذکر شده، قرار گرفت. گروه گواه، هیچ درمان یا مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام درمان از هر چهار گروه، مجدداً آزمون‌های انجام شده در پیش‌آزمون، در پس‌آزمون و یک ماه بعد در پیگیری تکرار شد.

تحلیل آماری

در پژوهش حاضر جهت تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بن فرونی و نرم افزار SPSS-23 استفاده شده است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر در گروه درمان ذهن آگاهی، میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۹/۴۰ سال با انحراف معیار ۳/۰۲ بود. در این گروه ۸ نفر زن (۵۳/۳۳ درصد) و ۷ نفر مرد (۴۶/۶۷ درصد) حضور داشتند. در گروه معنادرمانی، میانگین سنی ۳۰/۱۳ سال با انحراف معیار ۲/۸۵ بود. در این گروه شامل ۹ نفر زن (۶۰ درصد) و ۶ نفر مرد (۴۰ درصد) حضور داشتند. در گروه درمان فعال سازی رفتاری، میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۹/۷۳ سال با انحراف معیار ۳/۱۱ بود. در این گروه ۷ نفر زن (۴۶/۶۷ درصد) و ۸ نفر مرد (۵۳/۳۳ درصد) حضور داشتند. همچنین در گروه گواه، میانگین سنی ۲۹/۸۷ سال با انحراف معیار ۲/۹۴ بود. در این گروه ۸ نفر زن (۵۳/۳۳ درصد) و ۷ نفر مرد (۴۶/۶۷ درصد) حضور داشتند.

تأییدی نشان داد مدل شش عاملی گویایی برازش قابل قبولی دارد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۶ به دست آمد.

پروتکل درمان مبتنی بر ذهن آگاهی: از آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل مداخله‌ای لوپنسون و همکاران به مدت ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) استفاده شد (۳۴).

پروتکل معنادرمانی: از آموزش معنادرمانی «فرانکل» بر اساس پروتکل مداخله‌ای هاتزل به مدت ۱۰ جلسه به صورت گروهی (هفته‌ای یک‌بار و هر جلسه ۹۰ دقیقه) استفاده شد (۳۵).

پروتکل درمان مبتنی بر فعال سازی رفتاری: درمان فعال سازی رفتاری شیوه مداخله‌ای کوتاه مدت است که شامل جلسات درمانی مبتنی بر راهنمای عملی نسخه تجدید نظر شده که بر اساس پروتکل مداخله‌ای لیچوز و همکاران در ۱۰ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) اجرا شد (۳۶).

روش اجرا

بعد از کسب رضایت آگاهانه شرکت‌کننده‌ها و اطمینان -دهی به آن‌ها در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات پژوهش به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی و همچنین توضیح روند مداخله و چگونگی پاسخگویی به پرسشنامه‌ها در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری؛ گروه‌های آزمایشی معنادرمانی و فعال سازی رفتاری با توجه به پروتکل درمانی خود به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایشی ذهن آگاهی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض درمان‌های

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار فعالیت بدنی در گروه‌های مداخله و گروه گواه در سه مرحله پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
-------	------	-----------	----------	--------

انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۲/۰۵	۲۸/۴۱	۱/۹۵	۲۷/۹۳	۳/۷۳	۱۸/۱۳	درمان ذهن آگاهی
۲/۲۳	۲۵/۷۸	۲/۶۷	۲۵/۵۶	۳/۰۶	۱۶/۷۸	معنادرمانی
۲/۱۲	۲۵/۸۸	۲/۴۵	۲۵/۲۶	۳/۱۱	۱۷/۳۳	درمان فعال سازی
۲/۶۷	۱۷/۳۴	۲/۲۳	۱۷/۶۰	۲/۲۱	۱۸/۰۰	گواه

پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است، در حالی که در گروه گواه تغییر محسوسی مشاهده نمی شود.

جدول ۱ نشان می دهد میانگین نمرات فعالیت بدنی در سه گروه مداخله شامل درمان ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال سازی رفتاری از مرحله پیش آزمون به

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر فعالیت بدنی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η^2
فعالیت بدنی	۳۰۵۳۱/۳۹	۳	۱۰۱۷۷/۱۳	۴۲۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸
اثر گروه	۴۶۱۹۵/۲۱	۱/۳۰	۵۳۳۰۳/۶۲	۴۹۸۷/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
اثر زمان	۱۵۸۰۸/۱۲	۳/۹۲	۴۰۲۶/۹۹	۵۶۸/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۹۶۸
اثر متقابل						

جدول ۲ نشان می دهد که هر سه مداخله درمان ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال سازی رفتاری بر فعالیت بدنی ($P=۰/۰۰۱$) اثر افزایش دهنده داشتند. اثر زمان موجب

افزایش فعالیت بدنی ($P=۰/۰۰۱$) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان* گروه ها موجب افزایش فعالیت بدنی ($P=۰/۰۰۱$) نسبت به گروه گواه شد.

جدول ۳- مقایسه معناداری اثر متقابل گروه* زمان به صورت دو گروهی بر فعالیت بدنی

گروه های مورد مقایسه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η^2
گروه اول- گروه دوم	۱۹۶/۱۵	۱/۶۵	۱۱۸/۷۹	۲۲/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸
گروه اول- گروه سوم	۳۱۱/۶۲	۱/۳۴	۲۳۲/۴۲	۲۳/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
گروه اول- گروه چهارم	۱۲۵۴۰/۰۲	۱/۴۱	۸۸۸۹/۴۳	۳۱۶۲/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۱
گروه دوم- گروه سوم	۱۳/۹۵	۱/۰۷	۱۲/۹۹	۰/۹۵۹	۰/۳۴۲	۰/۰۳۳
گروه دوم- گروه چهارم	۹۶۳۶/۰۶	۱/۲۱	۷۹۶۵/۸۲	۱۸۹۲/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۸۵
گروه سوم- گروه چهارم	۸۹۱۸/۴۲	۱/۰۶	۸۳۸۶/۱۲	۹۰۲/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰

گروه اول: ذهن آگاهی، گروه دوم: معنادرمانی، گروه سوم: درمان فعال سازی رفتاری، گروه چهارم: گواه

جدول ۳ نشان می دهد که تفاوت میان گروه های مداخله (ذهن آگاهی، معنادرمانی و فعال سازی رفتاری) با گروه

گواه در تمامی مقایسه ها معنادار بود ($P=۰/۰۰۱$). همچنین مقایسه گروه ذهن آگاهی با معنادرمانی و

فعال سازی رفتاری معنادار بود ($P=0/001$) که بیانگر تفاوت الگوی تغییرات توجه بین این مداخلات است. در مقابل، مقایسه گروه معنادرمانی و فعال سازی رفتاری تفاوت معناداری نشان نداد ($P=0/342$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد هر سه مداخله درمان ذهن آگاهی، معنادرمانی و درمان فعال سازی رفتاری بر فعالیت بدنی دانشجویان افسرده اثربخش بودند. نتایج به دست آمده با نتایج حاصل از پژوهش‌های پیشین درباره اثربخشی درمان ذهن آگاهی (۱۳-۱۵)، معنادرمانی (۲۰، ۲۱) و درمان فعال سازی رفتاری (۲۸، ۲۹) بر فعالیت بدنی همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی می‌توان گفت ذهن آگاهی به معنای توجه آگاهانه، هدفمند و بدون قضاوت به تجربه‌های لحظه حال تعریف می‌شود و هدف آن افزایش آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجان‌ها و احساس‌های بدنی است. این رویکرد درمانی از طریق افزایش آگاهی بدنی و شناخت بهتر حالت‌های جسمانی می‌تواند فرد را نسبت به نیازهای فیزیولوژیک بدن خود حساس تر سازد و در نتیجه انگیزش بیشتری برای مراقبت از بدن و مشارکت در فعالیت‌های بدنی ایجاد کند. یکی از سازوکارهای مهم تأثیر درمان ذهن آگاهی بر فعالیت بدنی، بهبود فرایندهای خودتنظیمی است. تمرین‌های ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا افکار منفی، نشخوارهای ذهنی و هیجان‌های ناخوشایند را با پذیرش و مشاهده آگاهانه تجربه کنند، بدون آنکه به اجتناب یا کناره‌گیری از فعالیت‌ها روی آورند. این امر به‌ویژه در افرادی که به دلیل خلق منفی یا استرس از انجام فعالیت بدنی اجتناب می‌کنند اهمیت دارد. در واقع، درمان ذهن آگاهی با کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش

تجربه‌های درونی، می‌تواند موانع روان‌شناختی مشارکت در فعالیت بدنی را کاهش دهد (۸). از سوی دیگر، تمرین‌های ذهن آگاهی باعث افزایش توجه به تجربه‌های بدنی در حین حرکت و ورزش می‌شود. هنگامی که فرد به‌صورت آگاهانه به تنفس، ضربان قلب، کشش عضلات و احساس‌های جسمانی توجه می‌کند، تجربه فعالیت بدنی برای او معنادارتر و لذت‌بخش‌تر می‌شود. این تجربه مثبت می‌تواند انگیزش درونی برای تداوم فعالیت بدنی را تقویت کند. علاوه بر این، ذهن آگاهی با کاهش استرس و تنظیم بهتر هیجان‌ها همراه است و همین امر موجب می‌شود افراد انرژی روانی بیشتری برای مشارکت در رفتارهای سلامت‌محور از جمله فعالیت بدنی داشته باشند (۹). پژوهش‌های تجربی نیز نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند سطح فعالیت بدنی، تداوم در ورزش و تعهد به برنامه‌های تمرینی را افزایش دهند. در این مطالعات گزارش شده است که افرادی که در برنامه‌های آموزش ذهن آگاهی شرکت می‌کنند، نسبت به گروه‌های کنترل فعالیت بدنی بیشتری انجام می‌دهند و رفتارهای کم‌تحرک در آن‌ها کاهش می‌یابد. به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان ذهن آگاهی از طریق افزایش آگاهی بدنی، بهبود خودتنظیمی، کاهش استرس و تقویت انگیزش درونی، زمینه مناسبی برای ارتقای فعالیت بدنی و تداوم آن فراهم می‌کند (۱۳-۱۵).

در تبیین اثربخشی معنادرمانی می‌توان گفت درمانگر معتقد به معنادرمانی می‌کوشد به مراجعش کمک کند که در زندگی خود هدف و منظوری را جست و جو کند، هدف و منظوری که تنها متناسب او و برای او معنا داشته باشد و به این ترتیب مراجع را متعهد انجام کاری می‌کند که مسئولیتش را پذیرفته است (۱۶). هرگاه انسان به این نتیجه برسد که در حال حاضر سرنوشت او رنج بردن است و ناچار است رنجش را به عنوان وظیفه‌ای استثنایی و یگانه

او را به سمت انتخاب رفتارهای سازگارانه‌تر از جمله مشارکت در فعالیت‌های بدنی سوق دهد. همچنین معنادرمانی با کاهش احساس پوچی، بی‌انگیزگی و ناامیدی، که از موانع مهم انجام فعالیت بدنی به شمار می‌روند، به افزایش انرژی روانی و انگیزش درونی کمک می‌کند. در نتیجه، افراد با تجربه معنای بیشتر در زندگی تمایل بیشتری برای حفظ سلامت، انجام فعالیت بدنی منظم و تداوم در رفتارهای ارتقای سلامت نشان می‌دهند و این امر می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و کارکردهای جسمانی و روانی آنان منجر شود.

در تبیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری می‌توان گفت هدف درمان فعال‌سازی رفتار افزایش فعالیت‌ها به صورت تصادفی یا انجام فعالیت‌ها برای لذت بردن یا بهبود یافتن حالت خلق نیست. بلکه هدف این روش درمانی پی‌ریزی روش‌هایی است که مراجع بتواند تقویت‌کنندگان بیشتری را از محیط زندگی خود بدست آورد (۲۲). درمانگر می‌تواند به مراجع خود کمک کند که به موارد اجتناب یا فرار خود آگاهی بیشتری پیدا نماید و به جای استفاده از حالت اجتناب یا فرار از روش‌های مناسبی استفاده کند. همچنین درمانگر در فرایند درمان به مراجع خود کمک می‌کند تا بتواند اهداف کوتاه مدت و طولانی مدت را در فرایند درمان در نظر بگیرد. اهداف کوتاه مدت درمان کمک به مراجع است تا موقعیت‌های زندگی خود را به شیوه‌ای تغییر دهد که کمتر در معرض افسردگی باشد (۲۳). اولین فرایند درمان شامل شناسایی الگوها و یا حوزه‌های اجتنابی شخص و فرایند دوم شامل برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف اولیه یا کوتاه مدت و اهداف بلند مدت درمان است (۲۴). این نوع درمان بر اساس این فرضیه ساخته شده است که روبرو شدن اشخاص مستعد به ابتلا به اختلال افسردگی و پاسخ نامناسب آنان به این مشکلات می‌تواند توانایی آنان را برای بدست آوردن پاداش‌ها در محیط زندگی‌شان را

بپذیرد و هیچ‌کس نمی‌تواند او را از رنج‌هایش برهاند یا به جای او رنج برد (۱۹). به عبارتی دیگر فرد باید سعی کند نگرش و دید خود را نسبت به اتفاقات و دردها تغییر دهد و باور کند این ذهن خود اوست که رویدادها و حوادث را ناگوار و غیرقابل تحمل می‌سازد یا برعکس آن‌ها را تنها مسیریایی از زندگی بداند که باید از آن‌ها گذر کند (۱۷). هدف معنادرمانی این است که بیمار را برای کشف معنای منحصر به فرد زندگی‌اش توانا کند (۱۸). تلاش برای یافتن معنا در زندگی انسان اساسی‌ترین نیروی محرکه هر فرد در دوران زندگی اوست. مشخصه اصلی معنادرمانی تسهیل در پرسش‌های مراجع از معنایابی و قدرت‌دادن آن‌ها به معنای زندگی، مسئولیت‌پذیری و توجه به شرایط زندگی است. به هر حال زندگی نه فقط از روی آگاهی است، بلکه در راستای تعالی نیز در جریان است. تعالی خویشتن جوهر زندگی است. انسان بودن در جهت‌گیری خود انسان هدایت می‌شود (۱۹). معنادرمانی فلسفه‌ای از زندگی را آموزش می‌دهد که در آن فرد برای وجود و حیاتش مسئول و به رشته‌ای از ارزش‌ها پایبند است و برای رنج‌بردن معنایی می‌یابد، طبیعی است که این‌گونه آموزش‌ها به افسرده‌ها می‌تواند امید به زندگی و به دنبال آن سلامت روان آن‌ها را افزایش دهد. هدف معنادرمانی این است که فراسوی امکانات روانی بی‌حدوحدصر فرد افسرده، ارزش‌های پنهان و بدون دستکاری رسیدن به واقعیت را به او آموزش دهد (۳۷). از منظر نظری، معنادرمانی می‌تواند از طریق تقویت احساس معنا و هدفمندی در زندگی، زمینه افزایش رفتارهای سلامت‌محور از جمله فعالیت بدنی را فراهم کند. در این رویکرد درمانی فرض بر این است که زمانی که فرد برای زندگی خود معنا و هدف مشخصی ادراک می‌کند، انگیزش بیشتری برای مراقبت از سلامت جسمی و روانی خود پیدا می‌کند. احساس معنا در زندگی می‌تواند موجب افزایش مسئولیت‌پذیری فرد نسبت به بدن و سلامت خود شده و

کاهش داده و در نتیجه علایم اختلال افسردگی را در آنان ظاهر سازد (۳۸). اهداف درمان فعال سازی رفتار افزایش دادن سیستماتیک فعالیتها به شیوه است که به مراجعان کمک کند تا به منابع بزرگتر پاداش ها در زندگی شان دست یافته و بتوانند مشکلات زندگی شان را حل نمایند. فرایند درمان فعال سازی رفتار به صورت مستقیمی بر روی افزایش میزان انجام برخی از فعالیتها و جلوگیری از انجام برخی دیگر از فعالیتها (مانند اجتناب از انجام برخی از رفتارها و یا کاهش دادن میزان نشخوار ذهنی) متمرکز می شود (۳۹). درمان فعال سازی رفتاری با تأکید بر افزایش مشارکت فرد در فعالیت های هدفمند و ارزشمند، می تواند نقش مهمی در ارتقای فعالیت بدنی در افراد افسرده ایفا کند. این رویکرد با کاهش اجتناب رفتاری و شکستن چرخه کناره گیری، افراد را به سمت انجام تدریجی فعالیت های سوق می دهد که با ارزش های شخصی آنان همسوست؛ فعالیت بدنی نیز معمولاً یکی از این فعالیت های ارزشمند محسوب می شود. فعال سازی رفتاری با افزایش تجربه پاداش، بهبود خلق و ایجاد چرخه های رفتاری مثبت، انرژی روانی و انگیزش لازم برای مشارکت در فعالیت های بدنی را تقویت می کند. در این فرآیند، فرد می آموزد که به جای انتظار برای ایجاد انگیزه، با اقدام رفتاری شروع کند و از طریق تجربه پیامدهای مثبت فعالیت بدنی، تقویت طبیعی و درونی دریافت کند. همچنین کاهش علائم افسردگی که یکی از نتایج مهم فعال سازی رفتاری است، می تواند موانع روان شناختی فعالیت بدنی نظیر خستگی، ناامیدی و بی انرژی بودن را کاهش دهد و به افزایش مشارکت در فعالیت های جسمانی منجر شود. به این ترتیب، درمان فعال سازی رفتاری با ایجاد ساختاری منسجم برای افزایش رفتارهای سازگاران و کاهش اجتناب، مسیر مؤثری برای بهبود و تداوم فعالیت بدنی فراهم می کند.

با توجه به روش پژوهش حاضر، برخی محدودیت ها و پیشنهاد های پژوهشی و کاربردی قابل اشاره است. از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به محدود بودن جامعه آماری به دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد واحد نائین اشاره کرد که ممکن است تعمیم پذیری یافته ها را به سایر دانشگاه ها، گروه های سنی و بافت های فرهنگی محدود سازد. همچنین استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و حجم نمونه نسبتاً محدود، احتمال سوگیری نمونه و کاهش قابلیت تعمیم نتایج به جمعیت های بزرگ تر را به همراه دارد. از سوی دیگر، استفاده از ملاک های ورود و خروج خاص و حذف افرادی که همزمان درمان یا دارودرمانی دریافت می کردند، ممکن است موجب کاهش تنوع نمونه و فاصله گرفتن شرایط پژوهش از موقعیت های واقعی بالینی شده باشد. بر این اساس، پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده از نمونه های بزرگ تر و روش های نمونه گیری تصادفی در دانشگاه ها و شهرهای مختلف استفاده شود تا تعمیم پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین بررسی اثربخشی این مداخلات در جمعیت های دیگر مانند دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی یا سایر گروه های سنی و با در نظر گرفتن دوره های پیگیری طولانی تر می تواند به غنای یافته ها کمک کند. در سطح کاربردی نیز پیشنهاد می شود از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، معنادرمانی و فعال سازی رفتاری به عنوان برنامه های پیشگیرانه و مداخله ای در مراکز مشاوره دانشگاه ها استفاده شود و این برنامه ها در قالب کارگاه ها و دوره های آموزشی برای ارتقای سلامت روان و افزایش فعالیت بدنی دانشجویان طراحی و اجرا شوند.

پی نوشت ها

1. Depression Disorder
2. Physical Activity

7. Health Responsibility
8. Nutrition
9. Stress Management
10. Interpersonal Support

References

1. Kim, Y. K., Han, K. M. Neural substrates for late-life depression: A selective review of structural neuroimaging studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2021, 104, 110010. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110010>
2. Aftab, R. The mediating role of interpersonal problems in the relationship between experiential avoidance with depression and anxiety. *Journal of Applied Psychology*, 2017, 10(40), 521–40. In Persian
3. Halder, N. Depression. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2nd ed., pp. 199–206). Elsevier. 2015. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14095-5>
4. Vaccarino, S. R., Kennedy, S. H. Treatment resistant depression. In G. H. Vazquez, C. A. Zarate, & E. M. Brietzke (Eds.), *Ketamine for Treatment-Resistant Depression* (pp. 33–84). Academic Press. 2021. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-821293-3.00003-5>
5. Schuch, F., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, B., Stubbs, B. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of Psychiatric Research*, 2018, 77, 42–51. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.023>
6. Mohammadalizadeh Namini, A., Esmaeilzadeh Akhoundi, M. Comparing the components of mindfulness and emotional health in people with major depression, generalized anxiety disorder and normal individuals. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 2016, 3(4), 12–26. In Persian

3. Mindfulness
4. Logotherapy
5. Behavioral Activation Treatment
6. Self-Actualization
7. Gardhouse, K., Segal, Z. Mindfulness. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2nd ed., pp. 549–553). Elsevier. 2015. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14170-6>
8. Wilson, J. M., Weiss, A., Shook, N. J. Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, 2020, 152, 109568. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109568>
9. Jankowski, T., Holas, P. Metacognitive model of mindfulness. *Consciousness and Cognition*, 2014, 28, 64–80. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.06.005>
10. Morgan, L. P. K., Danitz, S. B., Roemer, L., Orsillo, S. M. Mindfulness approaches to psychological disorders. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (2nd ed., pp. 148–155). Academic Press. 2016. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00139-9>
11. Wimmer, L., Bellingrath, S., von Stockhausen, L. Mindfulness training for improving attention regulation in university students. *Frontiers in Psychology*, 2020, 11, 719. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00719>
12. Jalali, D., Aghaei, A., Talebi, H., Mazaheri, M. Comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive training and cognitive-behavioral training. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 2015, 5(1), 1–20. In Persian
13. Creswell, J. D., Lindsay, E. K., Villalba, D. K. Mindfulness training and health behavior change: Mechanisms of action and

- intervention implications. *Current Opinion in Psychology*, 2021, 44, 96–101. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.08.006>
14. Zhang, Q., Si, G., Du, M., Chan, K. Mindfulness and physical activity: A systematic review and meta-analysis of correlational studies. *Sports Medicine*, 2021, 51(9), 2011–2025. <https://doi.org/10.1007/s40279-021-01454-4>
15. Donald, J. N., Morrison, R., Hill, M. P., McGlinchey, A., Chambers, R. Mindfulness and physical activity: A meta-analysis of intervention studies. *Health Psychology Review*, 2020, 14(2), 250–276. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1706615>
16. Wong, P. P. Logotherapy. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of Psychotherapy* (pp. 107–113). Academic Press. 2002. <https://doi.org/10.1016/B0-12-343010-0/00070-2>
17. Batthyány, A. *Logotherapy and existential analysis*. Springer. 2016. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-29424-7>
18. Palinggi, E., Zulkifli, A., Maidin, A., & Fitri, A. U. Effect of logotherapy to control depression of drug abuser. *Enfermería Clínica*, 2020, 30, 423–426. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.105>
19. Devoe, D. Viktor Frankl's logotherapy: The search for purpose and meaning. *Student Pulse*, 2012, 4.
20. Hooker, A., Masters, S., Park, C. A meaning-centered intervention to promote health behaviors: A randomized controlled trial. *Health Psychology*, 2020, 39(3), 190–200. <https://doi.org/10.1037/hea0000834>
21. Kim, E. S., Chen, Y., & VanderWeele, T. J. Association of purpose in life with physical activity and health behaviors: A longitudinal study. *JAMA Network Open*, 2021, 4(6), e2114823. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.14823>
22. O'Mahen, H. A., Wilkinson, E., Bagnall, K., Richards, D. A., Swales, A. Shape of change in internet-based behavioral activation treatment for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 2017, 95, 107–116. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.012>
23. Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., Eifert, G. H. Contemporary behavioral activation treatments for depression. *Clinical Psychology Review*, 2003, 23(5), 699–717. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00070-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00070-9)
24. Knittle, K., Gellert, P., Moore, C., Bourke, N., Hull, V. Goal achievement and goal-related cognitions in behavioral activation treatment for depression. *Behavior Therapy*, 2019, 50(5), 898–909. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.12.006>
25. O'Mahen, H. A., Moberly, N. J., Wright, K. A. Trajectories of change in group behavioral activation treatment. *Behavior Therapy*, 2019, 50(3), 504–514. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.004>
26. Forbes, C. N. New directions in behavioral activation. *Clinical Psychology Review*, 2020, 79, 101860. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101860>
27. Soucy Chartier, I., Blanchet, V., & Provencher, M. D. Behavioral activation and depression: A contextual treatment approach. *Santé Mentale au Québec*, 38(2), 2013, 175–194. <https://doi.org/10.7202/1023986ar>
28. Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. Behavioural activation for depression. *PLOS ONE*, 2020, 15(5), e0233630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233630>
29. Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., Eifert, G. H. Contemporary behavioral

- activation treatments for depression. *Clinical Psychology Review*, 2021, 87, 102033. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102033>
30. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961, 4, 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
31. Taheri Tanjani, P., et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 2015, 22(1), 189–198. In Persian
32. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. The health-promoting lifestyle profile. *Nursing Research*, 1987, 36(2), 76–81. <https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>
33. Mohammadi Zeidi, I., Pakpour Hajiagha, A., Mohammadi Zeidi, B. Reliability and validity of Persian version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 2011, 20(1), 102–113. <https://jmums.mazums.ac.ir>
34. Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Antonuccio, D., Teri, L. Group therapy for depression: The coping with depression course. *International Journal of Mental Health*, 1984, 13(3–4), 8–33. <https://doi.org/10.1080/00207411.1984.11449194>
35. Hutzell, R. R. A general course of group logotherapy. Viktor Frankl Foundation of South Africa. 2002.
36. Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., Pagoto, S. L. Ten-year revision of the brief behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification*, 2011, 35(2), 111–161. <https://doi.org/10.1177/0145445510390929>
37. Riethof, N., Bob, P. Burnout syndrome and logotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 2019, 10, 382. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00382>
38. Pepin, R., Stevens, C. J., Choi, N. G., Feeney, S. M., Bruce, M. L. Modifying behavioral activation to reduce social isolation and loneliness among older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.006>
39. Crits-Christoph, P., Goldstein, E., King, C., Jordan, M., Thompson, D., Fisher, J., et al. A feasibility study of behavioral activation for major depressive disorder in a community mental health setting. *Behavior Therapy*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.05.001>