

اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر میزان تاب‌آوری روان‌شناختی و خود - تعیینی دانش‌آموزان دختر

افسرده

مهدی یوسف‌وند^۱، عزت اله قدم‌پور^{۲*}، هومن رجیبی^۳، بنفشه حسنونند^۴، مسلم یوسف‌وند^۵

(۱) گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

(۲) گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

(۳) گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

(۴) گروه روانشناسی، واحد الشتر، دانشگاه پیام نور، الشتر، ایران

(۵) گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

*نویسنده مسوول: Email: Ghadampour.e@lu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله ۹۶/۱۱/۰۲

تاریخ دریافت مقاله ۹۵/۰۷/۱۴

چکیده

هدف اصلی این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در تغییر سطح تاب‌آوری روان‌شناختی و خود - تعیینی دانش‌آموزان دختر افسرده شهر خرم‌آباد بود. این پژوهش به صورت شبه‌تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه پژوهش ۴۰ آزمودنی بود که از میان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی دارای افسردگی شهر خرم‌آباد انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (کیفیت زندگی درمانی) و گواه گمارده شدند. در مرحله مداخله گروه آزمایش در ۸ جلسه تحت آموزش زندگی درمانی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تجدید نظر شده خود تعیینی و پرسش‌نامه تاب‌آوری روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت معناداری بین دو گروه نشان داد ($p < 0/01$). یافته‌ها حاکی از آن بود که کیفیت زندگی درمانی در افزایش خود - تعیینی و تاب‌آوری روان‌شناختی اثربخش است.

کلید واژه‌گان: کیفیت زندگی درمانی، تاب‌آوری روان‌شناختی، خود - تعیینی، افسردگی

مقدمه

رایج در دنیا تبدیل شود (کیمبرل، مه‌یر، دی‌بیر، گالیور و موریسست^۳، ۲۰۱۴). پژوهش‌گران علوم بهداشت روانی - رفتاری بر این باور هستند که بر طبق آمارهای بین‌المللی ۱۵ درصد از افراد سنین بین ۱۵ تا ۷۴ سال که به پزشکان مراجعه می‌کنند، دارای علائم افسردگی مانند عدم توانایی تفکر، تمرکز، خود - تعیینی پایین بین خود و دیگران،

افسردگی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است (کامیمورا، نوریان، آساسنیک و روا^۲، ۲۰۱۰) که شیوع رو به رشد آن به یک نگرانی جهانی تبدیل شده و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری

1 Depression

2 Akiko, Nourian, Assasnik & Roa

3 Kimbrel, Meyer, DeBeer, Gulliver & Morisette

پایژاوو، لنز، لاکانت و شلدون^{۱۲}، ۲۰۱۶) می‌باشد. نیازهای خودتعیین‌گری شامل سه بعد شایستگی ادراک شده؛ به معنای توانایی فرد برای انجام تکالیف در جهت رسیدن به اهداف مورد نظر (روکا و ماریلن^{۱۳}، ۲۰۰۸)، خودمختاری ادراک شده؛ تمایل فرد برای پیگیری آزادانه فعالیت‌های خود (روکا و ماریلن، ۲۰۰۸)، و ارتباط ادراک شده^{۱۴}؛ به معنای ارتباط با افرادی که برای فرد اهمیت دارند و یا از او حمایت می‌کنند (روکا و ماریلن، ۲۰۰۸)، می‌باشد (گونزالز، سیرا، فریز و هاگر^{۱۵}، ۲۰۱۶). زیربنایی تئوریک نیازهای خودتعیین‌گری، نظریه دسی و ریان^{۱۶} (۱۹۸۵) است (دسی و ریان، ۱۹۸۵). مطالعات نشان داده‌اند که سطح نیازهای اساسی روانی (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) در دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی پایین‌تر از حد متوسط می‌باشد (هانگ، لی، چن و هانگ^{۱۷}، ۲۰۱۶).

مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی در کودکان و دانش‌آموزان دختر از موضوعات مهم در گستره علم روان‌شناختی است. بوریم، شویتزر و ابرین^{۱۸} (۲۰۱۴) با بازنگری پژوهش‌ها نشان دادند که بیش از ۲۰ درصد دانش‌آموزان دختر تا ۱۸ سالگی حداقل یک بار به افسردگی بالینی دچار می‌شوند. بوریم و همکاران (۲۰۱۴) افسردگی دانش‌آموزان دختر را با مشکلاتی همچون ضعف مهارت‌های اجتماعی، گریز عاطفی و تاب‌آوری روان‌شناختی کاهش یافته مرتبط است. در تبیین علل

تصویر بدنی منفی^۱ دارند، دچار تضاد شناختی^۲ می‌شوند، نیاز به کنترل افکار^۳ در آن‌ها دیده می‌شود، احتمال دارد به آسانی دچار حواس‌پرتی^۴ و یا مشکلات حافظه^۵ شوند (تامسون، پتی و مور^۶، ۲۰۱۴). و لذا این پژوهش از بین نشانگان بالا به بررسی دو نشانه خود - تعیینی^۷ و تاب-آوری روان‌شناختی^۸ پایین در بیماران افسرده پرداخته است. تاب‌آوری روان‌شناختی به صورت خودارزشیابی مثبت از موقعیت آکادمیکی، احساس کنترل بر عملکرد روان‌شناختی و اعتماد به مهارت‌ها و توانایی‌های شناختی تعریف شده است (گاتمن و شین^۹، ۲۰۱۲). ریچاردسون^{۱۰} (۱۹۹۰) تاب‌آوری روان‌شناختی را به صورت فرآیند مقابله با استرس و چالش‌های پیش‌رو در مدرسه و بهره‌گیری از مهارت‌هایی که به دانش‌آموز برای غلبه بر این شرایط کمک می‌کنند، تعریف کرده است. یکی دیگر از نشانه‌های افسردگی که در این مقاله بر آن تاکید شده است میزان خود - تعیینی است.

از طرفی هم افسردگی یک عامل پیش‌بین قوی است که باعث آسیب‌هایی مانند کاهش ادراک بهینه، امید به زندگی، امید به موفقیت‌های در همه زمینه‌ها می‌شود (لیانگ، ژیو، یوان، شایو و بیان^{۱۱}، ۲۰۱۳). برخی مطالعات نشان داده‌اند که از مهمترین پیامدهای ناخوشایند افسردگی در بین دانش‌آموزان کاهش سطح نیازهای خودتعیین‌گری (لیانگ و همکاران، ۲۰۱۳ و کوردیرو،

1 Negative body image

2 Cognitive conflict

3 Need to control thoughts

4 Distractions

5 Memory problems

6 Thomson, Petty & Moore

7 Self - differentiation

8 Academic Resilience

9 Gutmann & Shean

10 Richardson

11 Liang, Zhou, Yuan, Shao, & Bian

12 Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante, & Sheldon

13 Roca, & Marylene

14 Competence, Autonomy and Perceived Communication

15 Gonzalez, Sicilia, Sierra, Ferriz & Hagger,

16 Deci & Ryan

17 Hung, Li, Chen, Chiang, Chen & Hung

18 Burrim, Schweitzer & O'Brien

استعاره، تن‌آرامی و مراقبه، کیفیت زندگی درمانی را ارائه داد. کیفیت زندگی درمانی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. نظریه کیفیت زندگی بیشتر فرض می‌کند که مؤلفه‌های عاطفی شادکامی تا حد زیادی از قضاوت یا ارزیابی‌های انسان از رضایت از زندگی بر اساس شناخت سرچشمه می‌گیرد، درست مثل هنگامی که استانداردها و ملاک‌های انسان برای کار رضایت بخش تحقق یافته است و فرد احساس شادی، ایمنی و آسایش می‌کند (موتا و ماتوز^۸، ۲۰۱۶). هدف کیفیت زندگی - درمانی (کیفیت زندگی درمانی) افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیش‌گیری از فرسودگی است (کراتز و وین^۹، ۲۰۰۷). در کیفیت زندگی درمانی مراقبت از خود، معادل غنای درونی است و به عنوان احساس آرامش عمیق، راحتی، هوشیاری و آمادگی برای مواجهه با چالش‌های روزانه به شیوه اندیش‌مندانه، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌شود (فریش، ۲۰۰۶). این رویکرد یک مدل پنج راهه به نام CASIO در زمینه رضایت از زندگی به مثابه طرح و نقش‌های برای کیفیت زندگی و مداخلات روان‌شناسی مثبت برای مددجویان مشخص می‌کند.

مدل CASIO بر اساس دیدگاه کیم‌ویل و استل‌ویل^{۱۰} (۲۰۱۴) برای افزایش رضایت‌مندی و شادی تشکیل شده است از: شرایط عینی یک حوزه یا شرایط زندگی (C). نگرش نسبت به ادراک حوزه‌ها (A). استانداردهایی برای

افسردگی نظریه‌های متفاوتی مطرح شده‌اند. از دیدگاه بالینی، افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی یا غیر لفظی عواطف غمگین اضطرابی یا حالت‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود (شیموتسو و هوریکاوا^۱، ۲۰۱۴). سقوط غیر قابل توجیه تنود حیاتی در قلمرو بدنی با خستگی دائم آشکار می‌شود، در قلمرو شناختی به صورت پراکندگی دقت و مشکل کوشش فکری و در قلمرو عاطفی به شکل حالتی مایخولیایی که با هشیاری فرد نسبت به ناتوانمندی واکنش همراه است، متجلی می‌شود (لاکتر و فرسکو^۲، ۲۰۱۶ و بورتون، ویلیامز، کلارک، هاریس، شوفیلد و گات^۳، ۲۰۱۵).

رویکردهای درمانی مختلفی برای کاهش یا از بین بردن افسردگی و نشانگان آن استفاده می‌شود. یکی از این رویکردهای درمانی کیفیت زندگی درمانی^۴ است که برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است. کیفیت زندگی درمانی رویکردی جدید و جامع است که بر جهت‌گیری روان-شناسی مثبت‌نگر استوار است (کنارد، لیبرمن، ساید و رولف^۵، ۲۰۱۵). علاوه بر این رویکرد روان‌شناختی کیفیت زندگی درمانی در دامنه نسبتاً وسیعی از اختلالات، از جمله افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته و اثربخشی آن مشخص شده است (لی، چن، ژنگ، پانگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۲). فریش^۷ (۲۰۰۶)، با ترکیب رویکرد شناختی رفتاری آرون تی‌بک و روان‌شناسی مثبت به همراه استفاده از

1 Shimotsu & Horikawa

2 Lackner & Fresco

3 Burton, Williams, Clark, Harris, Schofield & Gatt

4 Quality of life therapy

5 Kennard, Lieberman, Saaid & Rolfe

6 Li, Chen, Zeng, Pang

7 Frisch

8 Mota & Matos

9 Kratz & Weyne

10 Kimweli & stilweli

رضایت کلی خانوادگی و موقعیتی کودکان مبتلا افسردگی شد. در پژوهشی نورث‌مور - بال و ایوان^۲ (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، میزان تاب‌آوری روانشناختی آزمودنی‌ها را در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش داده است. رودریگو، ماهر و ویدوز^۳ (۲۰۰۶) در پژوهشی با عنوان مداخله روان‌شناختی به روش کیفیت زندگی درمانی به منظور بهبود کیفیت زندگی و سطح خود - تعیینی در بزرگسالان افسرده پرداختند. نتایج بیانگر آن بود که افراد گروه کیفیت زندگی درمانی نمره‌های بیشتری در مقیاس کیفیت زندگی و سطح خود - تعیینی به دست آوردند. گرانت، سالکد و هاینان^۴ (۱۹۹۵) اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را بر افراد افسرده بررسی کردند. پس از پایان جلسات درمان، مشخص شد که نشانگان افسردگی مانند نشخوار فکری، گریز عاطفی، عدم تمایز عاطفی بین خود و دیگران کاهش یافته بود و همچنین، یک افزایش معناداری در کیفیت زندگی و خودکارآمدی همه بیماران، مشاهده شد. نتایج مطالعه پاترا^۵ (۲۰۱۶) نشان داد که ۷۳ درصد دانش‌آموزان دختر و ۵۸ درصد دانش‌آموزان پسر داری اختلال افسردگی هستند. از دیگر یافته‌های این مطالعه این بود که درمان کیفیت زندگی درمانی به طور معناداری باعث افزایش میزان خود - تعیینی در دانش‌آموزان دختر و پسر شده است. موسک و گیلبو^۶ (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان دادند که زندگی درمانی به طور معناداری باعث افزایش سطح تاب‌آوری روانشناختی دانش‌جویان افسرده نسبت به گروه کنترل می‌شود. با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد روش درمانی

تحقق این حوزه‌ها (S). اهمیتی که برای شادکامی کلی نسبت به یک حوزه قائل می‌شود (I). رضایت‌مندی یک شخص در دیگر حوزه‌های مهم، که فرد فعلاً به آن اهمیت نمی‌دهد (O). سرخط درمان مبتنی بر کیفیت زندگی هدفه حوزه اصلی از زندگی است که از توسعه معنویت و خودپنداره شروع تا همسایگان، اجتماع و این‌که چگونه رضایت از زندگی و شادی را در هر یک از این حوزه‌ها افزایش دهیم، ادامه می‌یابد. این هدفه حوزه اصلی که مداخلات بر آن تمرکز پیدا می‌کند، عبارتند: (۱) اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی، (۲) عزت نفس، (۳) بهداشت و سلامت جسمی، (۴) پول یا استانداردهای زندگی، (۵) کار، (۶) بازی و تفریح؛ (۷) یادگیری، (۸) خلاقیت، (۹) کمک، (۱۰) عشق، (۱۱) دوستان، (۱۲) فرزندان، (۱۳) اقوام و بستگان، (۱۴) همسر، (۱۵) خانه، (۱۶) همسایگان، (۱۷) جامعه. کیفیت زندگی درمانی به صورت گروهی و انفرادی قابل اجرا است. ابتدا از فرد می‌خواهند که از میان هدفه حوزه، حوزه‌های مهمی را که می‌خواهند در آن تغییر ایجاد کنند، مشخص نمایند و سپس درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در طول جلسات بر روی این حوزه‌ها تمرکز می‌یابد. برای هر کدام از این حوزه‌ها تکالیف و تمریناتی بر اساس تکنیک‌ها و اصول درمان برای اجرا در درون جلسات و بیرون جلسات طراحی شده است (فریش، ۲۰۰۶). تحقیقات زیادی در این زمینه صورت گرفته و اثربخشی این درمان را نشان داده‌اند. در پژوهشی که عابدی و وستانیس^۱ (۲۰۱۰) که به منظور ارزیابی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برای والدین کودکان مبتلا به افسردگی در ایران انجام شد، نتایج نشان داد که درمان کیفیت زندگی درمانی باعث کاهش نشانه‌های افسردگی مانند نشخوار فکری، گریز عاطفی، اضطراب، خود - تعیینی و افزایش

2 Northmore-Ball & Evan

3 Rodrigue, Moher & Widows

4 Grant, Salced & Hynan

5 Patra

6 Mosek & Gilboa

1 Abedi & Vostanis

کیفیت زندگی درمانی در درمان افسردگی و کاهش نشانگان این اختلال مؤثر باشد. بنابراین پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی درمان کیفیت زندگی درمانی در تغییر سطح تاب‌آوری روان‌شناختی و خود تمایزیافتگی دانش‌آموزان دختر افسرده است.

فرضیه پژوهش: کیفیت زندگی درمانی بر افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی و میزان خودتعیینی گروه آزمایش تاثیر معناداری می‌گذارد.

روش پژوهش

روش این پژوهش به صورت شبه‌تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. در این پژوهش درمان به عنوان متغیر مستقل محسوب می‌شود که سطوح آن روش کیفیت زندگی درمانی و عدم مداخله است (جدول ۱). متغیرهای تاب‌آوری روان‌شناختی و خود - تعیینی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند. جامعه آماری مطالعه حاضر را کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر خرم‌آباد تشکیل می‌دادند که نمونه مورد مطالعه نیز از این جامعه انتخاب شد. روش اجرا هم به این صورت بود که ابتدا هماهنگی‌های لازم و مکاتبات اداری با آموزش و پرورش مرکز خرم‌آباد انجام گرفت، سپس با مراجعه به مدارس، مدیران و دبیران توجیه شدند. در مرحله اول، ۷۵۰ دانش‌آموز دختر از بین مدارس دخترانه مقطع متوسطه دوم شهر خرم‌آباد به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شد. سپس دانش‌آموزانی که نمره بالایی (نقطه برش ۱۰) در مقیاس افسردگی روانی کسب کردند، شناسایی و مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. آزمودنی‌های دارای افسردگی به صورت تصادفی به دو گروه به شرح زیر گمارده

شدند: ۲۰ نفر برای کیفیت زندگی درمانی (گروه آزمایش) و ۲۰ نفر برای لیست انتظار (گروه گواه). سپس هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی و خود - تعیینی را تکمیل کردند. دو هفته پس از درمان مجدداً از آزمودنی‌های دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ملاک‌های شمول عبارت بودند از: دبیرستانی بودن، عدم مصرف داروهای روان‌گردان، عدم ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی (با مصاحبه بالینی)، نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی (با مصاحبه بالینی)، داشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، مصرف داروهای روان‌گردان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، و دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی. لازم به ذکر است افرادی که در لیست انتظار بودند بعد از انجام پژوهش به صورت داوطلبانه تحت درمان قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تجدید نظر شده خودتعیینی و پرسش‌نامه تاب‌آوری روان‌شناختی استفاده شد.

الف) مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی کانر- دیویدسون^۱ (CD-RISC): مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون (۲۰۰۳) یک ابزار ۲۵ سوالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره وی صد است. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تایید کرده است (کانر و دیویدسون،

^۱ Connor- Davidson, Resilience Scale (CD-RISC)

سوریبو و همکاران (۲۰۰۹) ۰/۸۵ گزارش شده است. خرده مقیاس شایستگی ادراک شده، شامل ۶ جمله که ضریب اعتبار آن توسط سوریبو و همکاران (۲۰۰۹) ۰/۸۰ گزارش شده است. مقیاس ارتباط ادراک شده، شامل ۸ جمله که ضریب اعتبار گزارش شده توسط سوریبو و همکاران (۲۰۰۹) ۰/۸۹ است. ضریب پایایی خرده مقیاس‌های خودمختاری ادراک شده، شایستگی ادراک شده و ارتباط ادراک شده در این مطالعه به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۹ و ۰/۸۷ بدست آمد. اعتبار این مقیاس در مطالعه حاضر بر اساس روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

در پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) استفاده شده است.

۲۰۰۳). پایایی و روایی فرم فارسی مقیاس تاب‌آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (بشارت، ۱۳۸۶). در خصوص این تحقیق با توجه به جدول مربوطه در مورد متغیر تاب‌آوری که شامل ۲۵ سوال بوده است، میزان شاخص آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۶ در حد قابل قبول و تایید کننده پایایی پرسشنامه می‌باشد. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شد و روایی و پایایی آن به دست آمد. در این تحقیق برای تعیین روایی ابتدا همبستگی هرگویه با نمره کل مقوله محاسبه و سپس، از روش تحلیل عامل استفاده شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل نشان داد که به جز مورد (گویه ۳) ضرایب بین ۰/۶۴ تا ۰/۴۱ بودند. در مرحله بعد گویه‌های مقیاس با استفاده از روش مولفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. مقدار (KMO) برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۵/۲۹ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان داد. به منظور تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری از روش آلفای کرونباخ استفاده شده و ضریب پایایی حاصله برابر ۰/۸۹ بود (محمدی، ۱۳۸۴). در مطالعه حاضر ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد که نشان دهنده اعتبار بالای ابزار مربوطه می‌باشد.

ب) مقیاس خودتعیین‌گری (خودمختاری، شایستگی و ارتباط ادراک شده) سوریبو و همکاران (۲۰۰۹): این مقیاس دارای ۲۱ سوال و سه خرده مقیاس می‌باشد که در یک طیف لیکرتی طراحی شده است (سوریبو، هالواری، فلات و کریستینسن^۱، ۲۰۰۹). خرده مقیاس خودمختاری ادراک شده، شامل ۷ جمله که ضریب اعتبار آن توسط

¹ Sorebo, Halvari, Flaata & Kristiansen

جدول ۱. شرح جلسات کیفیت زندگی درمانی

جلسه	محتوای درمان
اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت کنندگان برای حضور در جلسات، معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، تاب‌آوری روانشناختی و خودتمایز یافتگی
دوم	مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف کیفیت زندگی درمانی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، معرفی حیطه‌های شانزده‌گانه زندگی که کیفیت کلی زندگی فرد را تشکیل می‌دهند، کشف موارد مشکل آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه بازخورد
سوم	مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی CASIO به عنوان پنج ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی C به عنوان راهبرد اول و کاربرد آن در ابعاد شانزده‌گانه کیفیت زندگی
چهارم	مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون CASIO، معرفی A به عنوان استراتژی دوم در ابعاد شانزده‌گانه کیفیت
پنجم	مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون CASIO، معرفی S به عنوان استراتژی سوم برای افزایش کیفیت زندگی
ششم	مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، معرفی I به عنوان استراتژی چهارم و کاربرد این اصل برای افزایش رضایت
هفتم	مروری بر بحث جلسه قبل، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط، معرفی O به عنوان استراتژی پنجم
هشتم	ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و آموزش

دارد. همچنین بر اساس نتایج جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌ها در متغیرهای مورد مطالعه مشخص و قابل مشاهده می‌باشد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های جدول ۲، بین نمره آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک پیش‌آزمون و پس-

آزمون

موقعیت	گروه		گواه		آزمایش	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
متغیرها	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
خودمختاری ادراک - خود -	۱۸/۳۵	۵/۱۵	۱۷/۲۲	۵/۱۶	۱۸/۷۳	۶/۶۴
شده						
تعیینی	۱۵/۱۴	۴/۵۵	۱۶/۹۲	۵/۶۶	۱۸/۷۵	۵/۵۳
شایستگی ادراک شده						
ارتباط ادراک شده	۲۰/۵۷	۶/۳۳	۲۲/۸۵	۵/۴۹	۱۹/۱۶	۶/۹۷
تاب‌آوری روانشناختی	۴۹/۱۳	۷/۵۲	۵۰/۳۶	۷/۸۴	۷/۴۰	۷/۶۳
انحراف استاندارد						
میانگین	۲۶/۹۸	۴/۹۷	۲۹/۶۰	۴/۵۵	۲۲/۲۷	۴/۳۷
انحراف استاندارد						
میانگین	۶۱/۵۳	۸/۳۴	۶۱/۵۳	۸/۳۴	۶۱/۵۳	۸/۳۴
انحراف استاندارد						

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به تفاوت بین دو گروه کنترل و آزمایش از روش تحلیل کوواریانس تک

حساب شد و با توجه به نتیجه بدست آمده ($F=1/68$):
 $p>0/05$) مشخص شد که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون نیز رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس‌های خرده مولفه‌های مورد مطالعه در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند، که این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می‌دهد. نتیجه آزمون کرویت بارتلت از لحاظ آماری معنادار می باشد به این معنا که فرض صفر مبنی بر ناهبسته بودن داده‌ها رد و فرض خلاف مبتنی بر همبسته بودن داده‌ها تایید می‌شود. یعنی این آزمون نشان داد که ماتریس همبستگی مشاهده شده متعلق به جامعه‌ای با متغیرهای همبسته است. و لذا می‌توان تحلیل واریانس و کوواریانس را انجام داد.

متغیره و چند متغیره (مانگوا) بهره گرفته شد. از جمله پیش فرض‌هایی که در تحلیل کوواریانس منظور می‌گردد، فرض نرمال بودن توزیع متغیرها (آزمون کولموگروف - اسمیرنوف)، یکسانی واریانس‌ها (آزمون لوین)، همگنی واریانس - کوواریانس (آزمون ام باکس) و کرویت بارتلت می‌باشد که در مطالعه حاضر این مفروضه‌ها بررسی و اعتبار آن‌ها مورد تایید قرار گرفت. در مطالعه حاضر یافته‌های آماری نشان داد که سطح معناداری به دست آمده در آزمون کولموگروف - اسمیرنوف، در متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه، بیش از مقدار ملاک $0/05$ می‌باشد، و بنابراین می‌توان گفت که توزیع متغیرهای مورد بررسی در نمونه آماری داری توزیع نرمال می‌باشد. برای اثبات توازی شیب رگرسیون مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل در دو گروه کنترل و آزمایش

جدول ۳. آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس در متغیرهای خود - تعیینی و

تاب‌آوری روان‌شناختی

مؤلفه	BOXES M	F	سطح معناداری
خود - تعیینی	۷/۳۱۵	۱/۰۰۵	۰/۳۱۱
تاب‌آوری روان‌شناختی	۶/۴۰۱	۱/۴۱۵	۰/۲۵۸

- کواریانس برای خود - تعیینی ($F=1/005$ و $p>0/05$)

و تاب‌آوری روان‌شناختی ($F=1/415$ و $p>0/05$) به خوبی رعایت شده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد سطح معناداری $p>0/05$ می‌باشد که گویای آن است شرط همگنی ماتریس واریانس

جدول ۴. نتایج آزمون لامبدای ویکلز در تحلیل واریانس چندمتغیره

مؤلفه	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	سطح معناداری	مجذور ایتا
خود - تعیینی و تاب‌آوری روان‌شناختی <td>لامبدای ویکلز <td>۰/۷۱۴ <td>۹/۳۰۲ <td>۷۶ <td>۳ <td>۰/۰۰۱ <td>۰/۳۱۲</td> </td></td></td></td></td></td>	لامبدای ویکلز <td>۰/۷۱۴ <td>۹/۳۰۲ <td>۷۶ <td>۳ <td>۰/۰۰۱ <td>۰/۳۱۲</td> </td></td></td></td></td>	۰/۷۱۴ <td>۹/۳۰۲ <td>۷۶ <td>۳ <td>۰/۰۰۱ <td>۰/۳۱۲</td> </td></td></td></td>	۹/۳۰۲ <td>۷۶ <td>۳ <td>۰/۰۰۱ <td>۰/۳۱۲</td> </td></td></td>	۷۶ <td>۳ <td>۰/۰۰۱ <td>۰/۳۱۲</td> </td></td>	۳ <td>۰/۰۰۱ <td>۰/۳۱۲</td> </td>	۰/۰۰۱ <td>۰/۳۱۲</td>	۰/۳۱۲

مولفه‌های خود - تعیینی و تاب‌آوری روان‌شناختی

$F=9/302$ و $p<0/01$ تفاوت معنادار وجود دارد.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴ نشان می‌دهد

که بین دو گروه کنترل و آزمایش حداقل در یکی از خرده

جدول ۵. تحلیل کوواریانس چند متغیره اثرات کیفیت زندگی درمانی بر خود - تعیینی و تاب‌آوری روان‌شناختی

منبع تغییر	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	خود - تعیینی	۶۴۰/۷۶	۲	۳۲۰/۳۸	۷/۱۵	۰/۰۱	۰/۳۹
خطا	خود - تعیینی	۱۹۸۷/۲۴	۵۷	۳۴/۸۶			
گروه	تاب‌آوری روان‌شناختی	۶۱۲/۴۰	۲	۳۰۶/۲۰	۶/۷۴	۰/۰۱	۰/۳۴
خطا	تاب‌آوری روان‌شناختی	۱۷۶۸/۶۵	۵۷	۳۱/۰۲			

است. به عبارت دیگر میزان خود - تعیینی و تاب‌آوری روان‌شناختی در افرادی که در جلسات کیفیت زندگی درمانی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه افزایش معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات گرانت و همکاران (۱۹۹۵)، پاداش (۱۳۸۹)، رودریگو و همکاران (۲۰۰۶)، پاترا (۲۰۱۶)، طغیانی (۱۳۹۰)، نورث-مور - بال و ایوان (۲۰۱۶)، موسک و گیلوا (۲۰۱۶) و هانگ و همکاران (۲۰۱۶) همسو است.

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر گروه (سطح متغیر مستقل) بر نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل دانش‌آموزان دختر از نظر آماری معنادار است ($P=0/05$) به این معنا که دانش‌آموزان دختر افسرده‌ای که تحت درمان با کیفیت زندگی درمانی بودند نسبت به گروه کنترل که از این درمان برخوردار نبودند، افزایش قابل ملاحظه و معناداری در میزان خود - تعیینی و تاب‌آوری روان‌شناختی، داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی (کیفیت زندگی درمانی) در تغییر سطح تاب‌آوری روان‌شناختی و خود - تعیینی دانش‌آموزان دختر افسرده انجام شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی درمانی باعث افزایش میزان خود - تعیینی و تاب‌آوری روان‌شناختی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده

از دیگر دلایل تبیین یافته‌های این مطالعه این است، افرادی که دچار افسردگی هستند مفهوم‌های ذهنی منفی بیشتری نسبت به خود و محیط اطراف دارند و همین داشتن مفهوم‌های منفی باعث می‌شود که این دسته افراد دید خوب و مثبتی نسبت به خود، دیگران و ارتباط با محیط اطراف نداشته باشند. یکی از ابعاد این منفی‌نگری نسبت به خود و دیگران به این معقوله بر می‌گردد که چون فرد افسرده دید منفی نسبت به خود و دیگران دارد فکر می‌کند و یا در این اندیشه است که دیگران نیز همچین دیدگاهی نسبت به او دارند و لذا همین امر باعث می‌شود که فرد سطح شایستگی ادراک شده‌اش پایین بیاید

افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا، می‌تواند در ارتقاء میزان خود - تعیینی آنان مؤثر باشد. همچنین در این روش به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزتگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی پرداخته می‌شود و از خودتأمین‌یافتگی به عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر هیجان مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش افسردگی استفاده می‌شود.

از دلایل دیگر تبیین یافته‌های این مطالعه این است که چون در روش درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی به بررسی ابعاد مختلف زندگی فرد، خواسته‌ها، مشکلات پیش‌رو، نحوه غلبه بر مشکلات پرداخته می‌شود افراد افسرده می‌توانند از این راه آگاهی خود را بالا برده و شناخت بهتری از مشکلات خود داشته باشند و لذا همین عامل باعث می‌شود که افراد تاب‌آوری بالاتری را به دلیل شناخت بیشتر نسبت به مشکلات و راه‌حل‌های غلبه بر این مشکلات داشته باشند. همانطور که می‌دانید، افراد افسرده تاب‌آوری روانشناختی و خود - تعیینی پایینی دارند. هدف در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی این است که مهارت‌ها و آگاهی‌ها افزایش یابد و مراجعان اراده خود را در مورد جنبه‌هایی از خود - تعیینی که قابل تغییر است، تقویت کنند؛ به طوری که به درک جایگاه من، هم‌آمیختگی بادیگران، واکنش‌پذیری عاطفی و موفقیت بیشتر دست یابند. در این رویکرد اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعین در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش روانشناختی آموزش داده می‌شود. از دلایل دیگر برای تبیین این یافته‌ها این است که باید گفت یکی از خصوصیات بارز افراد افسرده خلق پایین و تحمل کم

و نتواند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار کند. حال آن‌که در روش کیفیت زندگی درمانی بر مفهوم‌سازی مجدد، آماده‌سازی مراجعین و همچنین آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی و تشکیل مفاهیم مثبت و نو نسبت به خود و دیگران، و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش است که می‌تواند رابطه فرد را با خود و دیگران بهبود دهد و نسبت به خود و دیگران دید مثبت‌تر و خوش‌بینانه‌تری داشته باشد به طوری که هم سطح ارتباط و شایستگی ادراک شده‌اش افزایش می‌یابد و هم اینکه می‌تواند به خوبی با دیگران و محیط اطراف ارتباط مثبت و سازنده برقرار کند. همچنین گنجاندن این فعالیت‌ها و تمرین‌ها در برنامه هفتگی، باعث می‌شود که فرد افسرده به تدریج از شرایط نامناسب خود مبنی به تفکرات منفی، دلهره، شایستگی و ارتباط ادراک شده سطح پایین فاصله گرفته و کم‌کم به سمت و سوی مثبت‌اندیشی و داشتن یه دید بهتر و خوش‌بینانه نسبت به خود و دیگران حرکت کند.

از دلایل تبیین این یافته‌ها این است که کیفیت زندگی درمانی از طریق راهبردهایی چون شناسایی هیجان‌ات منفی و نحوه مقابله با آن‌ها، و برنامه‌های درمانی اختلال افسردگی که شامل راهبردهای مقابله هیجان‌محور از قبیل ارائه پاسخ‌های هیجانی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، گریز عاطفی، گریز از دیگران، جایگاه من تضعیف شده و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود، موجب افزایش هم-آمیختگی بادیگران و واکنش‌پذیری عاطفی می‌گردد. از طرف دیگر، این یافته‌ها را می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که خود - تعیینی پایین با افسردگی روانی ارتباط قوی داشته و افراد دارای خود - تعیینی پایین، احتمال بیشتری دارد که به افسردگی روانی مبتلا شوند. لذا این روش با

آموزش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی مختص دانش‌آموزان، در نظر گرفته شود.

منابع

- بشارت، علی. (۱۳۸۶). *رابطه علی بین خوش بینی، شوخ طبعی، سلامت روان و امید به زندگی در دبیران مقطع راهنمایی شهرستان/ یزده*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

- پاداش، زهرا. (۱۳۸۹). *بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی همسران شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان.

- طغیانی، معین. (۱۳۹۰). *اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر سلامت روان، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی نوجوانان پسر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی: دانشگاه اصفهان.

- محمدی، محسن. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران.

- Abedi, M. R., & Vostanis, P. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19 (7): 605-13.

- Burrin, A., Schweitzer, R., & O'Brien, J. (2014). Correlates of Female Sexual Functioning: Adult Attachment and Differentiation of Self. *The Journal of Sexual Medicine*, 11 (9): 2188-2195

- Burton Karen, L.O., Leanne, M. Williams, C. Richard Clark, Anthony Harris, Peter R. Schofield, Justine, M. Gatt. (2015). Sex differences in the shared genetics of dimensions of self-reported

در برابر مشکلات و سختی‌های روان‌شناختی و نداشتن احساس خوب از خود و محیط دانشگاه است. نظریه کیفیت زندگی بر این فرض استوار است که مراجعانی که تاب‌آوری خود را به حداکثر می‌رسانند، فواید بیشماری را به دست می‌آورند. احساس خوب داشتن خود تقویت‌کننده است و یکی از خدمات بزرگ این درمان، ایجاد احساس خوب در افراد از طریق پایین آوردن انتظارات و توقعات است و همین احساس خوب باعث می‌شود که افراد سطح تحملشان بالاتر رفته و بتوانند با مشکلات روان‌شناختی به صورت بهتر و مثبت‌تر برخورد کنند.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود. از جمله اینکه در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارش‌دهی استفاده شد، ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند و با توجه به تأثیر عوامل انسانی، در نتایج پژوهش محدودیت‌هایی در این خصوص به وجود آمده باشد. همچنین باید در نظر داشت که تحقیق حاضر در شهر خرم‌آباد اجرا شده و نتایج آن قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور نیست به همین دلیل در تفسیر نتایج پژوهش این موضوع باید این محدودیت‌ها مد نظر قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که تحقیق فوق بر روی دانش‌آموزان سایر مدارس و در دیگر نقاط کشور هم اجرا گردد تا بتوان نتایج را مورد مقایسه قرار داد. همچنین توصیه می‌گردد که با توجه به نقش روش زندگی درمانی بر میزان خود - تعیینی و تاب‌آوری روان‌شناختی دانش‌آموزان، از نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به صورت عملی در مراکز مشاوره مدارس استفاده نمود و در مدارس، کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های

study in Taiwan. *Asian Journal of Psychiatry*, 23 (11): 131-136

- Kamimura, A., Nourian, M., Assasnik, N., & Roa, K. (2010). Depression and intimate partner violence among college students in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*, 23 (4): 51-55

- Kennard, E., Lieberman, J., Arjmand, S., & Rolfe, K. (2015). Preliminary Comparison of Laryngeal Manipulation and Postural Treatment on Voice Quality in a Prospective Randomized Crossover Study. *Journal of Voice*, (6): 751-754

- Kimbrel, N. A., Meyer, E. C., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., Morissette, S. B. (2014). A 12-Month prospective study of the effects of PTSD depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatry Research*, 19 (7): 97-99.

- Kimweli D. M.S & stilweli, W.E. (2014). Community subjective well – being personality traits and quality of life therapy. *Social Indicators research*, 401 (7): 605-13.

- Kratz, F. & Weyne, B. (2007). *Manicsymptoms and quality of life in bipolar disorder*.

- Lackner, R. J., & Fresco, D. M. (2016). Interaction effect of brooding rumination and interoceptive awareness on depression and anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 85 (7): 43-52

- Li, N., Chen, G., Zeng, P., Pang, J., Gong, H., Han, Y., Zhang, Y., Zhang, E., Zhang, T., & Zheng, X. (2012). Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized

depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 188(1):35-42

- Conner, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience.

- Cordeiro, P., Paixão, P., Lens, W., Lacante, M., Sheldon, K. (2016). Factor structure, depressive, and dimensionality of the balanced measure of psychological needs among Portuguese high school students. Relations to well-being and ill-being. *Learning and Individual Differences*: Vol 47: pp. 51-60.

- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.

- Frisch, M. I. B. (2006). *Quality of life therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons Press.

- Gonzalez, D., Sicilia, Á., Sierra, A. C., Ferriz, R., & Hagger, M. S. (2016). Understanding the need for novelty from the perspective of self-determination theory. *Personality and Individual Differences*: Vol 102: pp. 159-169.

- Grant, G. M., Salced, V., & Hynan L.S. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychological Report*, 19 (7): 1203-8.

- Gutman, T. M. Shean, F.T. (2012). *Increasing Resilience in Adolescent Nursing Students*. Unpublished Doctoral dissertation. The University of Tennessee, Knoxville.

- Hung, S., Li, MS., Chen, YL., Chiang, JH, Chen, YY., & Hung, CL. (2016). Smartphone-based ecological momentary assessment for Chinese patients with depression: An exploratory

patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation*, 5 (10): 2425-2432

- Shimotsu, S., & Horikawa, N. (2014). Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. *Asian Journal of Psychiatry*, 19 (7):125-129

- Sorebo, O., Halvari, H., Flaata G., & Kristiansen, R. (2009). The role of self-determination theory in explaining teachers' motivation to continue to use elearning technology. *Computers & Education* 53, 1177-1187

stress buffering? self-differentiation Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology*: Vol 46: pp.816-823.

- Thomson, O. P., Petty, N J., & Moore, A P. (2014). Diagnostic reasoning in osteopathy- A qualitative study. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 17 (2): 83-93.

population. *Psychiatry Research*, 243 (30): 87-91

- Liang, L., Zhou, D., Yuan, C., Shao, A., & Bian, Y. (2013). Gender differences in the relationship between internet addiction and depression: A cross-lagged study in Chinese adolescents. *Computers in Human Behavior*: Vol 63: pp. 463-470.

- Mosek, A., & Gilboa R. B. (2016). Integrating art in lief therapy psychodynamic-narrative group work to promote the resilience of caring professionals. *The Arts in Psychotherapy*, 25 (51): 25-32.

- Mota, C., & Matos, P. (2016). Does sibling relationship matter to self-concept and resilience in adolescents under residential care? *Review*, 56 (14):97-106

- Northmore-Ball, K., & Evan, G. (2016). Secularization versus religious revival in Eastern Europe: Church institutional resilience, state repression and divergent paths. *Social Science Research*, 57 (7):31-48

- Patra, S. (2016). Return of the psychedelics: Psilocybin for treatment resistant depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 24 (8): 51-52

- Richardson, S. T. (1990). Adolescents Resilience, family adversity and wellbeing among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, (291): 605-13.

- Roca, J & Marylene, G. (2008). Understanding e-learning continuance intention in the workplace: A self-determination theory perspective. *Computers in Human Behavior*: Vol 24: pp.1585-1604.

- Rodrigue, J. R., Moher, A. B., & Widows, M.R. (2006). A randomized evaluation of quality of life therapy with

Quarterly Journal of Educational Psychology

Islamic Azad University Tonekabon Branch

Vol. 9, No. 1, spring 2018, No 33



Journal of Educational
Psychology

Effectiveness of Quality of Life Therapy on the psychological resilience and Self-determination in depressed Girls high school students of Khorramabad

Mehdi Yousefvand¹, Ezatollah Ghadampour^{2*}, Hومان Rajabi³, Banafsheh Hasanvand⁴, Moslem Yousefvand⁵

- 1) Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran
- 2) Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran
- 3) Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran
- 4) Department of Psychology, Alshare Unit, Payame Noor University, Alshahr, Iran
- 5) Department of Educational Management, Kharazmi University, Tehran, Iran

*Corresponding: Ghadampour.e@lu.ac.ir

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of therapy quality of life to change psychological resilience and Self-determination school students of Khorramabad girl was depressed. This quasi- experimental study in which the pretest- posttest control group was used. The sample consisted of 40 subjects that depression among female high school students of Khorramabad were selected and randomly assigned to experimental groups (health, quality of life and control were handled. Intervention in the experimental group for 8 sessions of 2 hours of quality of life were treatment. The data were collected from questionnaires Self-determination and psychological resilience in the pre-test and post-test for both test and control groups were used. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was performed. Covariance analysis showed significant differences between the two groups. Results showed that quality of life therapy is effective in increasing Self-determination and psychological resiliency of the school.

Key words: Quality of life, Health, Psychological Resilience, Self-determination, Depression
