

اثربخشی درمان DBT (رفتاردرمانی دیالکتیک) بر نیازهای خودتعیین‌گری (SDN) و معنای تحصیل (MOE) دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی

مهدی یوسف‌وند^۱، عزت‌اله قدم‌پور^{۲*}، فضل‌اله میردریگوند^۳، حسین حسینی^۴ و علی اصغر فرخ‌زادیان^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۲. دانشیار روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استادیار روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۴. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۵. دکترای روانشناسی، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی، خرم‌آباد، ایران.

چکیده

مقدمه: افسردگی در دانش‌آموزان از موضوعات مهم در گستره علم روان‌شناختی است. دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال دچار مشکلات زیادی از جمله احساس شایستگی پایین و بی‌میلی نسبت به ادامه تحصیل می‌شوند. از روش‌های مختلفی برای درمان اختلال مربوطه استفاده شده است، که درمان دی. بی. تی. از جمله مهم‌ترین و اثربخش‌ترین روش‌های درمان این اختلال روان‌شناختی می‌باشد. بنابراین هدف اصلی این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی درمان دی. بی. تی. (رفتاردرمانی دیالکتیک) در تغییر سطح نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل دانش‌آموزان دختر افسرده شهر الستر بود.

روش: این پژوهش به صورت شبه تجربی 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 الستر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیک) و گواه گمارده شدند. در مرحله مداخله گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۲ ساعته تحت رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفتند. در طی این مدت گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس نیازهای خودتعیین‌گری سوریو و همکاران (۲۰۰۹) و پرسش‌نامه معنای تحصیل هندرسون - کینگ و اسمیت (۲۰۰۶) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش تحلیل کواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس.» (۲۱) انجام گرفت.

نتایج: نتایج تحلیل کواریانس و معناداری بالینی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان داد. **بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌ها حاکی از آن بود که رفتاردرمانی دیالکتیک در افزایش سطح نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل، اثربخش است. بنابراین چنانچه بتوان دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی را شناسایی کرد و به آن‌ها در کاهش این اختلال به روش درمانی «دی. بی. تی.» کمک کرد، می‌توان سطح نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل را در آن‌ها به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش داد.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیک، معنای تحصیل، نیازهای خودتعیین‌گری.

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

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۶، شماره ۲، پیاپی ۳۱
پائیز و زمستان ۱۳۹۷
صص: ۸۷-۹۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۱۵

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 16, No. 2, Serial 31

Autumn & Winter
2018-2019

pp.: 87-98

مقدمه

افسردگی^۱ از شایع‌ترین اختلالات روانی است [۱] که شیوع رو به رشد آن به یک نگرانی جهانی تبدیل شده و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود [۲]. مطابق آمارهای بین‌المللی بین ۱۵ درصد از افراد سنین ۱۵ تا ۷۴ سال که به پزشکان مراجعه می‌کنند، دارای علائم بارز افسردگی هستند [۲]. فشار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی، برای مبتلایان به افسردگی، خانواده آن‌ها و اجتماع از یک سو و شیوع فزاینده سالانه ۲/۹ تا ۶/۱۲ درصد در جمعیت عمومی باعث شده است که توجه به درمان این اختلال در افراد مبتلا بیشتر از گذشته شود [۳]. افسردگی در کودکان و دانش‌آموزان از موضوعات مهم در گستره علم روان‌شناختی است. بازنگری پژوهش‌ها نشان داده است که بیش از ۲۰ درصد دانش‌آموزان تا ۱۸ سالگی حداقل یک بار به افسردگی بالینی دچار می‌شوند. آن‌ها افسردگی دانش‌آموزان را با مشکلاتی همچون ضعف مهارت‌های اجتماعی، نگرانی از شکست، کاهش ارتباط و شایستگی ادراک شده، عدم امید به آینده و کاهش خودباوری برای غلبه بر مشکلات تحصیلی مرتبط است [۴].

از طرفی افسردگی یک عامل پیش‌بین قوی است که باعث آسیب‌هایی مانند کاهش ادراک بهینه، امید به زندگی، امید به موفقیت‌های در همه زمینه‌ها می‌شود [۵]. برخی مطالعات نشان داده‌اند که از مهمترین پیامدهای ناخوشایند افسردگی در بین دانش‌آموزان کاهش سطح نیازهای خودتعیین‌گری [۵، ۶] و معنای تحصیل [۷] می‌باشد. نیازهای خودتعیین‌گری شامل سه بعد شایستگی ادراک شده؛ به معنای توانایی فرد برای انجام تکالیف در جهت رسیدن به اهداف مورد نظر [۸]، خودمختاری ادراک شده؛ تمایل فرد برای پیگیری آزادانه فعالیت‌های خود [۸] و ارتباط ادراک شده؛ به معنای ارتباط با افرادی که برای فرد اهمیت دارند و یا از او حمایت می‌کنند [۸]، می‌باشد [۹]. زیربنایی تئوریک نیازهای خودتعیین‌گری، نظریه دسی و ریان است [۱۰]. مطالعات نشان داده‌اند که سطح نیازهای اساسی روانی (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) در دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی پایین‌تر از حد متوسط می‌باشد [۱۱، ۱۲].

متغیر وابسته دوم در این مطالعه معنای تحصیل می‌باشد. معنای تحصیل، به آن نوع دلالت درونی که تحصیل برای دانش‌آموز دارد، اشاره می‌کند [۱۳].

در طی بررسی پیمایشی از طریق مصاحبه با دانش‌آموزان و دانشجویان، ده مؤلفه تشکیل‌دهنده معنای تحصیل در مدرسه و دانشگاه مشخص شده است که عبارتند از:

- ۱) معنی حرفه،
- ۲) معنی استقلال،
- ۳) آینده،
- ۴) یادگیری،
- ۵) خود،
- ۶) گام بعدی،
- ۷) اجتماعی،
- ۸) دنیا،
- ۹) فشارروانی و
- ۱۰) رهایی [۱۴].

در خصوص شکل‌گیری معنای تحصیل در مدرسه، محققین بر این باورند که اولین برداشت از مدرسه اثر قوی تری در همه ابعاد ذهنی دانش‌آموز دارد. دانش‌آموزان با یک برداشت و معنی مثبت اولیه در حالت برانگیختگی بهتری قرار می‌گیرند [۱۵]. از نظر محققین فرایند شکل‌گیری برداشت از تحصیل در مدرسه باید در سه سطح دانش‌آموزی، مؤسسه‌ای و سطح دولتی و فرهنگی مورد توجه قرار گیرد [۱۶].

در تبیین علل افسردگی نظریه‌های متفاوتی مطرح شده‌اند. از دیدگاه بالینی، افسردگی نشانگانی همانند خلق افسرده و بیان لفظی یا غیر لفظی عواطف غمگین یا حالت‌های برانگیختگی دارد [۱۷]. افسردگی یکی از متغیرهای پویایی است که عمدتاً از طریق پرسش‌نامه و در موقعیت‌های بالینی ارزیابی می‌شود [۱۸]. ویژگی اصلی افسردگی، یک دوره زمانی حداقل ۲ هفته‌ای است که در ضمن آن یا خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه فعالیت‌ها وجود دارد. همچنین در کنار این نشانه‌ها در فرد، نشانه‌های دیگری مثل احساس بی‌ارزشی، تصویر بدنی تحریف شده، نشخوار فکری، کاهش انرژی، اشکال در تفکر یا تصمیم‌گیری، تغییر در اشتها، تغییر وزن و پرخوری افراطی دیده می‌شود [۱۹].

رویکردهای درمانی مختلفی برای کاهش یا از بین بردن افسردگی و نشانگان آن استفاده می‌شود. یکی از این رویکردها، رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی^۳ (دی بی تی) است که برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است. درمان دی بی تی به عنوان یک جهان بینی یا دیدگاه فلسفی

³ Dialectical Behavior Therapy

¹ Depression

² Competence, Autonomy and Perceived Communication

داده‌اند که رفتاردرمانی گفتگویی در افزایش سطح شایستگی، خودمختاری و ارتباط فرد با دیگران و همچنین تغییر سطح نگرانی از تصویر از خود تاثیر معنی‌داری ندارد [۱۶]. در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان دی بی تی بر کاهش نشانگان افسردگی دانش‌آموزان دختر این نتیجه بدست آمد که درمان دی بی تی باعث افزایش باورهای مثبت و افزایش انگیزه، امید و شکل‌گیری معنا در دانش‌آموزان دختر افسرده می‌شود [۲۶]. در مطالعه دیگری نیز نشان داده شد که بهترین راهکار درمانی برای افزایش سطح خودمختاری، اعتماد به تصویر خود، امیدواری و ارتباط شایسته با دیگران در بین دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی شدید، رویکرد دی بی تی است [۲۷]. باتوجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد رویکرد دی بی تی در درمان افسردگی و نشانگان این اختلال مؤثر باشد. بنابراین پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی درمان دی بی تی در تغییر سطح نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل در دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی است.

فرضیه های پژوهش

- رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش سطح معنای تحصیل گروه آزمایش تاثیر معنی‌داری می‌گذارد.
- رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش سطح نیازهای خودتعیین‌گری گروه آزمایش تاثیر معنی‌داری می‌گذارد.

روش

نوع پژوهش

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 رفتار درمانی دیالکتیکی و عدم مداخله است. متغیرهای نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش، دانش‌آموزان دختر دبیرستانی دارای افسردگی شهر الشتر بودند.

ب) نمونه پژوهش: نمونه پژوهش ۴۰ آزمودنی بود که از میان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی دارای افسردگی شهر الشتر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیکی) و گواه گمارده شدند.

متخصصان بالینی را در جهت ساختن فرضیه های تئوریک متناسب با مشکلات مراجعان و درمان آن‌ها راهنمایی می‌کند. از سوی دیگر، دیالکتیک به عنوان رابطه و گفتگو به رویکرد یا استراتژی‌های درمانی اشاره دارد که توسط درمانگران برای ایجاد تغییر مورد استفاده قرار می‌گیرد. آنچه در دی بی تی مهم است تعداد استراتژی‌های درمانی دیالکتیک آن می‌باشد [۲۰]. دیالکتیک از نقطه‌نظر گفتگو و ارتباط به تغییر از طریق قانع‌سازی و ترغیب و استفاده از مخالفت‌ها و تضادهایی که در رابطه درمانی وجود دارند اعتقاد دارد نه به منطق رسمی غیر شخصی. در جلسه درمان، گفتگوی دیالکتیکی و دو نفره از اهمیت خاصی برخوردار است. درمان دی بی تی به عنوان یک رویکرد درمانی جدید، مرکب از اصول درمان‌های شناختی رفتاری و فلسفه شرقی است که در ابتدا، برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. علاوه بر این اختلال، در دامنه نسبتاً وسیعی از اختلالات، از جمله افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته و اثربخشی آن مشخص شده است [۲۱]. مبتنی بر درمان دی بی تی بیماران هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی را آموزش می‌بینند. رفتاردرمانی دیالکتیک یک روش غیردارویی و مجموعه‌ای از فنون است که برای ایجاد تغییرات در چگونگی تفکر و رفتار فرد، کاهش تفکرات منفی، تغییر نحوه زندگی [۲۲]. و همچنین دستیابی به ثبات رفتاری و هیجانی [۲۱]. کاربرد زیادی دارد. در این راستا، میلر، راتوس و لی به بررسی اثر بخشی دی بی تی بر کاهش باورهای فراشناختی منفی دانش‌آموزان افسرده پرداخته و به این نتیجه رسید که دی بی تی باعث افزایش معنا و انگیزه در دانش‌آموزان می‌شود [۲۳]. این در حالی است که برخی مطالعات نشان داده‌اند که رفتاردرمانی گفتگویی بر افزایش انگیزه و میل به موفقیت در زمینه تحصیلی تاثیر معنی‌داری ندارد [۲۴]. در این مطالعه که روی بیماران دچار اختلال افسردگی عمیق انجام شد نتایج نشان داد که رفتار درمانی گفتگویی سطح باورهای فراشناختی مثبت را که زمینه ساز شکل گیری معنا در فرد هستند را افزایش می‌دهد ولی این میزان افزایش معنی‌دار نبوده است.

یکی از بررسی‌های مهم در زمینه درمان افسردگی به روش دی بی تی توسط پاترا صورت گرفت. او به بررسی افسردگی و عوامل همراه در دانش‌آموزان دبیرستانی پرداخت. نتایج نشان داد که درمان دی بی تی به طور معنی‌داری باعث کاهش نگرانی از تصویر خود و افزایش سطح شایستگی و به تبع آن ارتباط فرد افسرده با دیگران شده است [۲۵]. این در حالی است که برخی مطالعات نشان

ابزارهای پژوهش

الف) مقیاس نیازهای خود تعیین‌گری (خودمختاری، شایستگی و ارتباط ادراک شده)

سوریو و همکاران: این مقیاس دارای ۲۱ سوال و سه خرده مقیاس می‌باشد که در یک طیف لیکرتی طراحی شده است [۲۸]. خرده مقیاس خودمختاری ادراک شده، شامل ۷ جمله که ضریب اعتبار آن توسط سوریو و همکاران (۰/۸۵) گزارش شده است [۲۸]. خرده مقیاس شایستگی ادراک شده، شامل ۶ جمله که ضریب اعتبار آن توسط سوریو و همکاران (۰/۸۰) گزارش شده است [۲۸]. مقیاس ارتباط ادراک شده، شامل ۸ جمله که ضریب اعتبار گزارش شده توسط سوریو و همکاران ۰/۸۹ است. ضریب پایایی خرده مقیاس‌های خودمختاری ادراک شده، شایستگی ادراک شده و ارتباط ادراک شده در این مطالعه به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ بدست آمد. اعتبار این مقیاس در مطالعه حاضر بر اساس روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ بدست آمد.

ب) پرسش‌نامه معنای تحصیل^۱: این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارش‌دهی است و برای اندازه‌گیری معنای تحصیل که توسط هندرسون، کینگ و اسمیت طراحی شده است به کار می‌رود و شامل ۸۶ گویه و متشکل از ۱۰ مؤلفه است [۴]. هر مؤلفه معنی تحصیل خاصی را نشان می‌دهد و کسب بیشترین نمره در هر کدام از این مؤلفه‌ها نشان‌دهنده اولویت آن معنی توسط فرد است. مؤلفه‌های این پرسش‌نامه عبارت‌اند از: حرفه (۱۱ گویه دارد)؛ استقلال (۵ گویه دارد)؛ آینده (۳ گویه دارد)؛ یادگیری (۱۰ گویه دارد)؛ خود (۱۱ گویه دارد)؛ گام بعدی (۳ گویه دارد)؛ اجتماعی (۱۲ گویه دارد)؛ دنیای پیرامون (۸ گویه دارد)؛ فشار روانی (۱۲ گویه دارد)؛ و رهایی (۱۱ گویه دارد). پاسخ به گویه‌ها در یک مقیاس لیکرتی شامل خیلی کم (نمره ۱)، کم (نمره ۲)، متوسط (نمره ۳)، زیاد (نمره ۴)، خیلی زیاد (نمره ۵) صورت می‌گیرد. اعتبار این پرسش‌نامه از ۰/۷۷ تا ۰/۹۱ گزارش شده است و از نظر روایی نیز این مقیاس مورد تأیید است [۱۳]. عیسی زادگان، حسنی و احدیان (۱۳۸۸) پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برآورد کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز اعتبار درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمده است.

ج) رفتار درمانی دیالکتیکی (دی بی تی): رفتار درمانی دیالکتیکی از سال ۲۰۰۸ بر مبنای کار لینهان و دیمف و توسط ۲۵ سالباچ- آندره و همکاران

برای یک دوره ۳ ماهه (۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای) برنامه ریزی شده بود [۲۹]. بیماران هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی را طبق محتوای زیر آموزش می‌دیدند:

جلسه اول: توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعین و اجرای پیش‌آزمون و همچنین آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس از رفتارهای خودتخریبی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.

جلسات دوم و سوم: آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند، چطور کار می‌کنند.

جلسات چهارم و پنجم: آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش گانه و تمرین آگاهی).

جلسات ششم و هفتم: نحوه برخورد با باورهای فراشناختی مثبت و منفی، چگونگی تنظیم شناختی هیجانی و تصور از تن، آموزش درباره کاهش دادن افکار منفی و فرضیه‌های زیر بنایی تصور از تن، باورهای فراشناختی مثبت و منفی، چگونگی تنظیم شناختی هیجانی و افزایش تجارب مثبت بدنی.

جلسات هشتم و نهم: آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن این که چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر).

جلسات دهم و یازدهم: افزایش باورهای فراشناختی مثبت و منفی، چگونگی تنظیم شناختی هیجانی و افزایش تصویر بدنی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره. آموزش مهارت‌های فردی مهم. جلسه دوازدهم: جمع‌بندی جلسات و مرور و تمرین محتوای جلسات آموزشی.

شیوه انجام پژوهش

ابتدا هماهنگی‌های لازم و مکاتبات اداری با آموزش و پرورش مرکز الشتر انجام گرفت. سپس با مراجعه به مدارس، مدیران و دبیران توجیه شدند. در مرحله اول، ۵۰۰ دانش‌آموز دختر از بین مدارس دخترانه مقطع متوسطه دوم شهر الشتر به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. سپس

^۱ Meaning of Education (MOE)

شیوه تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون لوین، کولموگروف - اسمیرنوف، کرویت بارتلت، آزمون باکس، لامبدای ویلکز، تحلیل کوواریانس چند متغیره و تحلیل واریانس چند متغیره) استفاده شده است.

نتایج

بر اساس یافته‌های جدول ۱، بیشترین میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه گواه برای متغیر فشار روانی (۴۵/۷۴ و ۴۳/۹۶) و کمترین میانگین برای متغیر آینده (۱۰/۱۰ و ۱۱/۳۴) می‌باشد؛ کمترین میانگین در پیش‌آزمون گروه آزمایش برای متغیر گام بعدی (۱۰/۶۴) و بیشترین میانگین برای متغیر فشار روانی (۴۶/۳۰) می‌باشد. کمترین میانگین در پس‌آزمون گروه آزمایش برای متغیر استقلال (۱۵/۱۹) و بیشترین میانگین برای متغیر فشار روانی (۵۴/۹۶) می‌باشد.

از جمله پیش‌فرض‌هایی که در تحلیل کوواریانس چند متغیره منظور می‌گردد، فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف است. این بررسی روی متغیرهای پژوهش انجام شد.

دانش‌آموزانی که نمره بالایی (نقطه برش ۱۰) در مقیاس افسردگی روانی کسب کردند، شناسایی و مورد مصاحبه بالینی (طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری نسخه چهارم) قرار گرفتند. آزمودنی‌های دارای افسردگی به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر برای رفتار درمانی دیالکتیکی) و گواه (۲۰ نفر برای لیست انتظار) گمارده شدند. سپس هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون مقیاس نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل را تکمیل کردند. سه هفته پس از درمان مجدداً از آزمودنی‌های دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و سرانجام داده‌های حاصله با روش‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. 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)، نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، مصرف داروهای روان‌گردان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، و دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی. لازم به ذکر است افرادی که در لیست انتظار بودند بعد از انجام پژوهش به صورت داوطلبانه تحت درمان قرار گرفتند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| گروه | گواه | | پس‌آزمون | | پیش‌آزمون | | متغیرها |
|----------------------|---------|------------------|----------|------------------|-----------|------------------|---------------------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | |
| نیازهای خودتعیین‌گری | ۱۷/۳۴ | ۴/۲۵ | ۱۶/۲۱ | ۴/۱۵ | ۱۷/۲۲ | ۵/۶۳ | خودمختاری ادراک‌شده |
| | ۱۴/۱۳ | ۳/۵۴ | ۱۵/۹۱ | ۴/۶۵ | ۱۷/۲۴ | ۴/۵۲ | شایستگی ادراک‌شده |
| | ۱۹/۵۶ | ۵/۳۲ | ۲۱/۸۴ | ۴/۴۸ | ۱۸/۱۵ | ۵/۹۶ | ارتباط ادراک‌شده |
| | ۲۳/۳۲ | ۶/۵۲ | ۲۴/۶۹ | ۵/۶۳ | ۲۲/۴۱ | ۶/۹۵ | حرفه |
| | ۱۴/۲۵ | ۴/۵۴ | ۱۵/۰۶ | ۴/۶۵ | ۱۴/۳۶ | ۴/۲۵ | استقلال |
| | ۱۰/۱۰ | ۳/۳۰ | ۱۰/۳۴ | ۴/۶۵ | ۱۱/۷۵ | ۴/۳۲ | آینده |
| | ۲۲/۱۳ | ۴/۵۴ | ۲۱/۹۱ | ۵/۶۵ | ۲۱/۲۴ | ۵/۵۲ | یادگیری |
| | ۲۱/۴۶ | ۶/۵۲ | ۲۰/۳۱ | ۶/۴۳ | ۲۰/۵۷ | ۶/۶۹ | خود |
| | ۱۰/۴۷ | ۴/۶۵ | ۱۱/۴۲ | ۴/۲۱ | ۱۰/۶۴ | ۴/۲۷ | گام بعدی |
| | ۴۴/۳۲ | ۶/۲۱ | ۴۲/۵۸ | ۶/۵۶ | ۴۱/۶۵ | ۵/۸۵ | اجتماعی |
| | ۱۸/۳۴ | ۵/۲۵ | ۱۷/۲۱ | ۵/۱۵ | ۱۸/۲۲ | ۶/۶۳ | دنیای پیرامون |
| | ۴۵/۷۴ | ۶/۴۲ | ۴۳/۹۶ | ۶/۶۹ | ۴۶/۳۰ | ۶/۱۲ | فشار روانی |
| | ۳۲/۶۵ | ۵/۵۲ | ۳۴/۲۹ | ۵/۳۱ | ۳۳/۵۴ | ۵/۶۹ | رهایی |
| | | | | | | | |

بین دو گروه کنترل و آزمایش از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) بهره گرفته شد.

قبل از به کارگیری آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مفروضه‌های آن به وسیله آزمون ام باکس، لامبدای ویلکز و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۳ نشان می‌دهد سطح معناداری $p > 0.05$ می‌باشد که

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری به دست آمده در آزمون کولموگروف - اسمیرنوف، در اکثر متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه، بیش از مقدار ملاک ۰/۰۵ می‌باشد و در نتیجه می‌توان گفت که توزیع متغیرهای مورد بررسی در نمونه آماری داری توزیع نرمال می‌باشد. جهت جزیه و تحلیل داده‌های مربوط به تفاوت

گویای آن است شرط همگنی ماتریس واریانس - کواریانس برای مولفه‌های نیازهای خودتعیین‌گری ($F=1/573$ و $p>0/05$) و معنای تحصیل ($F=1/726$ و $p>0/05$) به خوبی رعایت شده است.

جدول ۲. آزمون فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

| متغیر | خرده مولفه | گروه | کولموگروف - اسمیرنوف (K-S) | سطح معنی‌داری |
|----------------------|---------------------|--------|----------------------------|---------------|
| نیازهای خودتعیین‌گری | خودمختاری ادراک‌شده | کنترل | ۰/۱۸۶ | ۰/۳۰۲ |
| | | آزمایش | ۰/۱۷۵ | ۰/۳۲۵ |
| | شایستگی ادراک‌شده | کنترل | ۰/۱۸۰ | ۰/۳۱۱ |
| | | آزمایش | ۰/۱۷۵ | ۰/۲۶۳ |
| | ارتباط ادراک‌شده | کنترل | ۰/۱۷۲ | ۰/۲۵۱ |
| | | آزمایش | ۰/۱۶۸ | ۰/۲۵۰ |
| معنای تحصیل | حرفه | کنترل | ۰/۱۵۹ | ۰/۱۹۷ |
| | | آزمایش | ۰/۱۴۴ | ۰/۱۱۰ |
| | استقلال | کنترل | ۰/۹۰ | ۰/۰۰۵ |
| | | آزمایش | ۰/۹۵ | ۰/۰۷۵ |
| | آینده | کنترل | ۱/۱۷ | ۰/۳۹۰ |
| | | آزمایش | ۲/۱۸۹ | ۰/۵۲۱ |
| | یادگیری | کنترل | ۰/۶۳ | ۰/۲۵۱ |
| | | آزمایش | ۰/۱۸۶ | ۰/۷۴۱ |
| | خود | کنترل | ۰/۷۰ | ۰/۳۵۴ |
| | | آزمایش | ۰/۱۷۵ | ۰/۲۹۳ |
| | گام بعدی | کنترل | ۰/۱۷۴ | ۰/۳۶۱ |
| | | آزمایش | ۰/۱۶۹ | ۰/۲۳۵ |
| اجتماعی | کنترل | ۰/۱۸۵ | ۰/۰۹۶ | |
| | آزمایش | ۰/۱۷۰ | ۰/۱۲۸ | |
| دنیای پیرامون | کنترل | ۰/۹۳ | ۰/۰۰۷ | |
| | آزمایش | ۰/۱۸۲ | ۰/۰۹۵ | |
| فشار روانی | کنترل | ۰/۹۶ | ۰/۵۲۱ | |
| | آزمایش | ۰/۹۰ | ۰/۵۶۱ | |
| رهایی | کنترل | ۰/۱۷۴ | ۰/۶۷۱ | |
| | آزمایش | ۰/۱۷۰ | ۰/۰۰۹ | |

نتایج آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه کنترل و آزمایش حداقل در یکی از خرده مولفه‌های نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل ($F=8/247$ و $p>0/01$) تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۳. آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس در مولفه‌های نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل

| مولفه | BOXES M | F | معنی‌داری |
|----------------------|---------|-------|-----------|
| نیازهای خودتعیین‌گری | ۶/۶۹۵ | ۱/۵۷۳ | ۰/۵۱۴ |
| معنای تحصیل | ۵/۸۴۱ | ۱/۷۲۶ | ۰/۶۲۵ |

جدول ۴. آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندمتغیره مولفه‌های نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل

| مولفه | آزمون | ارزش | F | درجه آزادی خطا | درجه آزادی اثر | سطح معنی‌داری | مجذور ایستا |
|------------------------------------|---------------|-------|-------|----------------|----------------|---------------|-------------|
| نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل | لامبدای ویلکز | ۰/۹۱۰ | ۸/۲۴۷ | ۷۶ | ۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۹۳ |

ناهیسته 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

نتایج جدول ۵ گویای آن است که واریانس‌های خرده مولفه‌های مورد مطالعه در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند، که این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می‌دهد. نتیجه آزمون کرویت بارلت از لحاظ آماری معنادار می‌باشد به این معنا که فرض صفر مبنی بر

دا. مندرجات جدول ۶ نشان مي دهد که اثر گروه (سطح) دانش آموزان پسر از نظر آماری معنی دار است ($P=0/05$). متغير مستقل) بر نيازهاي خودتعيين گري و معنای تحصيل

جدول ۵. آزمون لوين جهت بررسي پيش فرض برابري واريانس متغيرهاي مورد مطالعه

| متغيرها | F | df1 | df2 | سطح معنی داری |
|---------------------|-------|-----|-----|---------------|
| خودمختاری ادراک شده | ۲/۵۴۳ | ۱ | ۷۸ | ۰/۲۴۱ |
| شایستگی ادراک شده | ۲/۶۳۱ | ۱ | ۷۸ | ۰/۲۲۷ |
| ارتباط ادراک شده | ۲/۶۳۷ | ۱ | ۷۸ | ۰/۲۱۵ |
| حرفه | ۰/۴۷۰ | ۱ | ۷۸ | ۰/۸۵۴ |
| استقلال | ۱/۹۹۰ | ۱ | ۷۸ | ۰/۷۳۲ |
| آینده | ۱/۲۷۳ | ۱ | ۷۸ | ۰/۵۲۲ |
| یادگیری | ۰/۵۴۷ | ۱ | ۷۸ | ۰/۲۳۹ |
| خود | ۰/۶۰۳ | ۱ | ۷۸ | ۰/۱۰۷ |
| گام بعدی | ۰/۸۷۵ | ۱ | ۷۸ | ۰/۱۱۴ |
| اجتماعی | ۰/۸۵۴ | ۱ | ۷۸ | ۰/۷۲۴ |
| دنیای پیرامون | ۰/۴۶۳ | ۱ | ۷۸ | ۰/۶۲۴ |
| فشار روانی | ۰/۴۱۰ | ۱ | ۷۸ | ۰/۷۱۱ |
| رهایی | ۰/۳۲۰ | ۱ | ۷۸ | ۰/۳۵۲ |

جدول ۶. تحلیل کوواریانس چند متغیره اثرات رفتاردرماني گفتگویی بر نيازهاي خودتعيين گري و معنای تحصيل

| منبع تغییر | متغیر وابسته | SS | df | MS | F | سطح معنی داری | ضریب اتا |
|------------|----------------------|---------|----|--------|------|---------------|----------|
| گروه | نیازهای خودتعيين گري | ۶۴۰/۷۶ | ۲ | ۳۲۰/۳۸ | ۹/۰۱ | ۰/۰۱ | ۰/۲۱ |
| خطا | نیازهای خودتعيين گري | ۱۹۸۷/۲۴ | ۵۷ | ۳۴/۸۶ | | | |
| گروه | معنای تحصيل | ۶۱۲/۴۰ | ۲ | ۳۰۶/۲۰ | ۸/۷۴ | ۰/۰۱ | ۰/۲۳ |
| خطا | معنای تحصيل | ۱۷۶۸/۶۵ | ۵۷ | ۳۱/۰۲ | | | |

جدول ۷. مقایسه های زوجی میانگین گروه ها در متغيرهاي وابسته

| گروه | گروه | متغیر | تفاوت میانگین ها | خطای برآورد | سطح معنی داری |
|---------------------|-------|----------------------|------------------|-------------|---------------|
| رفتاردرماني گفتگویی | کنترل | نیازهای خودتعيين گري | ۱۵/۷۹ | ۰/۷۰ | ۰/۰۱ |
| رفتاردرماني گفتگویی | کنترل | معنای تحصيل | ۱۲/۴۵ | ۰/۶۲ | ۰/۰۱ |

جدول ۸. نتایج مربوط به اندازه اثر بر میزان نيازهاي خودتعيين گري و معنای تحصيل در گروه درمان و گروه انتظار

| ابزار اندازه گیری | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | | اندازه اثر | میزان تاثیر |
|---------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|------------|-------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | |
| خودمختاری ادراک شده | انتظار | ۱۷/۳۴ | ۴/۲۵ | ۱۶/۲۱ | ۴/۱۵ | ۰/۲۸ | تاثیر ضعیف |
| | درمان | ۱۷/۷۲ | ۵/۶۳ | ۲۵/۹۷ | ۳/۹۶ | -۱/۹۸ | تاثیر قوی |
| شایستگی ادراک شده | انتظار | ۱۴/۱۳ | ۳/۵۴ | ۱۵/۹۱ | ۴/۶۵ | -۰/۳۱ | تاثیر ضعیف |
| | درمان | ۱۷/۷۴ | ۴/۵۲ | ۲۸/۵۹ | ۲/۵۴ | -۲/۱۱ | تاثیر قوی |
| ارتباط ادراک شده | انتظار | ۱۹/۵۶ | ۵/۳۲ | ۲۱/۸۴ | ۴/۴۸ | -۰/۴۱ | تاثیر ضعیف |
| | درمان | ۱۸/۱۵ | ۵/۹۶ | ۲۷/۲۶ | ۳/۳۶ | -۲/۰۶ | تاثیر قوی |
| حرفه | انتظار | ۲۳/۳۲ | ۶/۵۲ | ۲۴/۶۹ | ۵/۶۳ | -۰/۲۴ | تاثیر ضعیف |
| | درمان | ۲۲/۴۱ | ۶/۹۵ | ۳۱/۶۲ | ۴/۳۱ | -۱/۹۹ | تاثیر قوی |
| استقلال | انتظار | ۱۴/۲۵ | ۴/۵۴ | ۱۵/۰۶ | ۴/۶۵ | -۰/۱۴ | عدم تاثیر |
| | درمان | ۱۴/۳۶ | ۴/۲۵ | ۲۳/۶۹ | ۴/۶۰ | -۱/۹۷ | تاثیر قوی |
| آینده | انتظار | ۱۰/۱۰ | ۳/۳۰ | ۱۰/۳۴ | ۴/۶۵ | -۰/۰۷ | عدم تاثیر |
| | درمان | ۱۱/۷۵ | ۴/۳۲ | ۱۸/۱۹ | ۴/۲۱ | -۱/۹۸ | تاثیر قوی |
| یادگیری | انتظار | ۲۲/۱۳ | ۴/۵۴ | ۲۱/۹۱ | ۵/۶۵ | ۰/۰۴ | عدم تاثیر |
| | درمان | ۲۱/۷۴ | ۵/۵۲ | ۳۱/۵۹ | ۳/۵۴ | -۲/۰۱ | تاثیر قوی |
| خود | انتظار | ۲۱/۴۶ | ۶/۵۲ | ۲۰/۳۱ | ۶/۴۳ | ۰/۱۶ | عدم تاثیر |
| | درمان | ۲۰/۵۷ | ۶/۶۹ | ۳۲/۵۳ | ۴/۹۵ | -۲/۰۶ | تاثیر قوی |
| گام بعدی | انتظار | ۱۰/۴۷ | ۴/۶۵ | ۱۱/۴۲ | ۴/۲۱ | -۰/۲۰ | تاثیر ضعیف |
| | درمان | ۱۰/۶۴ | ۴/۲۷ | ۱۵/۸۹ | ۴/۶۲ | -۱/۹۸ | تاثیر قوی |
| اجتماعی | انتظار | ۴۴/۳۲ | ۶/۲۱ | ۴۲/۵۸ | ۶/۵۶ | -۰/۲۸ | تاثیر ضعیف |
| | درمان | ۴۱/۶۵ | ۵/۸۵ | ۵۲/۲۵ | ۵/۶۳ | -۲/۱۹ | تاثیر قوی |
| دنیای پیرامون | انتظار | ۱۸/۳۴ | ۵/۲۵ | ۱۷/۲۱ | ۵/۱۵ | -۰/۱۹ | عدم تاثیر |

| | | | | | | |
|------------|-------|------|-------|------|-------|--------|
| تاثیر قوی | -۱/۹۹ | ۴/۹۶ | ۲۷/۹۷ | ۶/۶۳ | ۱۸/۷۲ | درمان |
| تاثیر ضعیف | ۰/۲۰ | ۶/۶۹ | ۴۳/۹۶ | ۶/۴۲ | ۴۵/۷۴ | انتظار |
| تاثیر قوی | ۲/۲۹ | ۶/۳۶ | ۲۴/۹۶ | ۶/۱۲ | ۴۶/۳۰ | درمان |
| تاثیر ضعیف | -۰/۲۴ | ۵/۳۱ | ۳۴/۳۹ | ۵/۵۲ | ۳۲/۶۵ | انتظار |
| تاثیر قوی | -۱/۹۷ | ۶/۲۴ | ۲۵/۵۶ | ۵/۶۹ | ۳۳/۵۴ | درمان |

جدول ۹. نتایج مربوط به تغییر معناداری بالینی در نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل در گروه رفتاردرمانی گفتگویی و گروه انتظار

| ابزار اندازه‌گیری | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | Sdiff | تعداد افراد بالاتر از معیار حاضر |
|---------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|-------|----------------------------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | |
| خودمختاری ادراک‌شده | انتظار | ۱۷/۳۴ | ۴/۲۵ | ۱۶/۲۱ | ۴/۱۵ | ۲/۵۹ | ۰ |
| | درمان | ۱۷/۷۲ | ۵/۶۳ | ۲۵/۹۷ | ۳/۹۶ | ۹/۵۶ | ۱۵ نفر = ۷۵٪ |
| شایستگی ادراک‌شده | انتظار | ۱۴/۱۳ | ۳/۵۴ | ۱۵/۹۱ | ۴/۶۵ | ۲/۵۴ | ۱ نفر = ۵٪ |
| | درمان | ۱۷/۷۴ | ۴/۵۲ | ۲۸/۵۹ | ۳/۵۴ | ۱۰/۴۱ | ۱۸ نفر = ۹۰٪ |
| ارتباط ادراک‌شده | انتظار | ۱۹/۵۶ | ۵/۳۲ | ۲۱/۸۴ | ۴/۴۸ | ۱۰/۶۳ | ۱ نفر = ۵٪ |
| | درمان | ۱۸/۱۵ | ۵/۹۶ | ۲۷/۲۶ | ۳/۳۶ | ۸/۸۹ | ۱۷ نفر = ۸۵٪ |
| حرفه | انتظار | ۲۳/۳۲ | ۶/۵۲ | ۲۴/۶۹ | ۵/۶۳ | ۵/۱۲ | ۰ |
| | درمان | ۲۲/۴۱ | ۶/۹۵ | ۳۱/۶۲ | ۴/۳۱ | ۷/۵۶ | ۱۵ نفر = ۷۵٪ |
| استقلال | انتظار | ۱۴/۲۵ | ۴/۵۴ | ۱۵/۰۶ | ۴/۶۵ | ۱۵/۱۵ | ۰ |
| | درمان | ۱۴/۳۶ | ۴/۲۵ | ۲۳/۶۹ | ۴/۶۰ | ۹/۶۳ | ۱۶ نفر = ۸۰٪ |
| آینده | انتظار | ۱۰/۱۰ | ۳/۳۰ | ۱۰/۳۴ | ۴/۶۵ | ۹/۱۸ | ۰ |
| | درمان | ۱۱/۷۵ | ۴/۳۲ | ۱۸/۱۹ | ۴/۲۱ | ۱۲/۵۴ | ۱۶ نفر = ۸۰٪ |
| یادگیری | انتظار | ۲۲/۱۳ | ۴/۵۴ | ۲۱/۹۱ | ۵/۶۵ | ۹/۸۶ | ۰ |
| | درمان | ۲۱/۷۴ | ۵/۵۲ | ۳۱/۵۹ | ۳/۵۴ | ۱۲/۱۴ | ۱۸ نفر = ۹۰٪ |
| خود | انتظار | ۲۱/۴۶ | ۶/۵۲ | ۲۰/۳۱ | ۶/۴۳ | ۸/۱۰ | ۰ |
| | درمان | ۲۰/۵۷ | ۶/۶۹ | ۳۲/۵۳ | ۴/۹۵ | ۸/۱۰ | ۱۷ نفر = ۸۵٪ |
| گام بعدی | انتظار | ۱۰/۴۷ | ۴/۶۵ | ۱۱/۴۲ | ۴/۲۱ | ۴/۶۹ | ۰ |
| | درمان | ۱۰/۶۴ | ۴/۲۷ | ۱۵/۸۹ | ۴/۶۲ | ۸/۶۹ | ۱۵ نفر = ۷۵٪ |
| اجتماعی | انتظار | ۴۴/۳۲ | ۶/۲۱ | ۴۲/۵۸ | ۶/۵۶ | ۱۰/۸۳ | ۱ نفر = ۵٪ |
| | درمان | ۴۱/۶۵ | ۵/۸۵ | ۵۲/۲۵ | ۵/۶۳ | ۱۵/۱۰ | ۱۸ نفر = ۹۰٪ |
| دنیای پیرامون | انتظار | ۱۸/۳۴ | ۵/۳۵ | ۱۷/۲۱ | ۵/۱۵ | ۱۵/۴۷ | ۰ |
| | درمان | ۱۸/۷۲ | ۶/۶۳ | ۲۷/۹۷ | ۴/۹۶ | ۹/۴۷ | ۱۴ نفر = ۷۰٪ |
| فشار روانی | انتظار | ۴۵/۷۴ | ۶/۴۲ | ۴۳/۹۶ | ۶/۶۹ | ۸/۱۶ | ۱ نفر = ۵٪ |
| | درمان | ۴۶/۳۰ | ۶/۱۲ | ۲۴/۹۶ | ۶/۳۶ | ۱۰/۱۳ | ۱۷ نفر = ۸۵٪ |
| رهایی | انتظار | ۳۲/۶۵ | ۵/۵۲ | ۳۴/۳۹ | ۵/۳۱ | ۲/۳۶ | ۱ نفر = ۵٪ |
| | درمان | ۳۳/۵۴ | ۵/۶۹ | ۲۵/۵۶ | ۶/۲۴ | ۹/۱۴ | ۱۶ نفر = ۸۰٪ |

پایدار و به لحاظ بالینی معنادار به حساب آورد.

جدول ۹ نشان می‌دهد بر اساس برآورد تغییرات معنادار بالینی (Sdiff) تغییرات ۹۰ - ۷۰ درصد آزمودنی‌ها از نظر بالینی معنادار می‌باشد، که بر اساس مطالعات انجام شده این امر از لحاظ بالینی مناسب و خوب است [۱۸].

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان دی بی تی (رفتار درمانی دیالکتیک) در تغییر سطح نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل دانش‌آموزان دختر افسرده انجام شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک باعث افزایش معنای تحصیل گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر معنای تحصیل در افرادی که در جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه افزایش معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات [۲۳، ۲۶، ۳۱، ۳۲] همسو

مندرجات جدول ۷ نشان می‌دهد که رفتاردرمانی گفتگویی در مقایسه با گروه کنترل بر سطح نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل دانش‌آموزان تاثیر مثبت و معنی‌داری داشته است.

علاوه بر نتایج ارائه شده در جدول‌های ۱ تا ۷، در ادامه نتایج به محاسبه اندازه اثر درمانی و برآورد تغییرات معنادار بالینی (Sdiff) پرداخته می‌شود. بنابراین جدول ۸ نشان می‌دهد که محاسبه اندازه اثر درمانی در گروه رفتار درمانی گفتگویی بر میزان نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل حاکی از تاثیر قوی یا موفق^۱ کارآزمایی بالینی است.

از آنجا که میزان قدر مطلق شاخص تغییر پایدار همه بیماران گروه آزمایش از ۱/۹۶ بزرگتر است می‌توان گفت میزان تغییر نمره همه بیماران، در پایان درمان نسبت به قبل از درمان، به حدی رسیده است که بتوان آن را تغییری

^۱ میزان تاثیر با توجه به مقدار اندازه اثر بر اساس نظر کوهن (۱۹۸۳) به شرح مقابل می‌باشد: کمتر از ۰/۲۰ = عدم تاثیر، ۰/۴۹ - ۰/۲۰ = تاثیر ضعیف، ۰/۷۹ - ۰/۵۰ = تاثیر متوسط، بیشتر از ۰/۸۰ = تاثیر قوی [۳۰].

مزاحم، خوداشتغالی و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود، موجب افزایش سطح خودمختاری، ارتباط و ادراک شایسته و مثبت می‌گردد.

از طرف دیگر، این یافته‌ها را می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که معنایابی با افسردگی روانی ارتباط قوی داشته و افراد دارای سطح معنای کم، احتمال بیشتری دارد که به افسردگی روانی مبتلا شوند. لذا این روش با افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا، می‌تواند در ارتقاء سطح معنای 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 نیازهای خودتعیین‌گری به عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر شناخت مرتبط با دامنۀ وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش افسردگی استفاده می‌شود. با استفاده از مؤلفه آموزش مهارت‌ها و جایگزینی ارتباط و شایستگی ادراک شده با پوچ‌گرایی و عدم ارتباط مثبت با دیگران و محیط اطراف به کاهش سطح افسردگی افراد کمک می‌شود. در این روش به افراد در تنظیم شناخت به روش‌های کارآمد و سالم آموزش داده می‌شود. در طول آموزش اکتساب مهارت‌ها، درمانگر نقایص مربوط به توانایی‌های معطوف به هدف را مورد سنجش قرار داده و به مراجعان مهارت‌های لازم را از طریق آموزش و سرمشق دهی یاد می‌دهد. در این مرحله درمانگر از مهارت‌های کسب شده مراجع حمایت و احتمال استفاده از این مهارت‌ها را افزایش می‌دهد و با این کار معنایابی و سطح نیازهای خودمختاری را در افراد تحت درمان بالا می‌برد.

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 همچنین دیدگاهی نسبت به او دارند و لذا همین امر باعث می‌شود که فرد سطح شایستگی ادراک شده‌اش پایین بیاید و نتواند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار کند. حال آن‌که در روش رفتاردرمانی گفتگویی بر مفهوم‌سازی مجدد، آماده‌سازی مراجعین و همچنین آموزش مهارت‌های مثبت

و با نتیجه مطالعه [۲۴]. ناهمسواست. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک باعث افزایش سطح نیازهای خودتعیین‌گری گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است.

به عبارت دیگر نیازهای خودتعیین‌گری در افرادی که در جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه افزایش معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات [۲۵، ۲۷، ۳۳، ۳۴] همسو و با نتایج مطالعه [۱۶] ناهمسواست.

در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که در رفتاردرمانی دیالکتیکی از شیوه‌های شناختی نظیر تن آرامی، آموزش تنظیم هیجانات برای بهبود تحریفات شناختی، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت‌ها، فنون مقابله با استرس و افکار منفی استفاده می‌شود که همه این عوامل باعث می‌شود که فرد افکار منفی را از ذهن خود حذف کرده و زمینه برای بهبود معنای تحصیل و ارتقای سطح نیازهای خودتعیین‌گری فراهم می‌شود. همچنین در درمان دی بی تی از فنون رفتاری نظیر مواجهه خیالی و واقعی برای درک شایستگی و ارتباط‌های ادراک شده استفاده می‌شود. در به کارگیری مواجهه با استفاده از حساسیت‌زدایی منظم به مراجع آموزش داده می‌شود که به صورت تدریجی با افرادی که در کنار آن‌ها احساس ناراحتی و عدم شایستگی می‌کند و نمی‌تواند با آن‌ها ارتباط برقرار کند همراه با فنون آرامی مواجه شوند و به مرور تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و از این طریق احساس ارتباط و شایستگی را دریافت نمایند. بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی افزایش سطح شایستگی و ارتباط ادراک شده می‌شود و متعاقب آن باعث افزایش سطح معنای تحصیل در افراد می‌شود.

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش معنای تحصیل را نیز می‌توان این‌گونه تفسیر و تبیین کرد که یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری افسردگی پوچ‌گرایی و کاهش سطح معنا است. با توجه به این که در درمان فوق روی افزایش معنا و کاهش سطح پوچ‌گرایی تأکید می‌شود، این روش می‌تواند در بهبود سطح معنای تحصیل مؤثر واقع شود. همچنین می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق راهبردهایی چون شناسایی باورهای فراشناختی منفی و نحوه مقابله با آن‌ها، و برنامه‌های درمانی اختلال افسردگی که شامل راهبردهای مقابله شناخت‌محور از قبیل ارائه پاسخ‌های شناختی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، سرزنش خود، تضاد شناختی، افکار

به موفقیت‌های تحصیلی امیدوار نیستند. بر اساس این مفروضه‌ها، رفتاردرمانی گفتگویی با چگونگی تعبیر حوادث و تجربه‌ها، شناسایی و تغییر نقص‌ها یا تحریف‌های شناختی، و تغییر رفتار و سبک زندگی دانش‌آموزان سروکار دارد. از طرفی رفتاردرمانی دیالکتیک به عنوان یک روش غیردارویی و به عنوان مجموعه‌ای از فنون برای ایجاد تغییرات در چگونگی تفکر، کاهش تفکرات منفی، نحوه زندگی و تغییر رفتار سروکار دارد. بر اساس پیش فرض این روش، الگوهای شناختی نادرست، آموخته و فعال می‌شوند و به دنبال آن رفتار و احساس را تحت تأثیر قرار می‌دهند. همین تغییر در ادراک، احساس و شناخت دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی عاملی می‌شود برای اینکه به شناخت کارآمدتر و اصلاح شده‌تری برسند و متعاقب آن میزان ارتباط و شایستگی ادراک شده و همچنین معنایابی تحصیلی را در خود افزایش دهند.

منابع

- 1- Kamimura, A., Nourian M., Assasnik N., & Roa K. F. (2010). Depression and intimate partner. Violence among college students in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*: Vol 23: pp. 51-55.
- 2- 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*, Vol 243: pp. 97-99.
- 3- Mahati, K., Bhagya, V., Christofer, T., Sneha, A., & Rao, B.S. (2015). Enriched environment ameliorates depression-induced cognitive deficits and restores abnormal hippocampal synaptic plasticity. *Neurobiology of Learning and Memory*: Vol 33:pp. 379-391.
- 4- Fischer, B., Murphy, Y., Kurdyak P., & Goldner, E. M. (2015). Depression – A major but. Neglected consequence contributing to the health toll from prescription opioids? *Psychiatry Research*: Vol 243: pp. 331-334.
- 5- 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.
- 6- 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.

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 سوی دیگر می‌توان به جهت‌گیری کلی رفتار درمانی گفتگویی پرداخت و یافته‌های مطالعه حاضر را از این منظر تبیین کرد. درمان‌های شناختی رفتاری و از آن جمله رفتار درمانی گفتگویی بر این فرض استوار هستند که احساس و رفتار تا حد زیادی محصول شناخت هستند، بنابراین با مداخله‌های شناختی و رفتاری می‌توان تغییراتی در تفکر، احساس و رفتار ایجاد کرد. بنابراین، درمان‌های شناختی رفتاری، در برگیرنده عناصر اصلی نظریه‌های شناختی و رفتاری هستند. رفتاردرمانی دیالکتیکی (دی بی تی) به عنوان یک رویکرد درمانی جدید، مرکب از اصول درمان‌های شناختی رفتاری و فلسفه شرقی است که در ابتدا، برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. علاوه بر این اختلال، در دامنه نسبتاً وسیعی از اختلالات، از جمله افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته و اثربخشی آن مشخص شده است. از طرفی کاربرد رویکرد شناختی رفتاری در کودکان، نخستین بار در اواخر دهه هشتم توسط کندال و هالون مطرح شد. بر اساس مفروضه‌های زیربنایی این رویکرد، تجربه‌های اولیه و رفتار والدین در رشد شیوه‌های تفکر عامل تعیین کننده‌ای هستند. اطلاعات و تجربه‌های جدید بر اساس این باورهای اصلی ارزشیابی می‌شوند و اطلاعاتی که آن‌ها را تقویت و حفظ می‌کنند، انتخاب و جذب می‌شوند. باورهای اساسی، توسط حوادث مهم فعال و راه‌اندازی می‌شوند و منجر به ایجاد مفروضاتی می‌شوند. این امر منتج به شکل‌گیری جریانی از افکار خودکار می‌شود که مربوط به خود شخص، عملکرد او و آینده هستند و به عنوان سه جنبه شناخت، معروف هستند. این افکار خودکار نیز منجر به تغییرات هیجانی، رفتاری و جسمی می‌شوند. دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی ارتباط و شایستگی ادراک شده سطح پایینی دارند و خیلی به ادامه تحصیل و رسیدن

- ۱۸- رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۳). کاربرد پرسشنامه افسردگی بک در دانشجویان ایرانی. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال بیست و یکم، دوره جدید، شماره ۱۰، صص. ۱۷۳ - ۱۸۸.
- 19-Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*: Vol 49: pp.106-118.
- 20- warke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & seeley, J, R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry*, Vol 38: pp. 272-279.
- 21-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 population. *Psychiatry Research*: Vol 243: pp. 87-91.
- 22-Backner, D., keough, M. E., & Smite, N. B. (2007). Problematic alcohol and cannabis use. Among young adults: the role of depressin and discomfort and distress. *Addictive Behavior*: Vol 32: pp.1957-1963
- 23-Dimeff, L., korner, K., & Linehan, M. M. (2001). Summury research on DBT. The Behavioral technology transfers group. *Psychiatry Research*: Vol 341: pp.189-211.
- 24-Thomas, L. R., & Leslie, B. L. (2006).mindfulness, Metacognition belief and Dialectical Behavior Therapy (DBT): application with depressd older adult with personality disorder. *Mindfulness-Based Treatment Approaches*: Vol 61: pp.217-236.
- 25-Patra, S. (2016). Return of the psychedelics: Psilocybin for treatment resistant depression. *Asian Journal of Psychiatry*: Vol 24: pp. 51-52.
- 26-Strien, T. V., Winkens, L., Toft, M. B., Pedersen, S., Brouwer, I., Visser, M., & Lähtenmäki, L. (2016). The mediation effect of emotional eating between depression and body mass index in the two European countries Denmark and Spain. *Appetite*: Vol 105: pp. 500-508.
- 27-Hung, S., Li, M. S., Chen, Y. L., Chiang, J. H., Chen, Y. Y., & Hung, G. L. (2016). Smartphone-based ecological momentary assessment for Chinese patients. With depression: An exploratory study in Taiwan. *Asian Journal of Psychiatry*: Vol 23: pp. 131136.
- 7- Top, E. D., & Karaçam, Z. (2016). Effectiveness of Structured Education in Reduction of Postpartum Depression Scores: A Quasi-Experimental Study. *Archives of Psychiatric Nursing*: Vol 30: pp. 356-362.
- 8- Roca, Juan Carlos; Gagne, Marylene (2008). Understanding e-learning continuance intention in the workplace: A self-determination theory perspective. *Computers in Human Behavior*: Vol 24: pp.1585-1604.
- 9- 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.
- 10-Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- 11-Chen, K., & Jang, S. (2010). Motivation in online learning: Testing a model of self-determination theory. *Computers in Human Behavior*: Vol 54: pp. 741-752.
- 12-Milyavskaya Marina, Koestner Richard (2012). Psychological needs, motivation, and well-being: A test of self-determination theory across multiple domains. *Personality and Individual Differences*: Vol 50: pp. 387-391.
- 13-Henderson-King, D. & N. M. Smith. (2006.). Meanings of Education for University Students: Academic Motivation and Personal Values as Predictors. *Social Psychology of Education*: Vol 65: pp. 195- 221.
- 14-Henderson-King, D. & Smith, N. M. (2006). Meanings of Education for University Students: Academic Motivation and Personal Values as Predictors. *Social Psychology of Education*: Vol 52: pp. 195- 221.
- 15-Trotter, E. & C. A. Roberts. (2006). Enhancing the Early Student Experience. *Higher Education Research and Development*: Vol 25: pp.371- 386.
- 16-Wagner, T., Fydrich, T., Stiglmayr, C., Marschall, P., Salize, H. J., Renneberg, B., Fleba, S., & Roepke, S. (2014). Body image concern in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behaviour Research and Therapy*: Vol 61: pp. 12-22.
- 17-Shihusa, H., and Keraro, F. N. (2009). Using Advance Organizers to Enhance Students' Motivation in Learning Biology. *Eurasia Journal of Mathematics, Science & Technology Education*: Vol 5: pp. 413-420.

28-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.

29-Salbach-Andrae, D., Halvari, H., Flaata, G., Kristiansen, Roar (2008). 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.

۳۰- اصغری مقدم، محمدعلی؛ شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۳). روش معناداری بالینی تغییرات درمانی: ویژگی‌ها، شیوه محاسبه، تصمیم‌گیری و محدودیت‌ها. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال بیست و یکم، دوره جدید، شماره ۱۰، صص. ۱۹۱ - ۲۰۰.

31-Ghimire, J. (2013). Meaning of Education in the Bhagavad Gita. *Journal of Education and Research*: Vol 3: pp. 65-74

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

33-Nam, B., Kim, J. Y., DeVylder, J. E., & Song, A. (2016). Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees. *Psychiatry Research*: Vol 245: pp. 451-45.

34-Souesme, G., Martinent, G., & Ferrand, C. (2016). Perceived autonomy support, psychological needs satisfaction, depressive symptoms and apathy in French hospitalized older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*: Vol 65: pp. 70-78.