Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 4/ No. 3/ Autumn 2017
Page: 77-90

# The Effectiveness of Quality of Life Therapy (QOLT) on the Academic Resilience and Self-Differentiation in Depressed Girls High School Students

**Ezatollah Ghadampour[1], Mahdi Yousefvand[2*], Aliasghar Farokhzadian[3], Banafsheh Hassanvand[4], Moslem Yousefvand[5]**

1- Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran
2- PhD student in Educational Psychology, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran (Corresponding Author) Mehdi_yousefvand@yahoo.com
3- Islamic Azad University, Kharazgan Branch, Young and Elite Research Club, Isfahan, Iran
4- Member of faculty of psychology, Payame Noor University (allaShater center)
5- Master's Degree in Educational Management, Kharazmi University, Tehran, Iran

## Abstract

**Introduction:** Depression is one of the most prevalent psychological disorders that is used in many therapeutic approaches to reduce or eliminate its syndrome. One of these therapeutic approaches is the quality of life therapy that has been proposed to treat a variety of depressed patients and its usefulness in some researches has been confirmed**.**

**Aim:** The aim of this study was to determine the effectiveness of therapy quality of life (QOLT) to change academic resilience and self-differentiation school students of Khorramabad girl was depressed.

**Method:** 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 QOLT) and control were handled .Intervention in the experimental group for 8 sessions of 2 hours of quality of life were QOLT treatment. During this period, the control group received no intervention. The data were collected from questionnaires differentiation of self Askvrn and Dundee (1998) and a questionnaire academic resilience Samuel (2004) in the pre-test and post-test for both test and control groups were used. Data were analyzed using analysis of covariance. Data analysis software program (SPSS.21) was performed.

**Results:** Covariance analysis showed significant differences between the two groups. Results showed that quality of life therapy is effective in increasing differentiation and resiliency of the school.

**Conclusion:** According to the results, the use of non-medical methods such as quality of life therapy is recommended to improve the level of educational achievement and self-differentiation among students with depression.

**Key words:** quality of life, educational resilience, self-differentiation, depression

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال چهارم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۶
صفحات: ۹۰-۷۷

# اثربخشی کیفیتِ زندگی درمانی در تغییر سطح تاب‌آوری تحصیلی و خودتمایزیافتگی دانش‌آموزان دختر افسرده

**عزت اله قدم‌پور[۱]، مهدی یوسف وند[۲*]، علی‌اصغر فرخ زادیان[۳]، بنفشه حسنوند[۴]، مسلم یوسف‌وند[۵]**

۱- دانشیار روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۲- دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران (نویسنده مسئول) **Mehdi_yousefvand@yahoo.com**

۳- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوارسگان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، اصفهان، ایران

۴- عضو هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور (مرکز الشتر)

۵- دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

## چکیده

**مقدمه:** افسردگی یکی از اختلالات روانشناختی رو به رشد است که از رویکردهای درمانی مختلفی برای کاهش یا از بین بردن نشانگان آن استفاده می‌شود. یکی از این رویکردهای درمانی، کیفیتِ زندگی درمانی است که برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است.

**هدف:** هدف اصلی این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی کیفیتِ زندگی درمانی (QOLT) در تغییر سطح تاب‌آوری تحصیلی و خودتمایزیافتگی دانش‌آموزان دختر افسرده شهر خرم‌آباد بود.

**روش:** 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 (کیفیتِ زندگی درمانی) و گواه گمارده شدند. در مرحله مداخله گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته تحت کیفیتِ زندگی درمانی QOLT قرار گرفتند. در طی این مدت گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تجدید نظر شده خود تمایزیافتگی (DSI-R) اسکورون و اسمیت (۲۰۰۳) و پرسش‌نامه تاب‌آوری تحصیلی ساموئل (۲۰۰۴) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار (SPSS.21) انجام گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان داد. یافته‌ها حاکی از آن بود که کیفیتِ زندگی درمانی در افزایش خودتمایزیافگی و تاب‌آوری تحصیلی اثربخش است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج بدست آمده، بکارگیری روش‌های غیردارویی همچون کیفیتِ زندگی درمانی در بهبود سطح تاب-آوری تحصیلی و خودتمایزیافتگی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی توصیه می‌شود.

**کلید واژه‌ها:** کیفیتِ زندگی درمانی، تاب‌آوری تحصیلی، خودتمایزیافتگی، افسردگی

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]

**مقدمه**

افسردگی[1] یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است (کامیمورا، نوریان، آساسنیک و رواسرانو[2]، ۲۰۱۰) 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 (کیمبرل، مه‌یر، دی‌بیر، گالیور و موریست[3] (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، تمایزیافتگی پایین بین خود ودیگران، تصویر بدنی منفی[4] دارند، دچار تضاد شناختی[5] می‌شوند، نیاز به کنترل افکار[6] در آن‌ها دیده می‌شود، احتمال دارد به آسانی دچار حواس‌پرتی[7] و یا مشکلات حافظه[8] شوند(توماس، پتی و مور[9]، ۲۰۱۴). و لذا این مقاله از بین نشانگان بالا ما به بررسی دو نشانه خود تمایزیافتگی[10] و تاب‌آوری تحصیلی[11] پایین در بیماران افسرده پرداخته‌ایم. تاب‌آوری تحصیلی به صورت خودارزشیابی مثبت از موقعیت آکادمیکی، احساس کنترل بر عملکرد تحصیلی و اعتماد به مهارت‌ها و توانایی‌های شناختی تعریف شده است (گاتمن و شین[12]، ۲۰۱۳). یکی دیگر از نشانه‌های افسردگی که در این مقاله بر آن تاکید شده است میزان خودتمایزیافتگی است. مفهوم تمایز خود تمایزیافتگی بیانگر میزان توانایی فرد برای تفکر واقع‌بینانه راجع به موضوعات سرشار از عاطفه در زندگی فردی و خانوادگی می‌باشد (پیلارسکا[13]، ۲۰۱۶).

بر اساس نظریه بوئن[14] تمایزیافتگی در دو بعد درون‌روانی و بین‌فردی خود رخ می‌دهد (هافمن، بانژاف، کانسک، درِمپول و سینگر[15]، ۲۰۱۳). افراد تمایزیافته برای تجربه عواطف عمیق، احساس آزادی می‌کنند و دارای قابلیت نظم بخشی به هیجانات بوده، به طور آزادانه به آن‌ها دسترسی دارند، قادرند افکار شخصی خود را شناسایی نموده و ابراز کنند (مرادی، اکبری و دوستی، ۲۰۱۵). فشار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی، برای مبتلایان به اختلال افسردگی از طرف خانواده 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 و یا کاهش میزان نشانگان این اختلال در افراد مبتلا بیشتر از گذشته احساس شود (وانگ، سیو، ژیانگ، دانگ، فان، ژانگ، یو، گاوو، شی، ژیانگ، ژیانگ و وی[16]، ۲۰۱۶). بنابراین باید گفت افسردگی یک عامل پیش‌بین قوی است که باعث آسیب‌هایی مانند تضاد شناختی، نشخوار فکری، واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه منِ تحریف شده، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی پایین با دیگران می‌شود (پارکر، مک‌کراو و هدزی-پاولُویک[17]، ۲۰۱۵).

یافته‌های پژوهشی جدید حاکی از آن است که حتی سطوح خفیف افسردگی با افزایش معنی‌دار تمایزنایافتگی بین خود و دیگران، واکنش‌پذیری عاطفی پایین، جایگاه منِ تضعیف شده، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی پایین در دانش‌آموزان همراه است (پلگ و زوبی[18]، ۲۰۱۴). از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که

1 . Depression
2 . Akiko, Nourian, Assasnik & Roa
3 . Kimbrel, Meyer, DeBeer, Gulliver & Morissette
4. Negative body image
5 . Cognitive conflict
6 . Need to control thoughts
7 . Distractions
8 . Memory problems
8. Thomson, Petty & Moore
10. self - differentiation
11. Academic Resilience
12. Gutmann & Shean
13. Pilarska
14. Boen
15. Hoffmann, Banzhaf, Kanske, Bermpohl & Singer
16. Wang, Su, Jiang, Dong, Fan, Zhang, Yu, Gao, Shi, Jiang, Jiang & Wei
17. Parker, McCraw & Hadzi-Pavlovic
18. Peleg & Zoabi



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]
[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]

افسردگی در کودکان و دانش‌آموزان از موضوعات مهم در گستره علم روان‌شناختی است. باری، شویتزر و اُبرین[1](۲۰۱۴) با بازنگری پژوهش‌ها نشان دادند که بیش از ۲۰ درصد دانش‌آموزان تا ۱۸ سالگی حداقل یک بار به افسردگی بالینی دچار می‌شوند. باری و همکاران (۲۰۱۴) افسردگی دانش‌آموزان را با مشکلاتی همچون ضعف مهارت‌های اجتماعی، گریز عاطفی و تاب‌آوری تحصیلی کاهش یافته مرتبط است. در تبیین علل 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[2]، ۲۰۱۴). همچنین در کنار این نشانه‌ها در فرد، نشانه‌های دیگری مثل احساس بی‌ارزشی، تحمل پایین، گریز عاطفی، عدم رابطه با دیگران، کاهش انرژی، اشکال در تفکر یا تصمیم‌گیری، تغییر در اشتها، تغییر وزن و پرخوری افراطی دیده می‌شود (بورتون، ویلیام، کلارک، هاریس، شوفیلد و گات[3]، ۲۰۱۵).

رویکردهای درمانی مختلفی برای کاهش یا از بین بردن افسردگی و نشانگان آن استفاده می‌شود. یکی از این رویکردهای درمانی کیفیتِ زندگی درمانی[4] (QOLT) است که برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است. کیفیتِ زندگی‌درمانی (QOLT) رویکردی جدید و جامع است که بر جهت‌گیری روان‌شناسی مثبت‌نگر استوار است (کنارد، لیبرمن، ساید و رولف[5]، ۲۰۱۵). علاوه بر این رویکرد روان‌شناختی کیفیتِ زندگی‌درمانی (QOLT) در دامنه نسبتاً وسیعی از اختلالات، از جمله افسردگی مورد مطالعه قرارگرفته و اثربخشی آن مشخص شده است (لی، چن، ژنگ، پانگ، گنگ، هان، ژانگ، ژانگ، ژانگ و ژنگ[6]، ۲۰۱۲). فریش[7](۲۰۰۶)، با ترکیب رویکرد شناختی رفتاری آرون تی‌بک و روان‌شناسی مثبت به همراه استفاده از استعاره، تن‌آرامی و مراقبه، کیفیتِ زندگی‌درمانی را ارائه داد. کیفیتِ زندگی‌درمانی 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 (موتا و ماتوز[8]، ۲۰۱۲). هدف کیفیتِ زندگی درمانی (QOLT) افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیش‌گیری از فرسودگی است (کاراتز و وین[9]، ۲۰۰۷). 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[10](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 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 هفده حوزه اصلی از زندگی است که از توسعه معنویت و خودپنداره شروع تا همسایگان، اجتماع و این‌که چگونه رضایت از

1 . Burri, Schweitzer & O'Brien
2 . Shimotsu & Horikawa
3 . Burton, Williams, Clark, Harris, Schofield & Gatt
4 . Quality of life therapy
5 . Kennard, Lieberman, Saaid & Rolfe
6. Li, Chen, Zeng, Pang, Gong, Han, Zhang, Zhang, Zhang & Zheng
7 . Frisch
8 . Mota & Matos
9 . Kratzt & Weyne
10 . Kimweli & Stilweli



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]
[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]

زندگی و شادی را در هر یک از این حوزه‌ها افزایش دهیم، ادامه می‌یابد. این هفده 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. تحقیقات زیادی در این زمینه صورت گرفته و اثربخشی این درمان را نشان داده‌اند. در پژوهشی که عابدی و وستانیس[1](۲۰۱۰) به منظور ارزیابی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برای والدین کودکان مبتلا به افسردگی در ایران انجام دادند، ۴۰ نفر از مادران کودکان مبتلا افسردگی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و مادران گروه آزمایش در طی ۴ هفته و ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای از مزایای درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بهره‌مند شدند. نتایج نشان داد که درمان QOLT باعث کاهش نشانه-های افسردگی مانند نشخوار فکری، گریز عاطفی، اضطراب و افزایش رضایت کلی خانوادگی و موقعیتی کودکان مبتلا افسردگی شد. همچنین، میزان کیفیت زندگی مادران هم به‌طور کلی افزایش معناداری یافت. از سوی دیگر، پاداش (۱۳۸۹) به بررسی کیفیت زندگی درمانی بر رضایت زناشویی و واکنش‌پذیری عاطفی زنان و مردان متاهل شهر اصفهان پرداخت و نشان داد که کیفیت زندگی درمانی بر رضایت زناشویی زنان و افزایش میزان واکنش‌پذیری عاطفی مردان و زنان متاهل مؤثر بوده است.

در پژوهشی نورث‌مور - بال و ایونز[2] (۲۰۱۶) با عنوان بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر تاب‌آوری تحصیلی دانش‌جویان انجام گرفت به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، میزان تاب‌آوری تحصیلی آزمودنی‌ها را در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش داده است. رودریگو، ماهر و ویدوز[3] (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان مداخله روان‌شناختی به روش کیفیتِ زندگی درمانی به منظور بهبود کیفیت زندگی و سطح خود تمایزیافتگی در بزرگسالان افسرده پرداختند. نتایج بیانگر آن بود که افراد گروه QOLT نمره‌های بیشتری در مقیاس کیفیت زندگی و سطح خود تمایزیافتگی به دست آوردند. یکی از بررسی‌های مهم در زمینه درمان افسردگی و نشانگان آن به روش QOLT توسط پاترا[4] (۲۰۱۶) صورت گرفت. او به بررسی افسردگی و عوامل همراه در دانش‌آموزان دبیرستانی پرداخت. نتایج نشان داد که ۷۳ درصد دانش‌آموزان دختر و ۵۸ درصد دانش-آموزان پسر دارای اختلال افسردگی هستند. از دیگر یافته‌های این مطالعه این بود که درمان QOLT به طور معنی‌داری باعث افزایش میزان خود تمایزیافتگی در دانش‌آموزان دختر و پسر شده است. موسک و گیلبون[5] (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان دادند که زندگی درمانی به طور معنی‌داری باعث افزایش سطح تاب‌آوری تحصیلی دانش‌جویان افسرده نسبت به گروه کنترل می-شود. استراین، وینکنز، تافت، پدرسن، براور، ویزر و لاتن ماکی[6] (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان QOLT بر کاهش نشانگان افسردگی دانش‌آموزان دختر نشان دادند که درمانQOLT باعث افزایش میزان تاب‌آوری و کاهش باورهای منفی دانش‌آموزان دختر افسرده می-

1. Abedi & Vostanis
2 . Northmore-Ball & Evans
3 . Rodrigue, Moher & Widows
4 . Patra
5 . Mosek & Gilboa
6 . Strien, Winkens, Toft, Pedersen, Brouwer, Visser & Lähteenmäki



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]

شود. هانگ، لی، چن، چیانگ، چن و هانگ[1] (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان دادند که بهترین راهکار درمانی برای افزایش میزان تاب‌آوری تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی شدید رویکرد درمان QOLT هست. از نتایج دیگر این مطالعه این بود که درمان QOLT به‌طور معنی‌داری باعث افزایش میزان تاب‌آوری تحصیلی دانش‌آموزان افسرده نمی‌شود. باتوجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد روش درمانی QOLT در درمان افسردگی و کاهش نشانگان این اختلال مؤثر باشد. بنابراین پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی درمانQOLT در تغییر سطح تاب‌آوری تحصیلی و خود تمایزیافتگی دانش‌آموزان دختر افسرده است.

## روش

روش اجرا: 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، ۶۰۰ 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 (طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری نسخه چهارم) قرار گرفتند. آزمودنی‌های دارای افسردگی به صورت تصادفی به دو گروه به شرح زیر گمارده شدند: ۲۰ نفر برای رفتار درمانی دیالکتیکی (گروه آزمایش) و ۲۰ نفر برای لیست انتظار (گروه گواه). سپس هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون مقیاس تاب‌آوری تحصیلی و خودتمایزیافتگی را تکمیل کردند. دو 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)، 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.

**ابزار: الف) پرسش‌نامه** تاب‌آوری تحصیلی: پرسش‌نامه تاب‌آوری تحصیلی توسط ساموئل در سال ۲۰۰۴ ساخته شد و در دو مطالعه مناسب بودن آن تأیید شد. سپس با گسترش مطالب، در سال ۲۰۰۹ به چاپ رسید. نسخه نهایی این پرسش‌نامه شامل ۴۱ سؤال است که از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا میزان تاب‌آوری تحصیلی خود را بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملا مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) درجه‌بندی کنند. سوالات ستاره‌دار در پرسش‌نامه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس دارای سه مولفه می‌باشد. این مولفه‌ها عبارتند از مهارت‌های ارتباطی، جهت‌گیری آینده و مسئله محور و مثبت‌نگر. روایی بیرونی و روایی سازه این مقیاس را مارتین (۲۰۰۳)

1. Hung, Li, Chen, Chiang, Chen & Hung



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]

تأیید کرده است. همچنین ضرایب پایایی آلفای کرونباخ اختصاصاً در هر بار حذف آیتم‌ها از ۰/۸۵ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. پایایی و روایی این مقیاس را هاشمی(۱۳۹۰) تأیید کرده است.

**ب) پرسشنامه تجدید نظر شده خود تمایز یافتگی (DSI-R) اسکورون و اسمیت (۲۰۰۳):** یک ابزار ۴۶ سوالی است که توسط اسکورن و اسمیت (۲۰۰۳) برای سنجش تمایزیافتگی افراد از خانواده اصلی ساخته شده است. این پرسش‌نامه دارای۴ خرده مقیاس واکنش-پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم-آمیختگی با دیگران می‌باشد. پرسش‌نامه تمایزیافتگی خود در ایران توسط اسکیان (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. این پرسش‌نامه با مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده است. پایایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ توسط اسکورون برای این ابزار۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهش اسکیان (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی ۰/۸۱ به دست آمد (ثنایی، ۱۳۸۷). پایایی پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کروباخ ۰/۹۱ محاسبه شد. نقطه برش این پرسش‌نامه به چهار بخش تقسیم می‌شود؛ ۱) بین۰ تا ۲۵، افرادی که برای خوشحال کردن دیگران تلاش می‌کنند، ۲) بین ۲۵ تا ۵۰، زندگی این افراد تابع سیستم عاطفی محیط واکنش به سایرین شکل می‌گیرد، ۳) بین۵۰ تا ۷۵، فکر افراد در این سطح به اندازه کافی رشد کرده است، ۴) بین ۷۵ تا ۱۰۰، افرادی که به طور خودکار افکارشان را از احساسشان جدا می‌کنند.

**ج)پروتکل کیفیتِ 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 تحصیلی و خودتمایزیافتگی |
| 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 |

طرح 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 کیفیتِ زندگی درمانی و عدم مداخله است. متغیرهای تاب‌آوری تحصیلی و خودتمایزیافتگی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند.

روش تجزیه و تحلیل: در پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون لون، تحلیل واریانس یک راهه،



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]

تحلیل کوواریانس تک متغیری و تحلیل کواریانس چند متغیری) استفاده شده است.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب ۱۷/۲۹۱۲ و ۰/۶۱ با دامنه ۱۵ تا ۱۸ سال بود. بین دو گروه آزمایش و گواه ازلحاظ متغیرهای سن، پایه و رشته تحصیلی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرها در پس‌آزمون و پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

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

| گروه | | گواه | | | | آزمایش | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| موقعیت | | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
| متغیرها | | میانگین | انحراف استاندرد | میانگین | انحراف استاندرد | میانگین | انحراف استاندرد | میانگین | انحراف استاندرد |
| خود تمایزیافتگی | واکنش‌پذیری عاطفی | ۲۲/۳۲ | ۵/۵۲ | ۲۳/۶۹ | ۴/۶۳ | ۲۱/۴۱ | ۵/۹۵ | ۳۰/۶۲ | ۳/۳۱ |
| | جایگاه من | ۲۰/۴۶ | ۶/۵۲ | ۱۹/۳۱ | ۵/۴۳ | ۱۹/۵۷ | ۵/۶۹ | ۳۱/۵۳ | ۳/۹۵ |
| | گریز عاطفی | ۱۷/۳۴ | ۴/۲۵ | ۱۶/۲۱ | ۴/۱۵ | ۱۷/۷۲ | ۵/۶۳ | ۱۱/۹۷ | ۳/۹۶ |
| | هم‌آمیختگی با دیگران | ۱۴/۱۳ | ۳/۵۴ | ۱۵/۹۱ | ۴/۶۵ | ۱۵/۷۴ | ۴/۵۲ | ۱۱/۵۹ | ۲/۵۴ |
| تاب‌آوری تحصیلی | | ۱۱۹/۴۵ | ۱۹/۵۶ | ۱۲۱/۵۸ | ۲۱/۸۴ | ۱۲۰/۶۵ | ۱۸/۱۵ | ۱۷۹/۱۸ | ۵/۹۶ |

بر اساس یافته‌های جدول ۱ میانگین کل و انحراف معیار گروه گواه در پیش‌آزمون به ترتیب برای متغیرهای خود تمایزیافتگی (واکنش‌پذیری عاطفی، ۲۲/۳۲ و ۵/۵۲؛ جایگاه من، ۲۰/۴۶، ۶/۵۲؛ گریز عاطفی، ۱۷/۳۴ و ۴/۲۵ و هم‌آمیختگی با دیگران، ۱۴/۱۳ و ۳/۵۴) و تاب‌آوری تحصیلی (۱۱۹/۴۵ و ۱۹/۵۶) می‌باشد. میانگین کل و انحراف معیار گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب برای متغیرهای خود تمایزیافتگی (واکنش‌پذیری عاطفی،

۲۱/۴۱ و ۵/۹۵؛ جایگاه من، ۱۹/۵۷، ۵/۶۹؛ گریز عاطفی، ۱۷/۷۲ و ۵/۶۳؛ هم‌آمیختگی با دیگران، ۱۵/۷۴ و ۴/۵۲) و تاب‌آوری تحصیلی (۱۲۰/۶۵ و ۱۸/۱۵) می‌باشد. میانگین کل و انحراف معیار گروه گواه در پس‌آزمون به ترتیب برای متغیرهای خود تمایزیافتگی (واکنش‌پذیری عاطفی، ۲۳/۶۹ و ۴/۶۳؛ جایگاه من، ۱۹/۳۱، ۵/۴۳؛ گریز عاطفی، ۱۶/۲۱ و ۴/۱۵؛ و هم‌آمیختگی با دیگران، ۱۵/۹۱ و ۴/۶۵) و تاب‌آوری تحصیلی (۱۲۱/۵۸ و ۲۱/۸۴) می‌باشد. میانگین کل و انحراف معیار گروه آزمایش در پس-آزمون به ترتیب برای متغیرهای خود تمایزیافتگی (واکنش‌پذیری عاطفی، ۳۰/۶۲ و ۳/۳۱؛ جایگاه من، ۳۱/۵۳، ۳/۹۵؛ گریزعاطفی، ۱۱/۹۷ و ۳/۹۶ و هم-آمیختگی با دیگران، ۱۱/۵۹ و ۲/۵۴) و تاب‌آوری تحصیلی (۱۷۹/۱۸ و ۵/۹۶) می‌باشد.

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]

**جدول ۲: تحلیل واریانس یک راهه(ANOVA) به منظور تجزیه و تحلیل تفاوت‌های بین میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل**

| متغیرها | | منابع تغییر | SS | df | MS | F | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| خودتمایزیافتگی | واکنش‌پذیری عاطفی | بین گروهی | ۸۷/۰۵ | ۱ | ۴۳/۵۲ | ۰/۲۰۴ | ۰/۸۱ |
| | | درون گروهی | ۱۳۴۱۵/۶۱ | ۳۸ | ۲۱۲/۹۴ | | |
| | | کل | ۱۳۵۰۲/۶۶ | ۳۹ | – | | |
| | جایگاه من | بین گروهی | ۲۰/۴۱ | ۱ | ۱۰/۲۰ | ۰/۰۶۴ | ۰/۹۳ |
| | | درون گروهی | ۱۰۰۴۳/۹۵ | ۳۸ | ۱۵۹/۴۲ | | |
| | | کل | ۱۰۰۶۴/۳۶ | ۳۹ | – | | |
| | گریز عاطفی | بین گروهی | ۱۸۹/۵۳ | ۱ | ۹۴/۷۶ | ۲/۳۷ | ۰/۱۰ |
| | | درون گروهی | ۲۵۶۶/۰۶ | ۳۸ | ۴۰/۷۳ | | |
| | | کل | ۲۷۵۵/۵۹ | ۳۹ | – | | |
| | هم‌آمیختگی با دیگران | بین گروهی | ۸۵/۹۰ | ۱ | ۴۲/۹۵ | ۲/۰۶ | ۰/۱۳ |
| | | درون گروهی | ۱۳۱۰/۲۱ | ۳۸ | ۲۰/۷۹ | | |
| | | کل | ۱۳۹۶/۱۲ | ۳۹ | – | | |
| تاب‌آوری تحصیلی | | بین گروهی | ۵۱۶/۸۱ | ۱ | ۲۵۸/۴۰ | ۳/۳۱ | ۰/۰۷ |
| | | درون گروهی | ۴۹۱۰/۲۷ | ۳۸ | ۷۷/۹۴ | | |
| | | کل | ۵۴۲۷/۰۹ | ۳۹ | – | | |

*p<۰/۰۵

بر اساس مندرجات جدول ۲، با محاسبهٔ F و با α=۰/۰۵ مشخص شد که تفاوت‌های اولیه بین دو گروه در پیش‌آزمونِ متغیر واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی، هم‌آمیختگی با دیگران و تاب‌آوری تحصیلی معنی‌دار نیست. نتایج آزمون لون برای برابری واریانس‌ها نشان داد که در تمام متغیرهای مورد مطالعه تساوی واریانس‌ها برقرار بود. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نیز نشان داد که ترکیب خطی متغیرهای مورد مطالعه با توجه به تعلق گروهی تفاوت معنی‌داری دارند (P<۰/۰۰۱، F=۱۹/۳۱ و ۰/۰۵۳=لامبدای ویکلز). برای مشخص شدن این که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل‌های کواریانس یک متغیری انجام گرفت.

**جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی، هم‌آمیختگی با دیگران و تاب‌آوری تحصیلی**

| منبع / شاخص | | SS | df | F | P | اندازه اثر | توان آماری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| خودتمایزیافتگی | واکنش‌پذیری عاطفی | ۸۷/۰۵ | ۱ | ۲۱/۹۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۱ | ۹۵ |
| | جایگاه من | ۲۴۸/۱۳ | ۱ | ۲۷/۸۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳ | ۹۹ |
| | گریز عاطفی | ۱۴۹/۶۹ | ۱ | ۱۸/۵۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۹ | ۹۹/۵ |
| | هم‌آمیختگی با دیگران | ۲۳۲/۸۱ | ۱ | ۳۱/۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱ | ۹۹ |
| تاب‌آوری تحصیلی | | ۱۹۲/۶۳ | ۱ | ۲۶/۵۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۹ | ۹۹/۵ |



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]

با توجه به یافته‌های جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری نشان داد که: بین دانش-آموزان دختر مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر واکنش‌پذیری عاطفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱، F=۲۱/۹۶) به عبارت دیگر، درمان دیالکتیکی باعث افزایش واکنش-پذیری عاطفی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر افزایش واکنش‌پذیری عاطفی ۴۱٪ است. یعنی ۴۱ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۵ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می-باشد؛ بین دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر جایگاه من تفاوت معنی-داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱، F=۲۷/۸۴) به عبارت دیگر، درمان دیالکتیکی باعث افزایش درک جایگاه من آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر افزایش درک جایگاه من ۵۳٪ است. یعنی ۵۳ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۹ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد؛ بین دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر گریز عاطفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱، F=۱۸/۵۱) به عبارت دیگر، درمان دیالکتیکی باعث کاهش گریز عاطفی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش گریز عاطفی ۳۹٪ است. یعنی ۳۹ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۹/۵ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد؛ بین دانش-آموزان دختر مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر هم‌آمیختگی با دیگران تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱، F=۳۱/۱۹) به عبارت دیگر، درمان دیالکتیکی باعث افزایش هم‌آمیختگی با دیگران آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر افزایش هم‌آمیختگی با دیگران ۶۱٪ است. یعنی ۶۱ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۹ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد؛ بین دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر تاب‌آوری تحصیلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد(P<۰/۰۰۱، F=۱۲۹/۲۴) به عبارت دیگر، درمان دیالکتیکی باعث افزایش تاب‌آوری تحصیلی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر افزایش تاب‌آوری تحصیلی ۶۵٪ است. یعنی ۶۵ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۹/۹۵ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کیفیتِ زندگی درمانی (QOLT) در تغییر سطح تاب‌آوری تحصیلی و خود-تمایزیافتگی دانش‌آموزان دختر افسرده انجام شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که کیفیتِ زندگی درمانی باعث افزایش میزان خودتمایزیافتگی (افزایش در میزان واکنش‌پذیری عاطفی، درک جایگاه من و هم‌آمیختگی با دیگران و کاهش میزان گریز عاطفی) گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]

است. به عبارت دیگر میزان خودتمایزیافتگی در افرادی که در جلسات کیفیتِ زندگی درمانی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه افزایش معنی-داری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات وستانیس گرانت (۲۰۱۰)، سالکد و هاینان (۱۹۹۵)، پاداش (۱۳۸۹)، رودریگو، ماهر و ویدوز (۲۰۱۰) و پاترا (۲۰۱۶) همسو است. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که کیفیتِ زندگی درمانی باعث افزایش میزان تاب‌آوری تحصیلی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر میزان تاب-آوری تحصیلی در افرادی که در جلسات کیفیتِ زندگی درمانی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه افزایش معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات طغیانی (۱۳۹۰)، نورث‌مور - بال و ایونز (۲۰۱۶)، موسک و گیلبون (۲۰۱۶) و هانگ، لی، چن، چیانگ، چن و هانگ (۲۰۱۶) همسو است.

از دلایل تبیین این یافته‌ها این است که کیفیتِ 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 می-شود، موجب افزایش هم‌آمیختگی بادیگران و واکنش پذیری عاطفی می‌گردد. از طرف دیگر، این یافته‌ها را می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که خودتمایزیافتگی پایین با افسردگی روانی ارتباط قوی داشته و افراد دارای خودتمایزیافتگی پایین، احتمال بیشتری دارد که به افسردگی روانی مبتلا شوند. لذا این روش با افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا، می‌تواند در ارتقاء میزان خودتمایزیافتگی آنان مؤثر باشد. همچنین در این روش به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیختگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی پرداخته می‌شود و از خودتمایزیافتگی به عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر هیجان مرتبط با دامنهٔ 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 کیفیتِ زندگی درمانی به بررسی ابعاد مختلف زندگی فرد، خواسته‌ها، مشکلات پیش‌رو، نحوه غلبه بر مشکلات پرداخته می-شود 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 تحصیلی و خودتمایزیافتگی پایینی دارند. هدف در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی این است که مهارت‌ها و آگاهی-ها افزایش یابد و مراجعان اراده خود را در مورد جنبه-هایی از خودتمایزیافتگی 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 تحصیلی 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 در برابر مشکلات و سختی‌های تحصیلی و نداشتن احساس خوب از خود و محیط دانشگاه است. نظریه کیفیت زندگی بر این فرض استوار است که مراجعانی



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]

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 تحصیلی به صورت بهتر و مثبت تر برخورد کنند.

**References**


1. A. Atalia Mosek, R. Ben-Dori Gilboa(2016).Integrating art in lief therapy psychodynamic-narrative group work to promote the resilience of caring professionals. The Arts in Psychotherapy, Volume 51, November 2016, Pages 19.

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

3. Akiko Kamimura, Maziar M. Nourian, Nushean Assasnik, Kathy Franchek Roa.(2010). Depression and intimate partner violence among college students in Iran. Asian Journal of Psychiatry, Volume 23, October 2010, Pages 51-55.

4. Aleksandra Pilarska(2016). How do self-concept differentiation and self-concept clarity interrelate in predicting sense of personal identity?Personality and Individual Differences, Volume 102, November 2016, Pages 85-89.

5. Andrea Burri, Robert Schweitzer, Jessica O'Brien (2014). Correlates of Female Sexual Functioning: Adult Attachment and Differentiation of Self. The Journal of Sexual Medicine, Volume 11, Issue 9, September 2014, Pages 2188-2195.

6. Catarina Pinheiro Mota, Paula Mena Matos (2016). Does sibling relationship matter to self-concept and resilience in adolescents under residential care? Review, Volume 56, September 2012, Pages 97-106.

7. Elliot J. Kennard, Jacob Lieberman, Arjmand Saaid, Kerstin J. Rolfe (2015). Preliminary Comparison of Laryngeal Manipulation and Postural Treatment on Voice Quality in a Prospective Randomized Crossover Study. Journal of Voice, Volume 29, Issue 6, November 2015, Pages 751-754 Big Five personality traits in the occurrence and repetition of nonsuicidal self-injury among adolescents: The mediating effects of depressive symptoms Original Research Article Personality and Individual Differences, Volume 101, October 2016, Pages 227-231.

8. Ferdinand Hoffmann, Christian Banzhaf, Philipp Kanske, Felix Bermpohl, Tania Singer(2013). Where the depressed mind wanders: Self-generated thought patterns as assessed through experience sampling as a state marker of depression. Journal of Affective Disorders, Volume 198, 1 July 2013, Pages 127-134.

9. Frisch, MI, B. (2006). Quality of life therapy. New Jersey: John Wiley & Sons Press.

10. G. Parker, S. McCraw, D. Hadzi-Pavlovic (2015).The utility of a classificatory decision tree approach to assist clinical differentiation of melancholic and non-melancholic depression. Journal of Affective Disorders, Volume 180, 15 July 2015, Pages 148-153

11. Grant, G.M, Salced, V., Hynan L.S, et al. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. Psychological Report, 1203-8.

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

13. Hashemi Sheikh Shabani, I. (2011). Investigating the Relationship Between Some Important Presentations and Related


[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]

to Educational Self-Correlation and its Relationship with the Outcomes in the First-Year-Old High School Students of Ahwaz. thesis.

14. Jianing You, Min-Pei Lin, Sian Xu, Wei-Hsuan Hu Q. Wang, X. Su, X. Jiang, X. Dong, Y. Fan, J. Zhang, C. Yu, W. Gao, S. Shi, J. Jiang, W. Jiang, T. Wei(2016).iTRAQ technology-based identification of human peripheral serum proteins associated with depression.Neuroscience, Volume 330, 25 August 2016, Pages 291-325.

15. Karen L.O. Burton, 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 depression and anxiety. Journal of Affective Disorders, Volume 188, 1 December 2015, Pages 35-42.

16. Kimweli D. M.S; stilweli, W.E. (2014). Community subjective well-being personality traits and quality of life therapy. Social Indicators research, 60, 1.

17. Kratzt, F & Weyne, B. (2007). Manicsymptoms and quality of life in bipolar
disorder.

18. Ksenia Northmore-Ball, Geoffrey Evan (2016). Secularization versus religious revival in Eastern Europe: Church institutional resilience, state repression and divergent paths. Social Science Research, Volume 57, May 2016, Pages 31-48.

19. Mahnaz Moradi, Tayebeh Akbari, Manzieh Dausti(2015). Relation between Early Maladaptive Schemas and Self differentiation in Referrals to Welfare Centers. Procedia - Social and Behavioral Sciences, Volume 185, 13 May 2015, Pages 294-300

20. Martin V. C. (2003). Academi resilius Goal theory, motivation, and school achievement: An Integrative Review. Annual Review of

21. Nathan A. Kimbrel, Eric C. Meyer, Bryann B. DeBeer, Suzy B. Gulliver, Sandra B. Morissette. (2014). A 12-Month prospective study of the effects of PTSD depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatry Research, Volume 243, 30 September 2014, Pages 97-99.*

22. Ning Li, Gong Chen, Ping Zeng, Jing Pang, Huan Gong, Yiwen Han, Yan Zhang, Enyi Zhang, Tiemei Zhang, Xiaoying Zheng (2012). Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. Psychiatry Research, Volume 243, 30 September 2012, Pages 87-91.

23. Oliver P. Thomson, Nicola J. Petty, Ann P. Moore(2014).Diagnostic reasoning in osteopathy – A qualitative study. International Journal of Osteopathic Medicine, Volume 17, Issue 2, June 2014, Pages 83-93.

24. Ora Peleg, Chen Deutch, Orrie Dan (2016). Test anxiety among female college students and its relation to perceived parental academic expectations and differentiation of self. Learning and Individual Differences, Volume 49, July 2016, Pages 428-436.

25. Ora Peleg, Maissara Zoabi (2014). Social anxiety and differentiation of self: A comparison of Jewish and Arab college students. Personality and Individual Differences, Volume 68, October 2014, Pages 221-228.

26. Padash, Z. (2009). Efficacy of quality of life based therapy on spouses marital satisfaction in Isfahan. Thesis of MA in Consultation, Isfahan University.

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

28. Rodrigue, J. R., Moher, A. B., & Widows, M.R. (2006). A randomized evaluation of quality of life therapy with patiants awaiting lung transplantation. American Journal of Transplantation, 5 (10): 2425-2432.

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]

29. Ryan J. Lackner, David M. Fresco (2016). Interaction effect of brooding rumination and interoceptive awareness on depression and anxiety symptoms. Behaviour Research and Therapy, Volume 85, October 2016, Pages 43-52.

30. Sakie Shimotsu, Naoshi Horikawa (2014). Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. Asian Journal of Psychiatry, Volume 24, December 2014, Pages 125-129.

31. Sanei, B. (2007). Family and marriage measurement scales. Tehran: Besat Publications.

32. Shan Hung, Min-Shan Li, Yen-Lin Chen, Jung-Hsien Chiang, Ying-Yeh Chen, Galen Chin-Lun Hung(2016).Smartphone-based ecological momentary assessment for Chinese patients with depression: An exploratory study in Taiwan. Asian Journal of Psychiatry, Volume 23, October 2016, Pages 131-136.

33. Skian, p. (2004). The effect of psychodrama on the increase of differentiation of the individual from the main family in high school girl students in district 5 of Tehran. MSc Thesis, Tehran Teacher Training University.

34. Suravi Patra (2016). Return of the psychedelics: Psilocybin for treatment resistant depression. Asian Journal of Psychiatry, Volume 24, December 2016, Pages 51-52.

35. Tatjana van Strien, Laura Winkens, Madeleine Broman Toft, Susanne Pedersen, Ingeborg Brouwer, Marjolein Visser, Liisa Lähteenmäki (2016). The mediation effect of emotional eating between depression and body mass index in the two European countries Denmark and Spain. Appetite, Volume 105, 1 October 2016, Pages 500-508.

36. Toghiani, M. (2011). The Effectiveness of Quality of Life Therapy on mental health, vitality and mental well-being of adolescent boys. Master's thesis of clinical psychology: Isfahan University.

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-16 ]

[ DOR: 20.1001.1.25886657.1396.4.3.3.3 ]