



The Effectiveness of Group-Based Dialectic Behavioral Therapy on Depression and Perceived Stress of Female Students

Reza Arab Markadeh¹, Akram Dehghani^{2,*}

¹ MSc, Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran

² Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran

* **Corresponding author:** Akram Dehghani, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran. E-mail: dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

Received: 21 May 2018

Accepted: 21 Jun 2019

Abstract

Introduction: Depression disorder with a widespread incidence of about 10-25% for women and 10-12% for men over the lifetime has been known as a mental cold since many years ago. The purpose of this study was to determine the effectiveness of collective dialectical behavioral therapy on depression and perceived stress in female students.

Methods: This research was a semi-experimental design with pre-test and post-test with control group. The statistical population of the study included all female students of the faculty of humanities Islamic Azad University of Najafabad who studied in the academic year of 2017-18. Among them, 30 subjects were selected by means of Beck Depression Inventory and was replaced in two experimental groups (15 subjects) and control (n = 15). The experimental group was grouped in dialectical behavioral therapy for 8 sessions of 90 minutes. The Beck Depression Scale and perceived stress scale were used to collect data, which was performed in both pretest and posttest. Data were analyzed using mankova covariance analysis at a significance level of $P < 0.05$.

Results: The results showed that dialectical behavioral therapy was effective in improving depression ($P = 0.018$) and perceived stress ($P = 0.023$) in female students with depression.

Conclusions: According to the results, dialectical behavioral therapy can improve depression and perceived stress among female students. Therefore, this intervention can be used as an effective treatment for the improvement of this disorder and can be used to help improve the condition of people with depression.

Keywords: Dialectical Behavioral Therapy, Depression, Perceived Stress, Students



اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر افسردگی و استرس ادراک شده دانشجویان دختر

رضا عرب‌مارکده^۱، اکرم دهقانی^{۲*}

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
^۲ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
 * نویسنده مسئول: اکرم دهقانی، استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
 ایمیل: dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۳۱

چکیده

مقدمه: اختلال افسردگی با شیوع گسترده‌ای با حدود ۱۰-۲۵ درصد برای زنان و ۱۰-۱۲ درصد برای مردان در طول عمر به عنوان سرماخوردگی روانی از سال‌ها پیش معروف بوده است. دوره تحصیلی دانشگاهی به واسطه حضور عوامل متعدد، دوره فشارزایی بوده و احتمال رخ دادن افسردگی در آن بسیار شایع است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر افسردگی و استرس ادراک شده دانشجویان دختر انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه دانشجویان دختر دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد که در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند. از این میان به شیوه نمونه گیری هدفمند ۳۰ آزمودنی به کمک پرسشنامه افسردگی بک انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی قرار گرفت. برای جمع آوری داده‌ها، از مقیاس افسردگی بک و مقیاس استرس ادراک شده کوهن و همکاران استفاده شد که در پیش آزمون و پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 24 و تحلیل کوواریانس مانکوا در سطح معناداری $P < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود افسردگی ($P = 0.018$) و استرس ادراک شده ($P = 0.023$) دانشجویان دختر مبتلا به افسردگی مؤثر بوده است.

نتیجه گیری: بنابر نتایج بدست آمده، رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی، می‌تواند موجب بهبود افسردگی و استرس ادراک شده دانشجویان دختر شود. بنابراین، این مداخله به عنوان درمانی مؤثر در بهبود این نشانه‌ها می‌تواند کاربرد داشته باشد و می‌توان با اجرای آن به بهبود وضعیت مبتلایان به افسردگی کمک کرد.

کلیدواژه‌ها: رفتار درمانی دیالکتیکی، افسردگی، استرس ادراک شده، دانشجویان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

داخل و خارج از کشور بر روی دانشجویان انجام گرفته است، میزان شیوع افسردگی در بین دانشجویان را ۱/۴۴-۱/۹ گزارش کرده‌اند [۲] که می‌تواند منجر به خودکشی، اعتیاد، کاهش اعتماد به نفس، افت تحصیلی و در مجموع اختلال در عملکردهای مختلف شغلی، خانوادگی و اجتماعی شود و به طور مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های هنگفتی را برای جامعه تحمیل می‌نماید. حضور در کلاس، شرکت در امتحانات،

اختلال افسردگی با شیوع گسترده‌ای با حدود ۱۰-۲۵ درصد برای زنان و ۱۰-۱۲ درصد برای مردان در طول عمر به عنوان سرماخوردگی روانی از سال‌ها پیش معروف بوده است [۱]. افسردگی هر فردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و متعلق به قشر خاصی نیست ولی برخی افراد جامعه به دلیل موقعیت خاص نسبت به این بیماری آسیب پذیرتر هستند که از جمله می‌توان به دانشجویان اشاره نمود. مطالعاتی که در این زمینه در

روان درمانی‌های موج سوم که به آنها درمان‌های پذیرش هم گفته می‌شود، شاخه‌ای از درمان‌های جدید روان‌شناختی می‌باشد. در درمان‌های موج سوم، احساسات، افکار و هیجانات پیش از پیش مورد توجه قرار گرفته شده است که این نشان‌دهنده اهمیت این مداخلات در کژکاری‌های شناختی و هیجانی است [۹]. رفتاردرمانی دیالکتیکی (Behavioral Therapy Dialectic) یک شیوه درمانی یکپارچه‌نگر است. یکپارچگی میان تضادها برای رسیدن به نتیجه و رشد. در این رویکرد به بیمار آموخته می‌شود، تضادهای موجود در درون خود و یا میان خود و محیط را بشناسد و از طریق ترکیب و تلفیق آن‌ها با یکدیگر به نتیجه‌ای کارآمد دست یابد [۱۰]. یکپارچه‌سازی را می‌توان به چند شکل در این رویکرد مشاهده کرد. یکپارچه‌سازی مدل‌های زیست‌شناختی و مدل‌های محیطی، به این معنا که هم عوامل زیست‌شناختی و هم عوامل محیطی در پیدایش و تداوم اختلالات مورد توجه قرار می‌گیرد. این روش در سال ۱۹۹۳ توسط مارشال لینهان ابداع شد. در این روش شناخت و هیجان و رفتار، سیستمی را می‌سازند که در آن سنتز در حال انجام است و نتیجه آن شناخت و هیجان و رفتارهای جدید است. در درمان دیالکتیک رفتاری، تعادل بین پذیرش و تغییر و نیز بین ذهن منطقی و ذهن احساسی ایجاد می‌شود. مهارت‌هایی که آموخته می‌شوند عبارتند از: تفکر نظاره‌ای، مؤثر بودن بین فردی، تحمل ناراحتی و تنظیم هیجان.

رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) یکی از رویکردهای نوین است که اثربخشی آن بر افسردگی بسیار امیدوارکننده می‌باشد. رفتاردرمانی دیالکتیکی، رویکردی شناختی رفتاری است که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد [۱۱]. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی رفتاری را که مبتنی بر اصول تغییر می‌باشند را با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذهن آگاهی که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند درآمیخته و بر این اساس چهار مولفه مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی خود مطرح می‌کند: هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل پریشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش، و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مولفه‌های تغییر [۱۲]. هر چند تعداد مطالعاتی که به طور مشخص اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر افسردگی بررسی کرده‌اند محدود است اما بسیاری از مطالعات DBT در زمینه سایر اختلالات نیز، اثربخشی بر افسردگی را گزارش کرده‌اند. خانی در پژوهشی با عنوان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی و نظم بخشی هیجانی افراد افسرده نشان داد که برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش افسردگی درمانجویان می‌شود [۱۳]. تحقیقاتی در مورد اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در مورد اختلالات مختلف صورت گرفته است از جمله: بابایی و هکاران، در پژوهشی با عنوان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران کرونر قلبی، در یک طرح آزمایشی نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی بر متغیرهای پژوهش به خصوص تنظیم هیجانی این بیماران تأثیر بسزایی دارد [۱۴]. صالحی، در مقایسه اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر اساس مدل گراس و رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش علائم مشکلات هیجانی دانشجویان دانشگاه اصفهان، در یک طرح آزمایشی نتایج حاکی از اثربخشی راهبردهای رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش مشکلات هیجانی دانشجویان بود [۱۵]. گلشنی و همکاران، در پژوهشی با عنوان

انجام تکالیف و پروژه‌ها، غیبت، مخارج سنگین و هزینه‌های زندگی، انتظارات خانواده و آینده مهم از عوامل مستعد کننده افسردگی در بین دانشجویان است. علاوه بر آن، چون دانشگاه‌ها، دانشجویان خود را از بین مستعدترین و پیشرفته‌ترین دانشجویان و دانش آموزان دبیرستان‌ها انتخاب می‌کنند، تحصیل در دانشگاه‌ها بسیار مشکل‌تر و رقابت‌انگیزتر است [۳]. با توجه به این که افسردگی به عنوان یک اختلال بالینی، می‌تواند در افراد جامعه علی‌الخصوص در دانشجویان عوارض نامناسب فردی، خانوادگی و اجتماعی؛ همانند خلق افسرده، فقدان لذت، کاهش شدید علائق، اختلال در وزن و اشتها، اختلال در خواب، بی‌قراری و یا کندی روانی حرکتی، خستگی، کاهش انرژی، احساس گناه و بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، افت تمرکز و تردید و دودلی و افکار عودکننده راجع به مرگ یا خودکشی، تعارضات خانوادگی و مشکلات و ناسازگاری‌های شغلی به وجود آورد [۴]. ضروری است که در خصوص کاهش این علائم مداخلاتی صورت گیرد. به عبارت دیگر نیازمند توجه بیشتری به موضوع مداخلات بهینه، سودمند و کارآمد در درمان بیماری افسردگی در عصری که عصر گسترش بیشتر افسردگی نام گرفته است خواهد بود.

یک عامل تأثیرگذار مهم بر افسردگی، استرس ادراک شده است. اگر تمام نیازهای ما به طور خودکار برآورده می‌شدند، زندگی واقعاً آسان بود، اما در واقع موانع متعدد شخصی و محیطی، مانع از این وضعیت آرمانی می‌شوند. این گونه موانع ایجاد می‌کنند که با آنها سازگار شویم و می‌توانند به استرس منجر شوند. آدمیان برای آن که به طرز بهنجاری به کار و کوشش بپردازند، بایستی به میزان کمی فشار روانی احساس کنند. به نظر می‌رسد برای آن که دستگاه عصبی درست کار کند، بایستی میزان معینی تحریک به آن وارد شود. اما در عین حال فشار روانی شدید یا طولانی دارای اثرهای آسیب زای فیزیولوژی و روان‌شناختی است. هرگاه، نخستین تلاش‌های آدمی برای کنار آمدن با مسئله و مشکل به جایی نرسد، در آن صورت اضطراب وی بیشتر و تلاش‌های کم انعطاف می‌شود و راه حل‌های دیگر مسئله از نظرش دور می‌ماند. آدمی هنگام مواجه شدن با فشار روانی به آن دسته از الگوهای رفتاری روی می‌آورد که پیش از آن برای او کارایی داشته است. به عنوان مثال یک فرد محتاط ممکن است، محتاط‌تر هم بشود و سرانجام به کلی کناره بگیرد و یک فرد پرخاشگر ممکن است، کنترل خود را از دست بدهد و بدون ترس همه چیز را در هم بکوبد. زمانی که ابتلای فرد به افسردگی تشخیص داده می‌شود، ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، عاطفی، مالی و روابط اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌گیرند [۵]. بدیهی است، عوامل روان‌شناختی بیمارگونه مانند سبک زندگی غلط، فقدان ابراز وجود، پرخاشگری، خشم فرو برده شده و شیوه نادرست مقابله با استرس موجب استرس بالای افراد افسرده می‌شود. بنابراین مداخلاتی که قابلیت مقابله با استرس را تسهیل کند، بسیار مهم است. دیدگاه‌های جدید در مورد استرس به جای تمرکز بر ماهیت استرس، به نقش منابع روان‌شناختی فرد در رویارویی با عوامل فشارزا تاکید کرده‌اند [۶] زیرا از این طریق، "می‌توان تدابیر درمانی مناسب را برای فرد تحت فشار فراهم کرد [۷]. ابراز هیجان یکی از راهبردهای مهم در رفتار درمانی دیالکتیکی است که با افزایش احتمال بهبود رابطه دارد [۸].

در مرکز مشاوره دانشگاه آزاد نجف آباد برگزار شد. در همین مدت اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. به منظور ارزیابی میزان افسردگی آزمودنی‌ها از مقیاس افسردگی بک استفاده شد. پرسشنامه افسردگی بک (BDI) شامل ۲۱ عبارت چهارگزینه‌ای (از صفر تا ۳) می‌باشد و هر عبارت یک علامت را می‌سنجد. حداقل نمره در این مقیاس ۰ و حداکثر نمره ۶۳ است. نشانه‌های این آزمون در سه گروه هفت ماده‌ای شامل نشانه‌های احساسی و عاطفی، نشانه‌های انگیزشی و شناختی و نشانه‌های جسمانی و نباتی از یکدیگر جدا می‌شوند. به طور کلی پرسشنامه افسردگی بک یک ابزار کوتاه و آسان برای اندازه‌گیری شدت افسردگی در پژوهش‌های بالینی است. در یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ را به دست آوردند [۱۷].

به منظور ارزیابی استرس ادراک شده از پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران استفاده شد. این آزمون توسط کوهن و همکاران به منظور سنجش استرس ادراک شده طراحی شده است. این آزمون دارای ۱۴ عبارت است و بر اساس یک مقیاس درجه بندی لیکرتی از ۰ تا ۴ نمره گذاری می‌شود و مجموع نمرات حاصل از این آزمون میزان استرس ادراک شده را در دانشجویان نشان می‌دهد. حداقل نمره اکتسابی در این مقیاس ۰ و حداکثر نمره ۵۶ می‌باشد. نمره بالاتر نشانه‌ای از باور فرد به میزان جدی بودن استرس است. السونی و لطیف همسانی درونی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه کرده‌اند [۱۸]. در ایران اصغری و همکاران همسانی درونی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ بر روی ۳۰۰ نفر از دانشجویان ۰/۸۴ محاسبه کرده‌اند و روایی این پرسشنامه به روش‌های تحلیل عاملی، سازه و محتوایی مورد تأیید قرار گرفته است [۱۹]. در پژوهش حاضر پایایی درونی پرسشنامه افسردگی بک و استرس ادراک شده کوهن و همکاران به ترتیب ۰/۷۹۶ و ۰/۷۴۱ برآورد شد. جلسات درمان گروهی برای اعضای گروه آزمایش در مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد برگزار شد. روش اجرا جهت گروه آزمایش در این پژوهش، هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی شده و در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: جلسات درمانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	آشنایی با مفهوم ذهن‌آگاهی و سه حالت ذهنی (ذهن‌منطقی، ذهن‌هیجانی و ذهن‌خردگرا)
جلسه ۲	آموزش دو دسته مهارت برای دست‌یابی به ذهن‌آگاهی، دسته اول مهارت‌های چه چیز (شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن) و دسته دوم مهارت‌های چگونه (شامل موضع غیرقضاوتی، خودمشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن)
جلسه ۳	آموزش راهبردهای پرت کردن حواس
جلسه ۴	آموزش خودآرام سازی با حواس پنج‌گانه
جلسه ۵	مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان
جلسه ۶	پذیرش واقعیت (شامل پذیرش محض، برگرداندن ذهن و رضایتمندی)
جلسه ۷	تنظیم هیجانی (شامل آموزش الگوی شناسایی هیجانات و برچسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش کنترل هیجانات می‌شود)
جلسه ۸	تنظیم هیجانی (آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه مدت)

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان اختلال شخصیت مرزی، در یک طرح نیمه آزمایشی نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی شده است [۱۶]. این یافته‌ها موید آن است که DBT می‌تواند یک گزینه درمانی مناسب برای مقابله با چالش‌های موجود در زمینه افسردگی باشد. با توجه به پژوهش‌های ذکر شده، پژوهش درمورد تأثیر درمان DBT روی افسردگی و به خصوص بهبود استرس ادراک شده مرتبط با افسردگی محدود بوده است. به علاوه آمارهای موجود در ایران و جهان نشان می‌دهد که به طور میانگین ۶ تا ۱۲ درصد از مردان و ۱۶ تا ۲۵ درصد زنان در طول دوران زندگی به افسردگی مبتلا می‌شوند، یعنی شاهد اختلاف ۱۱ درصدی شیوع افسردگی در زنان نسبت به آقایان هستیم. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر افسردگی و استرس ادراک شده دانشجویان دختر بود.

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه کنترل بود؛ جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان دختر دانشکده علوم انسانی در مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد نجف آباد شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند؛ حجم نمونه پژوهش حاضر با کمک جدول مورگان ۳۰ نفر انتخاب شد که با اجرای پرسشنامه افسردگی بک و انجام مصاحبه بالینی، به صورت هدفمند انتخاب شدند. لازم به ذکر است که آزمودنی‌ها از قبل تحت درمان قرار نداشتند. در پرسشنامه افسردگی بک نقاط برش: نمره صفر تا ۱۰ نشان دهنده طبیعی بودن، ۱۱ تا ۱۶ بیانگر افسردگی خفیف، ۱۷ تا ۳۰ بیانگر لزوم مشاوره با روانشناس، ۳۰ تا ۴۰ نشان دهنده افسردگی شدید و نمره بیشتر از ۴۰ نشان دهنده افسردگی بسیار خطرناک و شدید است و به صورت اورژانسی نیازمند مراجعه به روان‌پزشک است. به این ترتیب نقطه برش ۱۷ یا نمره بالاتر از آن برای انتخاب اعضای نمونه مورد استفاده قرار گرفت. با توجه به این که ضرورت داشت تعداد خاصی از افراد که قادر به ارائه اطلاعات مورد نظر ما هستند، در این پژوهش به کار گرفته شوند، از این رو آزمودنی‌ها به صورت هدفمند از دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد انتخاب و رضایت کتبی آن‌ها مبنی بر اجرای تحقیق گرفته شد. آزمودنی‌ها به روش تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل تخصیص یافتند. به منظور رعایت اخلاق پژوهش به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد بود.

داده‌ها در سطح معناداری ۰/۰۵ و با کمک نرم افزار SPSS 24 تحلیل شدند. پژوهش‌گر به منظور دسترسی به مرکز مشاوره دانشگاه با ارائه معرفی نامه از استاد راهنما اجازه نامه کتبی کسب نمود و با مسئولین مرکز مشاوره دانشگاه، هماهنگی‌های لازم را انجام داد. پرسشنامه افسردگی بک یک بار در ابتدا و به تعداد ۱۵۰ عدد برای غربالگری اعضای نمونه و به منظور شناسایی افراد افسرده توسط دانشجویان دانشکده علوم انسانی انجام شد و در نهایت به همراه پرسشنامه استرس ادراک شده یک بار در ابتدا و قبل از اجرای درمان به عنوان پیش آزمون و یک بار در انتها و پس از اجرای درمان به عنوان پس آزمون توسط اعضای نمونه تکمیل گردیدند. جلسات درمان گروهی

یافته‌ها

مرحله پس‌آزمون برقرار هستند. به این ترتیب می‌توان از تحلیل کواریانس چندمتغیره برای تحلیل نمرات آزمون‌ها استفاده کرد. با توجه به نتایج، مشاهده می‌شود که رابطه بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون در نمرات افسردگی و استرس ادراک شده به ترتیب برابر $(P = 0/018)$ ، $(P = 0/023)$ معنی دار شده است و تأثیر معناداری بین میانگین نمرات افسردگی و استرس ادراک شده آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش وجود دارد. همچنین اندازه اثر و توان آماری به ترتیب $0/71$ و $0/67$ برای نمرات افسردگی و اندازه اثر و توان آماری به ترتیب $0/62$ و $0/61$ برای نمرات استرس ادراک شده نشان می‌دهد که تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر افسردگی دانشجویان زن بارز و قوی بوده و توان آماری بالا که نشان از کفایت حجم نمونه و کاهش خطای آماری است.

در این مطالعه ۳۰ نفر از دانشجویان زن مبتلا به افسردگی شرکت داشتند. ۶۷ درصد (۲۰ نفر) آزمودنی‌ها مجرد و ۳۳ درصد (۱۰ نفر) متأهل بودند. میانگین سنی گروه آزمایش ۲۶ سال با انحراف معیار $7/16$ بود. میانگین سنی گروه کنترل $25/7$ سال با انحراف معیار $7/06$ بود. به منظور کنترل نمرات پیش‌آزمون از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده گردید. جهت بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس از آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس خطای دو گروه استفاده شد، بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که معناداری آزمون لوین در نمرات افسردگی $(P = 0/614)$ و استرس ادراک شده $(P = 0/591)$ بیشتر از $0/05$ است. با توجه به این امر پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا در گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است. بررسی همگنی شیب خط رگرسیون نیز از معنادار نبودن تعامل شرایط و پیش‌آزمون حمایت می‌کند $(P = 0/312)$. بنابراین هر دو پیش‌فرض در

جدول ۲: فراوانی توصیفی پاسخگویان بر حسب وضعیت تأهل به تفکیک دو گروه کنترل و آزمایش

وضعیت تأهل	گروه		آزمایش		کنترل	
	مجرد	متأهل	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
مجرد	۱۰	۶۷٪	۱۰	۶۷٪	۲۰	۶۷٪
متأهل	۵	۳۳٪	۵	۳۳٪	۱۰	۳۳٪
جمع کل	۱۵	۵۰٪	۱۵	۵۰٪	۳۰	۱۰۰٪

جدول ۳: فراوانی توصیفی پاسخگویان بر حسب رشته و ترم تحصیلی به تفکیک دو گروه کنترل و آزمایش

رشته و ترم تحصیلی	گروه		آزمایش		کنترل	
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
مدیریت بازرگانی - ۳	۴	۲۸٪	۱	۳٪	۵	۱۷٪
مدیریت اجرایی و کسب و کار - ۲	۳	۲۱٪	۲	۱۳٪	۵	۱۷٪
مدیریت مالی - ۴	۰	۰٪	۵	۳۳٪	۵	۱۷٪
حسابداری - ۴	۴	۲۸٪	۰	۰٪	۴	۱۴٪
زبان انگلیسی - ۷	۲	۷٪	۳	۲۰٪	۵	۱۴٪
ادبیات - ۷	۲	۱۴٪	۴	۲۶٪	۶	۲۱٪
جمع کل	۱۵	۴۸٪	۱۵	۵۲٪	۳۰	۱۰۰٪

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی متغیرهای بررسی در گروه آزمایش و کنترل و مقایسه میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کواریانس

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		F	P-value	مجذور اتا	توان آماری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار				
افسردگی	۱۰۰/۷۳	۱۸/۷۱۹	۱۲۰/۸۳	۱۹/۷۰۲	۱۹/۳۸	0/018	0/71	0/67
گروه آزمایش	۱۰۰/۷۳	۱۸/۷۱۹	۱۲۰/۸۳	۱۹/۷۰۲				
گروه کنترل	۱۰۰/۷۳	۱۸/۷۱۹	۱۲۰/۸۳	۱۹/۷۰۲				
استرس ادراک شده	۹۹/۰۰	۶/۸۵۶	۱۰۲/۶۲	۴/۹۲۵	۱۴/۸۶۱	0/023	0/62	0/61
گروه آزمایش	۹۹/۰۰	۶/۸۵۶	۱۰۲/۶۲	۴/۹۲۵				
گروه کنترل	۹۹/۰۰	۶/۸۵۶	۱۰۲/۶۲	۴/۹۲۵				

بحث

نتایج این پژوهش، حاکی از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش میزان افسردگی بوده و نشان می‌دهد که آزمودنی‌های گروه آزمون در مقایسه با آزمودنی‌های گروه کنترل، کاهش معنی‌داری را در نشانه‌های افسردگی نشان داده‌اند. در این زمینه، علاوه بر مطالعات صورت گرفته در زمینه افسردگی، مطالعات مربوط به رفتار درمانی دیالکتیکی بر روی اختلالات دیگر به ویژه اختلال شخصیت مرزی نیز تلویحاتی را در زمینه

اثربخشی این رویکرد بر افسردگی دارا می‌باشند. به عنوان مثال در مطالعات کونز و همکاران [۲۰]، بوهوس و همکاران [۲۱]، پسیونی و کونور [۲۲] و فاتحی زاده و همکاران [۲۳] در زمینه اختلال شخصیت مرزی و مطالعات مک کویلان و همکاران [۲۴]، میلر و همکاران [۱۰] در رابطه با افراد دارای گرایش خودکشی و مطالعه مک کان و بال به نقل از دایمف و کورنر [۲۵] و در زمینه بیماران مرتکب جنایات خشونت

و هدف نهایی آن، کمک به بیمار برای شکست و فائق آمدن بر این چرخه معیوب است. مهارت‌های آموزشی در رفتار درمانی دیالکتیکی از قبیل ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی مرتبط با استرس ادراک شده با به کار گیری متد نوین درمانی درصدد حل تعارضات ناشی از مشکلات موجود در جوانان به خصوص دانشجویان و در حیطه دانشگاه‌ها می‌تواند باشد. همچنین فلوگل [۲۹] این موضوع را تأیید می‌کند که تمرین‌های ذهن آگاهی در رفتار درمانی دیالکتیکی، روش شخصی و جدیدی را برای مقابله با استرس برای فرد فراهم می‌آورد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی این پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب بهبود افسردگی و استرس ادراک شده در مبتلایان به افسردگی است. بنابراین برای مداخله در خصوص افسردگی و استرس ادراک شده ناشی از آن و کاهش شیوع آن می‌توان از رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی کمک گرفت. از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: در این پژوهش به منظور ارزیابی اطلاعات آزمودنی‌ها از پرسشنامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیرواقعی داده باشند، تعداد زیاد پرسش‌های پرسشنامه‌ها به طولانی شدن زمان اجرای آن‌ها انجامید که بر مقدار دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بی‌تأثیر نبوده است و پیشنهاد می‌شود که تعمیم نتایج آن با احتیاط و با در نظر گرفتن همه جوانب صورت گیرد. نتایج پژوهش حاضر قابل تعمیم به سایر قشرهای جامعه نبوده و تنها دربرگیرنده دانشجویان دختر است. متناسب با محدودیت‌هایی که ذکر گردید پیشنهادهای نیز ارائه می‌گردد، از آن جمله پیشنهاد می‌شود، برای نمونه‌هایی با حجم بیشتر و در اقصای و جوامع مختلف با فرهنگ‌های متفاوت‌تر این پژوهش توسط پژوهشگران دیگر تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج بیشتر شود. در پژوهش‌های آینده، عوامل مداخله‌گری همچون وضعیت اقتصادی و مقدار تحصیلات بیماران افسرده مورد بررسی قرار گیرد. همچنین در پژوهش‌های آینده سبک زندگی خانواده افراد مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد آقای رضا عرب مارکده در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد بابت تأییدیه کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1397.112 می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش و مسئولین و پرسنل مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

References

- Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Lin DT, Liebert CA, Esquivel MM, Tran J, Lau JN, Greco RS, et al. Prevalence and predictors of depression among

آمیز، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش معنی‌دار شاخص‌های افسردگی و ناامیدی و همچنین شاخص‌گرایی به خودکشی که می‌توان آن را مرتبط با افسردگی دانست در مقایسه با گروه‌های شاهد گزارش شده است. یافته‌هایی که با نتایج پژوهش حاضر هم‌سو می‌باشند. آنتونی [۲۶]، نیز یک مطالعه فراتحلیلی، از تمامی مطالعاتی که تا سال ۲۰۰۶ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه‌های افسردگی را گزارش کرده‌اند فراهم آورده که نشان می‌دهد که رفتار درمانی دیالکتیکی نه تنها اندازه اثر بزرگی در بهبود افسردگی و اندازه اثر متوسطی بر شاخص‌های مرتبط با آن را بعد از درمان در مقایسه با قبل از آن نشان می‌دهد بلکه این اثرات را طی دوره‌های ارزیابی پیگیر حفظ می‌کند. همچنین پژوهش مغایر با نتیجه پژوهش حاضر یافت نشد. رفتار درمانی دیالکتیک با تکیه بر مهارت‌هایی چون ذهن آگاهی باورهای افراد افسرده را به مرور زمان تغییر داده و به آن‌ها کمک می‌کند که می‌توان با تمام وجود از محیط پیرامون آگاه بود و در زمان و مکان مناسب واکنش متناسب با آن را نشان داد. از طرفی با شناسایی هیجانات و شناسایی راه‌های مقابله با آن‌ها و تمرین این راه حل‌ها به مرور در زندگی طبیعی، از هیجانات منفی مرتبط با افسردگی کاست.

از طرفی نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده مؤثر بودن برنامه آموزشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش استرس ادراک شده دانشجویان در گروه آزمایش بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که استرس دو جنبه ذهنی و هیجانی دارد. در رفتار درمانی دیالکتیکی شخص می‌آموزد که با فنونی که مربوط به زمان حال است، به طور موقت از نگرش‌ها و باورهایی که ریشه در گذشته دارد و متأثر از ترس‌ها و نگرانی‌های آینده است، رها شود و این نگرش در آن‌ها به وجود می‌آید که نسبت به تمامی امور اعم از خوشایند و ناخوشایند، پذیرش بدون داوری داشته باشد. همچنین آن‌ها روش‌های تنظیم هیجان و کنترل هیجان‌های خود را می‌آموزند. این یافته با یافته‌های برخی پژوهش‌های پیشین مانند رینولدز و همکاران [۲۷] هم‌خوان است. به عقیده لینهان و به نقل از علیلو و شریفی [۲۸] بهبود روابط اجتماعی و برون‌ریزی هیجانی به شکل مثبت مثل شوخ طبعی و به کارگیری هیجان‌های متضاد از فنون رفتار درمانی دیالکتیکی است که در کنار راهبردهای شناختی به کار گرفته می‌شود و هیجان‌های منفی را کاهش می‌دهد. این مداخله‌های روان‌شناختی، می‌تواند در گسترش مفهوم کنترل زندگی در این افراد مؤثر واقع شود. رفتار درمانی دیالکتیکی بر این نکته تأکید می‌کند که رفتارهای غیر انطباقی افراد در خدمت تجربه‌های هیجانی آزاردهنده است. به دنبال این رفتارهای غیر انطباقی، کاهشی موقتی در برانگیختگی هیجان رخ می‌دهد و در نتیجه استفاده از این راهبردهای غیرانطباقی به صورت منفی تقویت می‌شود. بنابراین، بدنه اصلی تمرکز DBT، حول یادگیری به کارگیری و تعمیم مهارت‌های انطباقی خاصی است که در آن روش درمانی آموزش داده می‌شود

general surgery residents. Am J Surg. 2017;213(2):313-7. doi: 10.1016/j.amjsurg.2016.10.017 pmid: 28017297

- Uebelacker LA, Tremont G, Gillette LT, Epstein-Lubow G, Strong DR, Abrantes AM, et al. Adjunctive yoga v. health education for persistent major depression: a

- randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2017;47(12):2130-42. doi: [10.1017/S0033291717000575](https://doi.org/10.1017/S0033291717000575) pmid: 28382883
4. Miller A, Rathus J, Linehan M. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*: Guilford Press; 2006
 5. Linehan MM, Wilks CR. *The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy*. *Am J Psychother*. 2015;69(2):97-110. doi: [10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97](https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97) pmid: 26160617
 6. Brentley J, McKee M, Jeffrey W. [Dialectical Behavioral Therapy Techniques]. Tehran: Arjmand; 2014.
 7. Dos Santos Oliveira SJG, de Melo ES, Reinheimer DM, Gurgel RQ, Santos VS, Martins-Filho PRS. Anxiety, depression, and quality of life in mothers of newborns with microcephaly and presumed congenital Zika virus infection. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(6):1149-51. doi: [10.1007/s00737-016-0654-0](https://doi.org/10.1007/s00737-016-0654-0) pmid: 27538400
 8. Wisniewski L, Ben-Porath DD. Dialectical Behavior Therapy and Eating Disorders: The Use of Contingency Management Procedures to Manage Dialectical Dilemmas. *Am J Psychother*. 2015;69(2):129-40. doi: [10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.129](https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.129) pmid: 26160619
 9. Steuwe C, Berg M, Driessen M, Beblo T. Impact of therapist change after initial contact and traumatic burden on dropout in a naturalistic sample of inpatients with borderline pathology receiving dialectical behavior therapy. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017;4:14. doi: [10.1186/s40479-017-0067-3](https://doi.org/10.1186/s40479-017-0067-3) pmid: 28649383
 10. Zamani N, Farhadi M, Jenaabadi H. [Comparison effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Behavior Cognitive Therapy on Depression in the Multiple sclerosis]. *Qom Univ Med Sci J*. 2017;10(12):77-86.
 11. Mara T. [A Comprehensive Guide to Individual Dialectical Behavioral Therapy]. Tehran: Arjmand; 2016.
 12. Zamani N. Effect of Distress Tolerance, Emotional Regulation and Interpersonal Effectiveness Skills Training on Symptoms of Depression. *Health Research Journal*. 2017;2(4):225-33. doi: [10.29252/hrjbaq.2.4.225](https://doi.org/10.29252/hrjbaq.2.4.225)
 13. Khani H, Belir S, Zamani S, Zamani N. [Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on Depression]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2015;25(127):113-8.
 14. Babaei L, Fakhri M, Jadidi M, Salehi Omran M. The Impact of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation and Perceived Social Support in Patients with Coronary Heart Disease. *J Babol Univ Med Sci*. 2015;17(11):21-7.
 15. Baghban I, Bahrami F, Ahmadi A. The effect of emotion regulation training based on dialectical behavior therapy and gross process model on symptoms of emotional problems. *Zahedan J Res Med Sci*. 2012;14(2):49-55.
 16. Golshani F, Mazaheri M, Borjali A, Ahadi H. The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy in the Treatment of Bipolar Disorders. *Psychol Res*. 2010;5(2):1-25.
 17. Beck AT, Steer RA. Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *J Clin Psychol*. 1984;40(6):1365-7. pmid: 6511949
 18. Latif R, Al Sunni A. Perceived stress among medical students in preclinical years: A Saudi Arabian perspective. *Saudi J Health Sci*. 2014;3(3):155. doi: [10.4103/2278-0521.142324](https://doi.org/10.4103/2278-0521.142324)
 19. Asghari F, Sadeghi A, Aslani K, Saadat S, Khodayari H. [The Survey of Relationship between Perceived Stress Coping Strategies and Suicide Ideation among Students at University of Guilan, Iran]. *Int J Educ Res*. 2013;1(11):111-8.
 20. Koons CR, Robins CJ, Lindsey Tweed J, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther*. 2001;32(2):371-90. doi: [10.1016/s0005-7894\(01\)80009-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(01)80009-5)
 21. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Böhme R, Linehan M. Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder — a prospective study. *Behav Res Ther*. 2000;38(9):875-87. doi: [10.1016/s0005-7967\(99\)00103-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00103-5)
 22. Pasieczny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behav Res Ther*. 2011;49(1):4-10. doi: [10.1016/j.brat.2010.09.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.09.006) pmid: 20970117
 23. Fatehi Zadeh M, Shafi Abadi A, Delavar A. The comparison of the efficacy of dialectical behavior therapy and cognitive-behavior therapy methods in reducing of the symptoms of clients suffering from borderline personality disorder in Isfahan. *Psychol Stud*. 2007;2(3-4):7-24.
 24. McQuillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lissner C, Ferrero F. Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatr Serv*. 2005;56(2):193-7. doi: [10.1176/appi.ps.56.2.193](https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.193) pmid: 15703347
 25. Dimeff L, Koerner K, Linehan M. *Summary of Research on DBT*. Seattle: The behavioral technology transfer group; 2001.
 26. Anthony C. A Qualitative and Quantitative Review of the Published Research on Dialectical Behavior Therapy: An Update on Scheel (2000): ProQuest; 2007.
 27. Reynolds P, Hurley S, Torres M, Jackson J, Boyd P, Chen VW. Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the Black/White Cancer Survival Study. *Am J Epidemiol*. 2000;152(10):940-9. doi: [10.1093/aje/152.10.940](https://doi.org/10.1093/aje/152.10.940) pmid: 11092436
 28. Aliloo M, Sharifi M. [Dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder]. Tehran: Tehran Consultation Center Publication; 2011.
 29. Flugel Colle KF, Vincent A, Cha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complement Ther Clin Pract*. 2010;16(1):36-40. doi: [10.1016/j.ctcp.2009.06.008](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.06.008) pmid: 20129408