



Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Quality of Life Therapy on Depression in Adolescents

Hamid Reza Faraji Vastegani^{1*}, Mohammad Yasin Seifi Gandoman², Sarah Kalantari Meybodi³

1. Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor of Psychology Department, Payam Noor University, Tehran, Iran.
3. Master of Psychology

Citation: Faraji Vastegani, H. R., Seifi Gandoman, M. Y., & Kalantari Meybodi, S. (2024). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and quality of life therapy on depression in adolescents, *Clinical Psychology Achievements*, 10(3), 51-64.

Abstract

the goal of this study was to evaluate the Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and quality of life therapy on depression in adolescents. The present study is applied in terms of experimental method in the form of a pre-test design, post-test with the control group and interventio. The research instruments included Beck Depression (1996- BDI-II). For this purpose, 30 students who scored above 20 in the Beck depression test were randomly selected by multi-stage cluster sampling method. Then, the cognitive behavioral test groups received therapeutic interventions in 8 sessions and the quality of life therapy group in 10 sessions. The data were analyzed using the statistical method of analysis of covariance. The findings show that depression has decreased significantly in both experimental groups, but in terms of preference, the superiority of a particular treatment over another was not seen in this study, which means it cannot be said which one is more effective. According to the findings of this research, it can be said that cognitive behavioral therapy and therapy based on quality of life are useful as effective intervention methods to reduce depression and increase quality of life.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, quality of life therapy, depression, adolescents

* Corresponding Author: Hamid Reza Faraji Vastegani

E-mail: farajihamidreza91@gmail.com





مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی در نوجوانان

حمیدرضا فرجی وستگانی^{۱*}، محمدیاسین سیفی گندمانی^۲ و سارا کلانتری میبیدی^۳

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

۲. استادیار گروه روان شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد روان شناسی

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی در نوجوانان بود. پژوهش حاضر کاربردی و از نظر روش آزمایشی است که در قالب یک طرح پیش آزمون، پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و اجرا شده است. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی (Beck (1996) بود. بدین منظور، ۳۰ نفر از دانش آموزانی که در آزمون افسردگی بک نمره بالا ۲۰ را گرفته بودند به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای به صورت تصادفی انتخاب گردید. سپس گروه های آزمایش شناختی رفتاری در ۸ جلسه و گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در ۸ جلسه به صورت گروهی، مداخله های درمانی را دریافت نمودند. داده ها با روش آماری تحلیل کواریانس بررسی شدند. یافته ها بیانگر این است، افسردگی در هر دو گروه آزمایش کاهش معنی داری پیدا کرده است اما از نظر ارجحیت، برتری درمان خاصی نسبت به یک دیگری در این مطالعه دیده نشد یعنی نمی توان گفت کدام یک موثرتر است. بنابر یافته های این پژوهش می توان گفت که درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به عنوان روش های مداخله ای مؤثر برای کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی به عنوان یک روش مؤثرترسود جست.

کلیدواژه ها: درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، افسردگی، نوجوانان

مقدمه

افسردگی و اضطراب از جمله مشکلات اساسی است که در طی سال‌های نوجوانی برای نوجوانان پیش می‌آید و توجه خاصی را می‌طلبد (Houghton et al., 2020). تغییرات ساختاری و روانشناختی که در دوران بلوغ برای نوجوانان رخ می‌دهد، بحرانی اساسی رشدی محسوب می‌شود (Page & Coutellier, 2018). میزان شیوع افسردگی در نوجوانان آمریکایی ۱۸ درصد است (Kessler et al., 2012). در کشورهای شرقی مانند چین میزان افسردگی نوجوانان ۸ الی ۲۰ درصد گزارش شده است (Chen et al., 2014). نتایج فراتحلیل (Madara et al., 2017) نشان داد، افسردگی و اضطراب مهم‌ترین اختلال‌های روانی در ایران محسوب می‌شوند. همچنین شیوع کووید - ۱۹ نیز منجر به ایجاد مشکلات زیادی برای کودکان و نوجوانان شد (De Miranda et al., Saurabh & Ranjan, 2020). واکنش کودکان و نوجوانان نسبت به همه‌گیری کووید - ۱۹ متفاوت بود تا جایی که نوجوانان در مقایسه با کودکان، اضطراب و افسردگی بیشتری گزارش کردند (Imran et al., 2020; Uccella et al., 2021). متخصصان عنوان کرده‌اند، از آنجا که در سنین بزرگسالی مشکلات سلامت روان و همینطور الگوهای شخصیتی و رفتاری افراد به سختی تغییر می‌کند، اقدامات به موقع برای تشخیص مشکلات سلامت روان کودکان و نوجوانان یکی از دغدغه‌های اصلی سیستم سلامت روان است (Morelli & Nettey, 2019).

در جامعه امروز و با پیشرفت روز افزون علم و تکنولوژی، به نظر می‌رسد بسیاری از افراد به دلیل داشتن افکار خودآیند بدبینانه و خودانتقادگری‌های دائمی، نسبت به آینده خود ناامید هستند و خطر ابتلا به بیماری‌های روانی نظیر اختلالات اضطرابی و افسردگی آن‌ها را تهدید می‌کند (Neff & Tóth-Király, 2020). اهمیت پرداختن به اختلال افسردگی، به علت تاثیرات افسردگی بر وضعیت روان‌شناختی افراد می‌باشد. در افسردگی غم تمام وجود فرد را فرا گرفته است. فرد از ناامیدی به ستوه آمده، احساس بی‌ارزشی می‌کند. فعالیت‌هایی که برای او خوشایند بوده است بی تفاوت می‌شوند. افراد افسرده خود را از دوستان و فامیل جدا می‌کنند و به طور کلی وضعیت شغلی آن‌ها مختل می‌گردد (Riemann et al., 2020). از سوی دیگر، به دلیل این که تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها از این راه به زندگی خود خاتمه می‌دهند، پرداختن به اختلال افسردگی از اهمیتی بسزا برخوردار است (Miller & Raiso, 2016). از این رو تحقیقات جدید به دنبال روش‌های درمانی اثربخش‌تر، کم هزینه‌تر و کوتاه‌مدت تر در مقایسه با درمان‌های معمول از جمله درمان دارویی می‌باشند (Dickerson et al., 2018).

یکی از شیوه‌های درمانی در بهبود افسردگی درمان شناختی رفتاری (Cognitive behavioral therapy) است (Akhondi Yazdi et al., 2023). درمان شناختی رفتاری نوعی نگرش درمانی روان‌شناختی تثبیت شده‌است که در اختلالات و بیماری‌هایی همچون افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی و بسیاری از بیماری‌های دیگر کاربرد دارد و شامل استراتژی‌های ارزیابی، شناخت و تکنیک‌های رفتار درمانی مشتمل بر همکاری بیمار با متخصص بالینی و انجام تکالیف کاربردی در منزل می‌باشد (Pourfarrokhi et al., 2017). بر اساس رویکرد شناختی رفتاری، تجارب افراد به تشکیل فرض‌ها و یا طرحواره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و این فرض یا طرحواره‌ها بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تأثیر می‌گذارد (Leahy, 2021). شواهد تجربی حاکی از آن است که مدل شناختی رفتاری به خوبی ساختار و فرآیند افسردگی و اضطراب را تبیین و می‌تواند مداخلاتی بسیار کارآمد در کاهش افسردگی و اضطراب با اثرات ماندگار و طولانی مدتی باشد (Leonidou & Panayiotou, 2018; Almén, 2021). تاکید این شیوه درمانی بر تعلیم مهارت‌های شناختی یا اصلاح فرایند شناختی است و به افراد کمک می‌کند تا از تفسیر افکار خودکار، آگاهی پیدا کنند (Hofmann & Hayes, 2018). درمان شناختی رفتاری با کمک به درک معنای زندگی،

توانایی بالا بردن روابط بین‌فردی، انعطاف پذیری و منبع کنترل درونی ایجاد می‌کند (Zhang et al., 2020). پژوهش‌های مختلف از تاثیر این نوع از درمان بر افسردگی (Darvishi et al., 2021؛ Hosseininajad & Rezaianfarji, 2022؛ Farhosh et al., 2022؛ Kiaiyan Mousavi et al., 2022؛ Axelsson et al., 2020) حمایت کرده است. همان‌گونه که پیش‌تر بیان شد، افسردگی از جمله اختلالاتی هستند که همه جوانب زندگی فرد را در بر می‌گیرند و کیفیت زندگی فرد را پایین می‌آورند (Abedi & Vostanis, 2010). یکی از مداخلات کاربردی نسبتاً جدید که برای درمان افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد، روان‌درمانی مثبت‌گرا می‌باشد که از طریق افزایش هیجان‌های مثبت، بالا بردن سطح درگیری مثبت در زندگی و افزایش کیفیت و معنا در زندگی به جای آن که به طور مستقیم علائم افسردگی را هدف‌گیری نماید (Seligman et al., 2009). از میان درمان‌های برگرفته شده از این رویکردهای درمانی، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی است؛ در همین راستا؛ فریش (Frisch, 2006) تصریح می‌کند که آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از دربرگیرنده روش‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر، شناخت درمانی و نظریه کیفیت‌زندگی است. این درمان در ۱۶ حیطه ارتقای ارائه شده که این حیطه‌ها عبارتند از بهداشت و سلامت جسمانی (Health)، عزت‌نفس (Self-esteem)، اهداف و ارزش‌ها (Goals & values)، پول و دارایی‌های مادی (Money & materials)، شغل (Job)، تفریح و سرگرمی (entertainment)، یادگیری (learning)، خلاقیت (creativity)، کمک و یاری رساندن (helping)، عشق (love)، دوستان (friends)، کودکان (children)، خویشاوندان (relatives)، خانه (home)، جامعه (community) و اطرافیان (neighborhood). درمان‌گری مبتنی بر کیفیت زندگی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد، اصول و مهارت‌هایی برای کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم و با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود (Frisch, 2006).

این رویکرد با هدف افزایش غنای درونی، بهزیستی روان‌شناختی و ارتقاء رضایت از زندگی از مدل پنج راهه (CASIO) استفاده می‌کند. راهبردهای پنج‌گانه‌ی این الگو عبارتند از: ویژگی‌ها یا شرایط عینی یک حوزه، چگونگی ادراک و تفسیر شرایط یک حوزه توسط شخص، ارزیابی شخصی از احساس رضایت از یک حوزه بر مبنای کاربرد استانداردهای تحقق‌یافته یا موفقیت‌ها، ارزش یا اهمیتی که شخص در رابطه با شادکامی و یا سلامت کلی‌اش به یک حوزه می‌دهد، بالاخره رضایت کلی در دیگر حوزه‌های زندگی است که دغدغه‌ی فعلی فرد نیستند یا به هر دلیل مغفول واقع شده‌اند (Frisch, 2006). گرانت (Grant et al., 1995) در مطالعه‌ای نشان دادند درمان مبتنی بر کیفیت‌زندگی کاهش میزان افسردگی، افزایش کیفیت‌زندگی و خودکارآمدی موثر است. پژوهش‌های مختلف از تاثیر روان‌درمان‌گری مبتنی بر کیفیت‌زندگی بر افسردگی (Sefigandomani, et al., 2017؛ Yousefpour et al., 2017؛ Najarpour Astadi et al., 2021) حمایت کرده است.

با توجه به نتایج پژوهش Pirjavid et al. (2021) به مقایسه شفقت درمانی و روان‌درمان‌گری مبتنی بر کیفیت‌زندگی بر افسردگی پرداختند. نشاد داد که هر دو درمان در کاهش افسردگی موثر بوده است. پژوهش Faraji-Vostaghani and Sefigandomani (2023) بیانگر آن است که روش روان‌درمان‌گری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی باعث کاهش افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان گردیده است. نتایج مطالعات (Salamiyan et al., 2023) که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش نشانگان افسردگی در افراد با سوء مصرف مواد مخدر پرداختند که نشان داد درمان شناختی رفتاری بیشتر بر افسردگی تاثیر دارد. پژوهش (Alahdadian et al., 2023) در گروه آزمایش کاهش افسردگی را به همراه داشته است. در پژوهشی که (Yousefi et al., 2019) به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی بر افسردگی و کیفیت‌زندگی

در زنان افسرده پرداخته‌اند که درمان‌های شناختی رفتاری و مبتنی بر غنی‌سازی برای کاهش افسردگی در زنان بیشتر کمک کرده است. پژوهش Nasiri Takam et al. (2019) حکایت از آن دارد که روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش افسردگی شدند. نتایج مطالعات (Kajbaf et al. 2017) که به مقایسه‌ی اثربخشی کیفیت‌زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل‌پریشانی، استرس، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سردرد تنشی پرداختند. نشان داد که هر دوی این روش‌ها باعث کاهش میزان‌پریشانی، استرس، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سردرد تنشی شده‌است. (Akhondi Yazdi et al. 2023) به بررسی مقایسه‌ی اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی زنان افسرده پرداخته که این نتیجه رسیدند که هر دو روش درمانی باعث کاهش افسردگی گردیده است. پژوهش Faraji-Vostaghani and Sefigandomani (2024) روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت‌زندگی و تأثیرات قابل توجهی بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان داشته است. در پژوهشی که Bolier et al. (2013) نشان داد که مداخلات روان‌شناسی مثبت به طور قابل توجهی سلامت ذهنی و روانی را افزایش و علائم افسردگی کاهش می‌دهد.

با عنایت به مطالب عنوان شده و با توجه به اهمیت موضوع افسردگی و از آنجا که تداوم مشکلات هیجانی نوجوانان، می‌تواند به تشدید این مشکلات و بروز اختلالات روانی در بزرگسالی منجر شود و همچنین هر روز، افزایش مراجعان به کلینیک‌های مشاوره را مشاهده می‌کنیم. با توجه به اینکه مطالعات درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر کیفیت‌زندگی در داخل و خارج بیش‌تر بر روی مسائل گوناگون صورت گرفته است، کمبود بررسی مقایسه‌ی اثربخشی این دو رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند مثر و ثمر واقع شود بیشتر جلب توجه می‌کند. از آنجا که تاکنون مطالعه با هدف بررسی هدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر کیفیت‌زندگی در نوجوانان صورت نگرفته بود بنابراین انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسید.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان متوسطه دوم (دبیرستانی) شهر بروجن در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. جهت انجام مداخله، از بین جامعه‌ی آماری با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای به صورت تصادفی از بین پنج مدرسه مقطع متوسطه دوم در شهر بروجن انتخاب شد و سپس از دانش‌آموزان پرسشنامه افسردگی Beck et al. (1996) گرفته شد و از بین دانش‌آموزانی که در آزمون افسردگی بک نمره بالاتر از ۲۰ را دریافت کردند ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردید و در ابتدا از میان کسانی که راغب به همکاری بودند و فرم رضایت شرکت در پژوهش را مطالعه و امضا کرده بودند، به روش جایگزینی تصادفی ۱۰ نفر در گروه درمان شناختی رفتاری و ۱۰ نفر درمان مبتنی بر کیفیت‌زندگی و ۱۰ نفر در گروه کنترل قرار داده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: نمره‌ی بالاتر از ۲۰ در پرسشنامه افسردگی بک، اختلال ناشی از مصرف مواد و یا بیماری پزشکی نباشد. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از یک جلسه در گروه آزمایش، عدم تمایل شرکت در ادامه تحقیق.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک: پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم: این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی Beck (BDI-II-1996) است و ۲۱ سوالی است و تمام عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. در این پرسشنامه شدت افسردگی را بر روی یک مقیاس از ۰-۳ درجه بندی می‌شود. نمره کل پرسشنامه

دامنه‌ای بین ۰-۶۳ داشته و امتیاز ۰-۱۳ افسردگی جزبی، ۱۴-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹-۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. مطالعات انجام شده بر ویرایش دوم این پرسشنامه حاکی از ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (Beck et al., 1996). همچنین، Dobson and Mohammadkhani (2007) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب پایایی به شیوه باز آزمایی به فاصله یک هفته ر ۰/۹۳ گزارش کردند. در تحقیق Gharaei (2003) بر روی ۱۲۵ دانشجویی که در جهت بررسی اعتبار و روایی بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار باز آزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای پرسشنامه استاندارد افسردگی بک ۰/۸۷ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه است.

نیمرخ کیفیت زندگی: در نیمرخ کیفیت زندگی نمره‌های را به دست می‌آورد که رضایت کلی فرد را از زندگی نشان می‌دهد. رضایت مندی افراد از زندگی بر این است که چگونه نیازها، اهداف و آرزوهای آن‌ها در حیطه‌های مهم زندگی برآورده می‌شود. طیف پیوستار پرسشنامه از ۶ تا ۶- است و نیمرخ این پرسشنامه بدین صورت است که بین ۱ تا ۶ کیفیت زندگی بالا و صفر کیفیت زندگی متوسط، از ۱- تا ۳- کیفیت زندگی پایین و از ۴- تا ۶- کیفیت زندگی بسیار پایین است. نیمرخ رضایت مندی از زندگی کمک می‌کند تا کیفیت کلی زندگی فرد، با مشخص ساختن حیطه‌های خاص رضایت مندی و عدم رضایت مندی که در پیوستار پرسشنامه کیفیت زندگی به دست آمده است، شرح داده شود. تجارب بالینی حاکی از این است که هر رتبه منفی رضایت مندی، حیطه خاصی از زندگی را نشان می‌دهد که فرد در آن زمینه می‌تواند درمان قرار گیرد؛ رتبه‌های ۴- تا ۶- بیشترین توجه و فوریت را به خود اختصاص می‌دهد (Frisch, 2006).

لازم به ذکر است با توجه به اینکه در یک دوره‌ی درمان نمی‌توان همزمان بر شانزده حوزه کیفیت زندگی پرداخت، بنابراین براساس ارزیابی از شرکت کنندگان، در این پژوهش حوزه‌های عزت نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول و دارایی‌های مادی حوزه‌هایی بودند که بیشترین نیاز را به ارتقا داشتند انتخاب و مداخله متمرکز بر آنها انجام شد.

محتوای جلسات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی

جلسه	محتوای درمان
جلسه اول	آشنایی اولیه با اعضای گروه، قواعد گروه، اهداف درمانی و دوره آموزشی، توافق با اعضاء جهت زمان‌های برگزاری دوره درمان، ارزیابی اولیه، جمع بندی و بازخورد.
جلسه دوم	مروری بر جلسه دوم، بررسی تکالیف خانگی، معرفی CASIO و پنج مؤلفه‌ی آن، بحث در مورد وضعیت مؤلفه‌های مذکور در اعضای گروه و ارائه‌ی تکلیف، جمع بندی و بازخورد.
جلسه سوم	مروری بر جلسه سوم، بررسی تکالیف خانگی، معرفی راهبرد اول؛ تغییر شرایط (C) و کاربرد آن در ارتقای کیفیت زندگی، بحث گروهی پیرامون اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر شرایط (C) در هر یک از حوزه‌های هدف و ارائه‌ی تکلیف، جمع بندی و بازخورد.
جلسه چهارم	مرور جلسه پیشین، بررسی تکالیف خانگی، معرفی راهبرد دوم؛ تغییر بازخوردها (A) و کاربرد آن در ارتقای کیفیت زندگی، بحث گروهی پیرامون اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر بازخوردها (A) در هر یک از حوزه‌های هدف و ارائه‌ی تکلیف، جمع بندی و بازخورد.
جلسه پنجم	مرور جلسه پیشین، بررسی تکالیف خانگی، معرفی راهبرد سوم یعنی تغییر استانداردها (S) و بحث گروهی پیرامون اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر استانداردها (S) در هر یک از حوزه‌های هدف و ارائه‌ی تکلیف، جمع بندی، بازخورد.
جلسه ششم	مرور جلسه پیشین، بررسی تکالیف خانگی، معرفی راهبرد چهارم؛ تغییر اولویتها (I) و کاربرد آن در ارتقای کیفیت زندگی، بحث گروهی پیرامون اصول و راهکارهای مرتبط با تغییر اولویتها (I) در هر یک از حوزه‌های هدف و ارائه‌ی تکلیف، جمع بندی و بازخورد.
جلسه هفتم	مرور جلسه هشتم، بررسی تکالیف، معرفی راهبرد پنجم؛ افزایش رضایت در حوزه‌های دیگر (O) و کاربرد آن در ارتقای کیفیت زندگی، آشنایی با اصول کیفیت زندگی، بحث پیرامون اصول مهم و کاربرد آنها در افزایش رضایت از زندگی و ارائه تکلیف، جمع بندی، بازخورد.
جلسه هشتم	مرور کلی دوره درمان، بحث پیرامون چگونگی تعمیم استفاده از راهبردهای پنج‌گانه و اصول کیفیت زندگی در شرایط مختلف زندگی واقعی، جمع بندی، اختتام گروه و اجرای پس‌آزمون.

محتوای جلسات درمان شناختی

جلسه	محتوای درمان
جلسه اول	معرفی اعضای گروه، هدایت خودکار، شکل‌دهی به گروه، توضیح درمورد هدف CBT، تعیین اهداف درمان، شناسایی چگونگی تأثیر افکار بر احساسات، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، توضیح نقش افراد در درمان، توضیح درمورد درماندگی آموخته‌شده، تنظیم هیجان و سرسختی روانشناختی، انجام پیش‌آزمون، ارائه تکالیف.
جلسه دوم	مرور جلسه قبل، عوامل راه انداز هیجان‌نا منفی (عواطف، افراد، مکان‌ها و اشیا)، آشنا کردن اعضا با انواع خاص فکر کردن، کار بر روی هیجان‌نا و سرسخت بودن درمقابل هیجان‌نا منفی، بازسازی شناختی در زمینه افکار برانگیزاننده، چگونگی تأثیر نوع افکار بر خلق، خطاهای شناختی، ارائه تکالیف خانگی.
جلسه سوم	مرور تکالیف، مرور جلسه قبل، شناساندن تحریف‌های شناختی و تأثیرشان بر هیجان‌نا، تعیین عوامل زمینه‌ساز درماندگی، روش‌های برنامه‌ریزی برای مقابله با هیجان‌نا منفی، مانند: توقف فکر، آموزش استراتژی‌هایی برای افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی و تعدیل نشخوار فکری، ارائه تکالیف خانگی.
جلسه چهارم	مرور تکالیف، مرور جلسه قبل، رابطه تفکر و عاطفه، تعیین الگوهای تفکر منفی، مبارزه با افکار منفی و بازسازی شناختی، بیان باورها و ارزش‌های مطلق، توجه به علت مشکل‌سازی این باورها، شناسایی افکار و فرض‌ها، ارزیابی افکار و چالش با آنها، معرفی چهار سبک توأم با خطا (افکار خودآیند منفی، باورهای مرکزی منفی، مثلث شناختی، خطای منطقی) جهت تعدیل هیجان‌نا و کاهش درماندگی، ارائه تکالیف خانگی، ارائه تکالیف.
جلسه پنجم	مرور تکالیف، مرور جلسه قبل، غنی‌سازی فعالیت‌های روزانه، تحلیل کارکردی تفکر هنگام هیجانی‌شدن، برنامه‌ریزی و پیش‌بینی وضعیت‌های افسرده‌ساز، راهکارهای عملی برای پر کردن اوقات مراجع در جهت کاهش افسردگی، توضیح در خصوص شناسایی تحریف‌های شناختی، ارائه تکالیف خانگی.
جلسه ششم	مرور تکالیف، مرور جلسه قبل، کار بر روی مفهوم هدف‌گذاری، ایفای نقش برای تمرین پاسخ‌های تنظیم هیجان، انتقاد کردن و مورد انتقاد واقع شدن، مهارت‌های تنش‌زدایی، ایفای نقش، توضیح در خصوص باورهای غیرمنطقی مرتبط با افسردگی و ارائه تکالیف در خصوص شروع‌کننده‌های درونی و بیرونی، ارائه تکالیف خانگی.
جلسه هفتم	مرور تکالیف، مرور جلسه قبل، نحوه ارتباط و تماس با مردم و چگونگی تأثیر آن بر خلق، ایجاد دوستی‌هایی که باعث کاهش افسردگی می‌شود، قطع روابط خود با دوستان و آشنایانی که آسیب‌زا هستند، پیدا کردن گروهی متشکل از افراد حمایت‌کننده و تشکیل گروه‌های خودیار، ارائه تکالیف خانگی.
جلسه هشتم	مرور تکالیف، مرور جلسه قبل، مرور فرآیند جلسات قبلی و تثبیت تغییرات ایجادشده فرم‌های ثبت افکار ناکارآمد و توضیح در خصوص پایان جلسه، ارائه تکنیک‌هایی برای ادامه و نگهداری روند بهبود، گرفتن پس‌آزمون، پایان جلسه

یافته‌ها

پیش از پرداختن به تحلیل استنباطی یافته‌ای پژوهش، آماره‌های مربوط به متغیرهای مورد بررسی ارائه شده است: در این مطالعه، مجموعاً ۳۰ دانش‌آموز دوره متوسطه‌ی دوم در سه گروه ۱۰ نفره شرکت داشتند. در جدول ۱ ویژگی‌های توصیفی متغیر افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک برای گروه‌های آزمایش و کنترل آمده است.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی متغیر افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک برای گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	درمان شناختی رفتاری	۲۴/۲	۲/۲۵	۱۶	۱/۴۱
	درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	۲۳/۷	۲/۱۱	۱۴/۷	۱/۰۵
	کنترل	۲۳	۲/۱۰	۲۲/۶	۲/۰۶

قبل از انجام تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کالمرگروف-اسمیرنف نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای مورد مطالعه محقق شده است ($P < 0/05$). همچنین نتایج آزمون لوین حکایت از برقراری مفروضه ی همگنی واریانس گروه‌ها داشت ($P < 0/05$). جهت ارزیابی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نشان از همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته داشت. نتایج آزمون کرویت

موخلی نیز نشان داد فرض همگنی کواریانس گروه‌های مورد مطالعه نیز برقرار است لذا استفاده از آزمون تحلیل کواریانس بلامانع است. نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روان‌درمان‌گری مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی دانش آموزان، در ادامه آمده است.

نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که آماره آزمون اثر پیلای ($F = 18/906$) در متغیر افسردگی معنی‌دار است ($p = 0/001$) و این بدان معناست که پس از حذف اثرات پیش آزمون، تفاوت معنی‌داری بین نمرات ترکیبی متغیرهای وابسته در پس آزمون وجود دارد و می‌توان نتیجه گرفت که پس از انجام مداخله، حداقل در یکی از متغیر افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری ایجاد شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کواریانس جهت بررسی اثربخشی مداخلات پس از حذف اثر پیش آزمون

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات
پیش آزمون	۱۲/۷۹۲	۱	۱۲/۷۹۲	۶/۱۹۳	۰/۰۲	۰/۱۹۲
گروه	۳۷۱/۶۱	۲	۱۸۵/۸۰۵	۸۹/۹۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۴
خطا	۵۳/۷۰۸	۲۶	۲/۰۶۶			
کل	۹۸۹۵	۳۰				

همانگونه که از نتایج حاصل از تحلیل کواریانس در جدول ۲ بر می‌آید، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌ها یا همان گروه معنی‌دار است ($P < 0/001$)، $f(2/2) = 89/949$. به بیان دیگر بین نمرات پس آزمون افسردگی دانش‌آموزان گروه‌های مورد بررسی پس از حذف اثرات پیش آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این یافته نشان می‌دهد، حداقل یکی از مداخلات انجام شده، افسردگی دانش‌آموزان را به طور معنی‌داری کاهش داده است اما برای اینکه به روشنی مشخص شود، تفاوت در بین کدام گروه‌ها باعث معنی‌داری نتایج تحلیل کواریانس شده است، مقایسه‌ی زوجی بین سه گروه مورد مطالعه، به کمک آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین سه گروه در پس آزمون افسردگی

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
شناختی رفتاری/کنترل	-۶/۹۸	۰/۰۰۰۱
درمان مبتنی بر کیفیت زندگی/کنترل	-۸/۱۲۳	۰/۰۰۰۱
شناختی رفتاری/کیفیت زندگی	۱/۱۴	۰/۲۶۸

یافته‌های حاصل از آزمون تعقیبی نشان می‌دهد هر دو مداخله‌ی درمان شناختی رفتاری و روان‌درمان‌گری مبتنی بر کیفیت زندگی، افسردگی دانش‌آموزان را به طور معنی‌داری کاسته است اما در میزان اثربخشی دو مداخله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان شناختی رفتاری بر افسردگی نوجوانان افسرده بوده است. این نتایج به دست‌آمده نشان داد که هر دو مدل درمانی به طور معنی‌داری موجب کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی روانشناختی در مرحله پس‌آزمون شدند. یافته‌های به دست آمده پیرامون اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان شناختی رفتاری بر افزایش بهزیستی و کاهش افسردگی با دیگر پژوهش‌های به عمل آمده

همسو است. همانطور که از یافته‌ها پیداست هر دو رویکرد درمانی در کاهش افسردگی مؤثر بودند و به طور معنی‌داری با گروه گواه تفاوت داشتند. هر چند تفاوت معنی‌داری بین نمرات دو گروه آزمایش در متغیر افسردگی مشاهده نشد. هر چند تفاوت معنی‌داری بین نمرات دو گروه آزمایش در متغیر افسردگی مشاهده نشد. نتایج به دست آمده، همسو با دیگر تحقیقات انجام شده از جمله نتایج مطالعات (Pirjavid et al. (2021؛ Faraji-Vostaghani and Nasiri (2019)؛ Yousefi et al. (2019)؛ Alahdadian et al. (2023)؛ Salamiyan et al. (2023)؛ Sefigandomani Faraji-Vostaghani and (2024)؛ Takam et al. (2017)؛ Kajbaf et al. (2023)؛ Akhondi Yazdi et al. (2023)؛ Bolier et al. (2013)؛ Sefigandomani (2013)؛ عمل آمده همسو است. نتایج حاکی از آن است که درمان مبتنی بر کیفیت‌زندگی به اندازه درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی مؤثر است.

درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانه‌های شناختی، جسمانی و رفتاری اختلالات افسردگی از طریق کاربرد روش‌های خاص، شامل: آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم، بازسازی شناختی، جلوگیری از پاسخ، حل مسئله، فهرست‌بندی فعالیت‌ها و آموزش مهارت‌های بین فردی متمرکز است (Azimi et al., 2017). به‌طورکلی در درمان شناختی رفتاری سعی می‌شود افکار خودآیند منفی، طرحواره‌ها و فرآیندهای غلط فکری بیماران افسرده، شناسایی شده، دستیابی به درکی جامع از ساختار شناختی فرد، به شیوه‌های نوین تفکر، ارائه شود. فعال‌سازی رفتاری موج سوم با اثربخشی که بر روی افکار نشخوارنده و فعالیت‌های اجتنابی دارد، به افراد در بهبود حالت خلقی و روابط بین فردی کمک بسیاری می‌کند. فعالیت‌های اجتنابی که مادام بر آمیختگی شناختی فرد دامن می‌زنند و مانع حضور او در زمان حال می‌شوند و چنانچه ادامه این روند بر بهبود حال فرد اثر قابل توجهی نداشته باشد، اعمال تمرینات ذهن‌آگاهی و مهارت‌آموزی گامه‌ای مؤثر دیگری است که فعال‌سازی رفتاری در جلسات بر آن تأکید می‌کند، تمریناتی که نقش مؤثری بر کاهش درماندگی ایفا می‌کنند (Beheshtian et al., 2019). در تبیین چگونگی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی باید گفت که با تشخیص باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد خود، با کمک درمانگران دست به او صلاح و تغییر افکار ناکارآمد زده و باورهای منطقی‌تر را جایگزین می‌کنند. هدف اصلی درمان شناختی رفتاری این است که با تغییر و اصلاح شیوه تفکر و رفتار، احساسات منفی افراد را تغییر دهد و آنها را در مقابله با حوادث زندگی توانمند سازد.

از طرفی روان‌درمان‌گری مبتنی بر کیفیت‌زندگی نیز با تأکید بر مفاهیم کیفیت‌زندگی با هدف افزایش غنای درونی، بهزیستی روان‌شناختی و ارتقاء رضایت از زندگی از مدل پنج راهه (CASIO) است. روان‌درمان‌گری مبتنی بر کیفیت‌زندگی بر مولفه‌هایی تأکید می‌شود که هر یک در افزایش احساسات مثبت و رضایت از زندگی نقش مؤثری را ایفا می‌کند. فرد همچنین با یادگیری حیطه‌های کیفیت‌زندگی چون سلامت جسمانی، عزت‌نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول و دارایی‌های مادی، شغل، تفریح و سرگرمی، یادگیری، خلاقیت، کمک و یاری رساندن، عشق، دوستان، کودکان، خویشاوندان، خانه، جامعه و اطرافیان، احساس توانمندی و کارایی بیشتری نموده و با دریافت بازخوردهای مثبت محیطی، عزت‌نفس بیشتری برای مواجهه با رویدادها در خود احساس می‌کند که به طور غیرمستقیم افسردگی را نشانه گرفته و مانع از رشد و تداوم احساسات منفی از جمله ناامیدی، غم، بی‌لذتی و عزت‌نفس منفی می‌شود. همین طور می‌توان گفت وجود یکسری فعالی‌ها و راهبردهای مشابه از جمله راهبردهای شناختی ارزیابی مجدد، گرفتن بازخورد و تعامل بین اعضای گروه، تجربه فعالی‌های لذبخش به عنوان تکلیف خانگی و به اشتراک گذاشتن احساسات خوب و بد، موج تغییر و کاهش راهبردهای معمول و کمتر سازش یافته شده و به نوبه خود کاهش افسردگی را در پی داشته است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، علاوه بر شرایط عینی یا شرایط زندگی، که منظور ویژگی‌های فیزیکی و اجتماعی عینی حیطه‌ای از زندگی است که اثرات آن بر رضایتمندی از زندگی و سلامت ذهنی با واسطه عوامل شناختی صورت می‌گیرد، ادراک یا برداشت ذهنی فرد، از ویژگی‌های یک حیطه نیز بر رضایتمندی از آن حیطه تأثیر دارد. با تغییرات ایجاد شده در این حوزه‌ها بر اساس الگوی کیفیت‌زندگی، درمان‌جویان افزایش رضایتمندی

و شادکامی را تجربه می‌کنند. بنابراین، فاصله بین آنچه هست و آنچه می‌خواهد باشد کاهش می‌یابد و منجر به بهبود کیفیت‌زندگی فرد می‌شود (Frisch, 2013). به طور کلی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت‌زندگی، یک رویکرد کل‌نگر است که به سلامت روان در بافت زندگی روزمره اهمیت می‌دهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این دو عامل، را در بافت کیفیت‌زندگی اصلاح کند. سازمان بهداشت جهانی نیز سلامت روانی را حالتی از بهزیستی می‌داند که در آن افراد، درک واقعی از توانایی‌های خود دارند و می‌توانند با استرس‌های روزمره زندگی خود مقابله کنند و به صورت ثمر بخش و مؤثر کار کنند و در جامعه‌ی خود نقش داشته باشند.

بررسی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، نشان داده‌اند که برنامه‌های درمانی کوتاه‌مدت در مورد مداخلات روانی، خصوصاً اختلال افسردگی با حذف رویدادهای منفی زندگی و بهبود کیفیت‌زندگی در کوتاه‌مدت می‌تواند روی مکانیسم‌های سلامت روانی در بلندمدت، تأثیر داشته باشد. توجه به آنچه ارائه شد به نظر می‌رسد که استفاده از روش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر کیفیت‌زندگی هر دو مداخله کارآیی لازم برای ارتقاء کیفیت‌زندگی و بهبود افسردگی این گروه از افراد جامعه را داشته باشد.

از آن‌جا که جامعه آماری پژوهش حاضر را دانش‌آموزان تشکیل می‌دهند لذا تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. اعتبار هر پژوهشی منوط به گستردگی دامنه مورد تحقیق است، لذا یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر انجام این پژوهش تنها در شهر بروجن است، بنابراین در تعمیم نتایج آن بایستی احتیاط لازم صورت گیرد.

از این رو به روان‌شناسان و به خصوص مشاوران مدارس پیشنهاد می‌شود که از این دو روش به عنوان مدل درمانی مؤثر، هم در پیشگیری و هم در درمان استفاده نمایند. پیشنهاد دیگر اینکه می‌توان از هر دو روش درمانی به صورت تلفیقی و ترکیبی در درمان اختلالات روانی به ویژه افسردگی استفاده گردد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاری و زحمات بی‌دریغ آموزش و پرورش شهرستان بروجن و مدیران مدارس که امکان این پژوهش را فراهم نمودند و نیز دانش‌آموزان عزیزی که در این پژوهش شرکت نمودند صمیمانه قدردانی می‌گردد.

References

- Abedi, M. R., & Vostanis, P. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*(7), 605-613. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0098-4>
- Akhondi Yazdi, Z., Ghazanfari, A., & Sharifi, T. (2023). Comparison of the effectiveness of transdiagnostic therapy and cognitive-behavioral therapy on anxiety and depression in depressed women. *Behavioral Science Research, 21*(4), 818-829. <https://doi.org/10.22122/bsr2023.1290>
- Alahdadian, M., Zarei Abolkhair, A., & Mashraf, S. (2023). Investigating the effectiveness of cognitive-behavioral counseling on depression in infertile women through web-based education. *Daneshvar Medical Journal, 31*(4), 57-66. <https://doi.org/10.22070/daneshmed.2023.17780.1354>

- Almén, N. (2021). A cognitive behavioral model proposing that clinical burnout may maintain itself. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3446. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073446>
- Axelsson, E., Hesser, H., Andersson, E., Ljótsson, B., & Hedman-Lagerlöf, E. (2020). Mediators of treatment effect in minimal-contact cognitive behaviour therapy for severe health anxiety: A theory-driven analysis based on a randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 69, 102172. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102172>
- Azimi, M., Moradi, A., & Hasani, J. (2017). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy (in-person and online) on emotional regulation strategies in individuals with comorbid insomnia and depression. *Journal of Research in Psychological Health*, 11(1), 49-61. <https://doi.org/10.29252/rph.11.1.49>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13
- Beheshtian, E., Tozendejani, H., & Safarian Toosi, M. R. (2019). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with the unit processing and behavioral activation on fear of negative evaluation in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 10(4), 101-110. <https://doi.org/10.22051/japr.2019.2340>
- Bolier, L. H., Merel, W., Gerben J, R., Heleen, S. F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(119), 3-20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Chen, X. C., Wu, Y., Ban, C. X., Wang, Y., Zhang, J., & Fang, Y. R. (2014). Investigation and influence factors of anxiety in junior high school students in Jiading district, Shanghai. *Journal of Shanghai Jiaotong University: Medical Edition*, 34(4), 442-445. <https://doi.org/10.3969/j.issn.16748115.2014.04.010>
- Darvishi, M., Zarei, I., & Hajalizadeh, K. (2021). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depression and anxiety in veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Medical School, Mashhad University of Medical Sciences*, 64(5), 3841-3852. <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.20259>
- De Miranda, D. M., da Silva Athanasio, B., de Sena Oliveira, A. C., & Silva, A. C. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 101845. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845>
- Dickerson, J. F., Lynch, F. L., Leo, M. C., DeBar, L. L., Pearson, J., & Clarke, G. N. (2018). Cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy for depressed youth declining antidepressants. *Pediatrics*, 141(2), 1-11. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1969>
- Dobson, K. S., & Mohammadkhani, P. (2007). Psychometric properties of the BDI-II in a sample of patients with major depression disorder. *Journal of Rehabilitation*, 8(2), 80-86. https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=135&sid=1&slc_lang=en
- Faraji-Vostaghani, H. R., & Sefigandomani, M. Y. (2023). The effectiveness of Islamic psychotherapy based on quality of life on depression and anxiety in high school male students in Boroujerd. *Journal of Family and Research Scientific Quarterly*, 20(2), 135-151. https://qjfr.ir/browse.php?a_code=A-10-3059-1&sid=1&slc_lang=fa
- Faraji-Vostaghani, H. R., & Sefigandomani, M. Y. (2024). The effectiveness of psychotherapy based on quality of life on depression and anxiety in high school male students in Boroujerd. *Journal of Psychological and Educational Studies*, 10(2), 1-11. <https://doi.org/10.22055/jacp.2024.47783.1409>
- Farhosh, M., Jamshidi, M. A., Dastani, M., Abdoljabari, M., & Farhosh, M. (2022). The effectiveness of religious cognitive-behavioral therapy compared to classical cognitive-behavioral therapy on depression, self-concept, and god-concept in patients with depression. *Clinical Psychology*, 14(1), 73-86. [10.22075/jcp.2022.24097.2215](https://doi.org/10.22075/jcp.2022.24097.2215)

- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. United States: John Wiley & Sons. <https://psycnet.apa.org/record/2005-15399-000>
- Frisch, M. B. (2013). Evidence-based well-being/positive psychology assessment and intervention with quality of life therapy and coaching and the Quality of Life Inventory (QOLI). *Social Indicators Research, 114*(2), 193-227. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0140-7>
- Gharaei, B. (2003). *The determination of identity statuses and their relationship with identity styles and depression in adolescents* (Doctoral dissertation). Iran University of Medical Sciences, Institute of Psychiatry.
- Grant, G. M., Salcedo, V., Hynan, L. S., Frisch, M. B., & Puster, K. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychological Reports, 76*(3), 1203-1208. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.76.3c.12037480486>
- Hofmann, S., & Hayes, S. C. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hosseininajad, S. N., & Rezaianfarji, H. (2022). The effectiveness of cognitive-behavioral intervention on grief experience, depression, and anxiety in relatives of COVID-19 victims. *Psychological Studies, 18*(2), 63-76. <https://doi.org/10.22051/psy.2022.39774.2589>
- Houghton, D. C., Stein, D. J., & Cortese, B. M. (2020). Review: Exteroceptive sensory abnormalities in childhood and adolescent anxiety and obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 59*(1), 78-87. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.06.007>
- Imran, N., Aamer, I., Sharif, M. I., Bodla, Z. H., & Naveed, S. (2020). Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. *Pakistan Journal of Medical Sciences, 36*(5), 1106. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.3088>
- Kajbaf, M. B., Hosseini, F., Ghamarani, A., & Rezaian, N. (2017). Comparing the effectiveness of quality-of-life therapy and Islamic spirituality-based therapy on distress tolerance, stress, depression, and anxiety in women with tension-type headaches. *Journal of Clinical Psychology, 9*(1), 1-19. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.10314>
- Kessler, R. C., Avenolli, S., Costello, J., Georgiades, K., Green, J., Gruber, M., & Merikangas, K. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry, 69*(4), 372-380. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.160>
- Kiaian Mousavi, F., Mofakhari, A., & Mohammadzadeh-Ebrahimi, A. (2022). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and behavioral activation therapy on learned helplessness and emotional regulation in individuals with depressive symptoms. *Faiz Scientific-Research Bi-Monthly, 26*(2), 156-165. <https://doi.org/10.48307/FMSJ.2022.26.2.156>
- Leahy, R. L. (2008). *Cognitive therapy techniques* (L. Fathi, S. Shakiba, S. Tahmasebi, H. Naseri, & K. Ziaei, Trans.). (12th ed.). Tehran: Danjeh Publishing. <https://danjehpub.com/product/>
- Leonidou, C., & Panayiotou, G. (2018). How do illness-anxious individuals process health-threatening information? A systematic review of evidence for the cognitive-behavioral model. *Journal of Psychosomatic Research, 111*, 100-115. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.06.001>
- Madara, F., Sarukhani, D., Vali-Zadeh, R., & Sarukhani, M. (2017). A systematic review and meta-analysis of the average anxiety scores in Iran. *Ilam University of Medical Sciences Journal, 25*(2), 120-181. <https://doi.org/10.29252/sjimu.25.2.181>
- Miller, A. H., & Raison, C. L. (2016). The role of inflammation in depression: From evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature Reviews Immunology, 16*(1), 22. <https://doi.org/10.1038/nri.2015.5>

- Morelli, V., & Nettey, C. (2019). Adolescent health screening: Toward a more holistic approach. In V. Morelli (Ed.), *Adolescent health screening: An update in the age of big data* (pp. 1-5). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-66130-0.00001-6>
- Najarpour-Astadi, S., Akbari, B., Khallatbari, J., & Baba-Pour, J. (2021). Comparison of the effectiveness of life quality therapy techniques and dialectical behavior therapy on loneliness feelings in female students addicted to smartphones. *New Psychological Research Quarterly*, 16(62), 32-45. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_12542.html
- Nasiri Takam, S. G., Najafi, M., Taleh-Pasand, S., & Makvandi Hosseini, S. (2019). Comparison of the effectiveness of positive psychotherapy and cognitive-behavioral therapy on psychological well-being and depression in adolescents with depressive symptoms. *Counseling Research Quarterly*, 18(70), 105-129. <https://doi.org/10.29252/jcr.18.70.105>
- Neff, K. D., & Tóth-Király, I. (2020). Self-Compassion Scale (SCS). <https://doi.org/10.1037/t79084-000>
- Page, C. E., & Coutellier, L. (2018). Adolescent stress disrupts the maturation of anxiety-related behaviors and alters the developmental trajectory of the prefrontal cortex in a sex- and age-specific manner. *Neuroscience*, 390, 265-277. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2018.08.030>
- Pirjavid, F., Tozendejani, H., & Bagherzadeh Golmakani, Z. (2021). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and life quality improvement therapy on self-criticism and depression in patients with major depressive disorder. *Journal of Psychological Methods and Models*, 12(46), 53-68. <https://doi.org/10.30495/jpmm.2022.27035.3293>
- Pourfarrokhi, M., Karaminia, R., & Ahadi, H. (2017). The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy (CBT) on reducing adjustment disorders in elderly people. *Behavioral Science Research Journal*, 15(2), 189-197. <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-531-fa.html>
- Riemann, D., Krone, L. B., Wulff, K., & Nissen, C. (2020). Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*, 45(1), 74-89. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0411-y>
- Salamiyan, S., Heydari, M., & Norouzi, A. (2023). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on reducing depressive symptoms in individuals with substance use disorder. *Journal of Medical School, Mashhad University of Medical Sciences*, 66(4), 1-12. <https://doi.org/10.22038/mjms.2023.71118.4246>
- Saurabh, K., & Ranjan, S. (2020). Compliance and psychological impact of quarantine in children and adolescents due to the COVID-19 pandemic. *Indian Journal of Pediatrics*, 87, 532-536. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03347-3>
- Sefigandomani, M. Y., Janbaziri, M., Alipour, A., & Aliekbari Dehkordi, M. (2015). The effectiveness of Islamic psychotherapy based on quality of life on depression and quality of life in depressed students (male and female) at Payame Noor University in Chaharmahal and Bakhtiari province. *Health Dawn Bi-Monthly*, 15(1), 224-239. https://tbj.ssu.ac.ir/browse.php?a_id=2120&slc_lang=fa&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
- Seligman, M. E., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293-311. <https://doi.org/10.1080/03054980902934563>
- Uccella, S., De Grandis, E., De Carli, F., D'Apruzzo, M., Siri, L., Preiti, D., et al. (2021). Impact of the COVID-19 outbreak on the behavior of families in Italy: A focus on children and adolescents. *Frontiers in Public Health*, 9, 32. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.608358>
- Yousefi, N., Mohammadi, F., Azizi, A., & Shams, R. (2019). Comparison of the effectiveness of classical cognitive-behavioral therapy and enriched cognitive-behavioral therapy on depression and quality of life in depressed women. *Clinical Psychology Quarterly*, 11(3), 101-112. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.16811.1595>

- Yousefpour, N., Akbari, A., Ahangari, E., & Samari, A.-A. (2017). Investigating the effectiveness of psychotherapy based on improving quality of life on reducing depression in patients with complicated grief. *Journal of Clinical Psychology and Counseling Research*, 7(1), 21-37. <https://doi.org/10.22067/ijap.v7i1.54663>
- Zhang, Y. Y., Chen, J. J., Ye, H., & Volantin, L. (2020). Psychological effects of cognitive behavioral therapy on internet addiction in adolescents: A systematic review protocol. *Medicine*, 99(4), e18456. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018456>