

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

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Islamic Psychotherapy Based on Quality of Life and Depression in Adolescents

Hamidreza Faraji Vastegani¹
Mohammad Yasin Seyfi Gandomani²
Sara Kalantari Meybodi³

حمیدرضا فارژی وستگانی^۱
محمد یاسین سیفی گندمانی^۲
سارا کلانتری میبیدی^۳

Abstract

Adolescence is considered a critical period of development, during which individuals are sometimes exposed to risks such as depression and anxiety disorders. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and Islamic psychotherapy based on quality of life and depression in adolescents. This research was applied in nature and experimental in methodology, conducted in a pre-test, post-test design with two experimental groups and one control group. The research tools included the Beck Depression Inventory (BDI-II, 1996). For this purpose, 30 students who scored above 20 on the Beck Depression Inventory were randomly selected through a multi-stage cluster sampling method. The cognitive-behavioral therapy group participated in eight sessions, while the Islamic psychotherapy group focused on quality of life over eight group sessions. Data were analyzed using covariance analysis. The results showed a significant reduction in depression in both experimental groups. However, no specific treatment demonstrated superiority over the other, suggesting that neither could be conclusively identified as more effective. Based on the findings, cognitive-behavioral therapy and Islamic psychotherapy focusing on quality of life can be considered effective intervention methods for reducing depression and enhancing quality of life in adolescents.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Islamic Psychotherapy, Depression, Adolescents.

1. M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Isfahan, Iran. Email: farajihamidreza91@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

3. M.A. in Psychology, Elementary School Teacher in Gandoman, Gandoman, Iran.

Received Date: 2024 August 18

Acceptance Date: 2024 August 31

چکیده

دوران نوجوانی از دوره‌های حساس رشد به شمار می‌رود و نوجوانان گاهی در معرض برخی آسیب‌ها از جمله اختلال افسردگی و اضطراب می‌باشند. هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی و افسردگی در نوجوانان بود. پژوهش حاضر کاربردی و از نظر روش آزمایشی بود که در قالب یک طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و اجرا شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II - ۱۹۹۶) بود؛ بدین منظور ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که در آزمون افسردگی بک نمره بالای ۲۰ را گرفته بودند، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس گروه‌های آزمایش شناختی رفتاری در هشت جلسه و گروه روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی در هشت جلسه به صورت گروهی، مداخله‌های درمانی را دریافت کردند. داده‌ها با روش آماری تحلیل کواریانس بررسی شدند. یافته‌ها نشان داد که افسردگی در هر دو گروه آزمایش کاهش معناداری یافته است، اما از نظر ارجحیت، برتری درمان خاصی نسبت به یکی دیگر در این مطالعه دیده نشد، یعنی نمی‌توان گفت کدام یک بیشتر مؤثرتر است. پس بنابر نتایج پژوهش می‌توان از درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی به عنوان روش‌های مداخله‌ای مؤثر در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی به عنوان یک روش مؤثرتر سود جست.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری، روان‌درمانگری اسلامی، افسردگی، نوجوانان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران.
Email: farajihamidreza91@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی، آموزگار ابتدایی منطقه گندمان، گندمان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۵/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۱۰

مقدمه

نوجوانی دوره تغییرات عمیقی است که کودک را از بزرگسالی جدا می‌کند. این مرحله رشد زیستی، اجتماعی، هیجانی و شناختی را شامل می‌شود و به معنای واقعی کلمه دوره تغییر و دگرگونی است (نیومن و نیومن، ۲۰۰۹). تغییرات ساختاری و روان‌شناختی که در دوران بلوغ برای نوجوانان رخ می‌دهد، بحرانی اساسی رشدی به شمار می‌رود (پیچ و کوتلیه^۱، ۲۰۱۸). میزان شیوع افسردگی در نوجوانان آمریکایی ۱۸ درصد است (کسلر^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). در کشورهای شرقی مانند چین میزان افسردگی نوجوانان ۸ تا ۲۰ درصد گزارش شده است (چن^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج فراتحلیل مدارا، ساروخانی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد افسردگی و اضطراب مهم‌ترین اختلال‌های روانی در ایران به شمار می‌رود؛ همچنین شیوع کووید-۱۹ نیز به ایجاد مشکلات زیادی برای کودکان و نوجوانان می‌انجامد (سورابه و رنجان، ۲۰۲۰؛ میراندا^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). واکنش کودکان و نوجوانان نسبت به همه‌گیری کووید-۱۹ متفاوت بود تا آنجا که نوجوانان در مقایسه با کودکان، اضطراب و افسردگی بیشتری گزارش کردند (اوجلا^۵ و همکاران، ۲۰۲۱؛ عمران^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). اختلال افسردگی بیماری مزمن و ناتوان‌کننده‌ای است که تعداد زیادی از افراد را در سراسر جهان تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (کیم ای و هان کی^۷، ۲۰۲۱). مشکلات هیجانی مانند افسردگی، اضطراب موجب کاهش بهزیستی روانی و رضایت از زندگی می‌شوند. طبیعی است که هر چه میزان مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی انسان بیشتر باشد، فرد احساس رضایت کمتری خواهد داشت (جاری، شهیدی و موتابی، ۱۳۹۳).

در جامعه امروز با پیشرفت روزافزون علم و تکنولوژی به نظر می‌رسد بیشتر افراد به دلیل داشتن افکار خودآیند بدبینانه و خودانتقادی‌های دائمی نسبت به آینده خود ناامید هستند و خطر ابتلا به بیماری‌های روانی همچون اختلالات اضطرابی و افسردگی آنها را تهدید می‌کند (نف و توئ-کرالی^۸، ۲۰۲۰). سلامت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌هایی درست از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری کرده، راه‌های

1. Page & Coutellier
2. Kessler
3. Chen
4. Miranda
5. Uccella
6. Imran
7. Kim, Y-K. & Han, K-M.
8. Neff & Tóth-Király

مطلوب تری را برای حل مشکلات خود انتخاب کنند. در صورت تداوم فشارهای روانی، فرد شادابی، نیرو و توانایی خود را در انجام مسئولیت های اجتماعی از دست می دهد (زارعی پور و همکاران، ۱۳۹۸). اهمیت پرداختن به اختلال افسردگی به علت تأثیرات افسردگی بر وضعیت روان شناختی افراد می باشد. در افسردگی، غم همه وجود فرد را فرا می گیرد و در نتیجه آن شخص از ناامیدی به ستوه آمده، احساس بی ارزشی می کند (ریمان^۱ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ از این رو تحقیقات جدید به دنبال روش های درمانی اثربخش تر، کم هزینه تر و کوتاه مدت تر در مقایسه با درمان های معمول از جمله درمان دارویی می باشند (دیکرستون^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی از شیوه های درمانی در بهبود افسردگی درمان شناختی رفتاری (CBT^۳) است (آخوندی و همکاران، ۱۴۰۲). درمان شناختی رفتاری نوعی نگرش درمانی روان شناختی تثبیت شده است که در اختلالات و بیماری هایی همچون افسردگی، اضطراب، بی خوابی و بسیاری از بیماری های دیگر کاربرد دارد و شامل راهبردهای ارزیابی، شناخت و تکنیک های رفتاردرمانی مشتمل بر همکاری بیمار با متخصص بالینی و انجام تکالیف کاربردی در منزل است (پورفرخ و همکاران، ۱۳۹۶). براساس رویکرد شناختی رفتاری، تجارب افراد به تشکیل فرض ها و یا طرحواره هایی درباره خویشتن و جهان می انجامد و این فرض یا طرحواره ها بر سازمان بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تأثیر می گذارد (البهی^۴، ۲۰۲۱). شواهد تجربی بیانگر آن است که مدل شناختی رفتاری به خوبی ساختار و فرآیند افسردگی و اضطراب را تبیین می کند و می تواند مداخلاتی بسیار کارآمد در کاهش افسردگی و اضطراب با آثار ماندگار و درازمدت داشته باشد (لئونیدو و پانایوتو^۵، ۲۰۱۸؛ آلمن^۶، ۲۰۲۱). درمان شناختی رفتاری با کمک به درک معنای زندگی، توانایی بالا بردن روابط بین فردی، انعطاف پذیری و منبع کنترل درونی ایجاد می کند (زانگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش های مختلف از تأثیر این نوع از درمان بر افسردگی حمایت کرده است (آکسون^۸ و همکاران، ۲۰۲۰؛ حسینی نژاد و فرجی، ۱۴۰۱؛ درویشی و همکاران، ۱۴۰۱؛ کیانیان و همکاران، ۱۴۰۱؛ فرحوش و همکاران، ۱۴۰۰).

با توجه به دیدگاه های نو نسبت به درمان، پرداختن به نقش معنویت و مذهب به عنوان

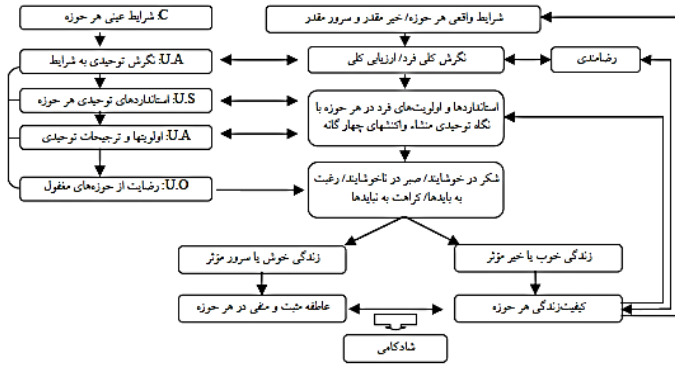
1. Riemann
2. Dickerson
3. Cognitive behavioral therapy
4. Leahy
5. Panayiotou
6. Almén
7. Zhang
8. Axelsson

یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های فرهنگ در روان‌درمانگری، به‌ویژه در جامعه ایران ضروری به نظر می‌رسد. روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی (IS-QOLT) که آن را سیفی‌گندمانی (۱۳۹۴) تدوین کرده، در پاسخ به همین نیاز شکل گرفته است. الگوی ارتقای کیفیت زندگی کلی از دیدگاه اسلام در گرو حرکت از خیر و سرور مقدر به سوی «زندگی خوب/ خیر مؤثر» و «زندگی شاد/ سرور مؤثر» در هریک از حوزه‌های شانزده‌گانه کیفیت زندگی است. این درمان در شانزده حیطه ارتقا ارائه شده‌اند که عبارتند از: بهداشت و سلامت جسمانی^۱، عزت نفس^۲، اهداف و ارزش‌ها^۳، پول و دارایی‌های مادی^۴، شغل^۵، تفریح و سرگرمی^۶، یادگیری^۷، اخلاقیت^۸، کمک و یاری رساندن^۹، عشق^{۱۰}، دوستان^{۱۱}، کودکان^{۱۲}، خویشاوندان^{۱۳}، خانه^{۱۴}، جامعه^{۱۵} و اطرافیان^{۱۶}. خیر و سرور مقدر همان شرایط واقعی زندگی فرد در هر حوزه (C) است که در صورت واکنش توحیدی فرد می‌تواند او را به کیفیت زندگی برتر رهنمون سازد، اما این واکنش توحیدی، یعنی صبر، شکر، رغبت به طاعت و کراهت از معصیت، خود مستلزم داشتن نگرش‌های توحیدی (A) استانداردها و معیارهای توحیدی برای هر حوزه از زندگی (S) و اولویت‌ها و ترجیحات توحیدی (I) است؛ افزون بر آن نگاهی توحیدی به سایر حوزه‌های زندگی (O) و توجه به حوزه‌های مغفول زندگی نیز به ارتقای کیفیت زندگی فرد کمک خواهد کرد (سیفی‌گندمانی و همکاران، ۱۳۹۴).

این الگو براساس چارچوب کلی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی فریش و افزودن آموزه‌های اسلامی به این رویکرد شکل گرفته است. در الگوی اسلامی CASIO؛ معنویت که در دین و مبانی خداشناسی تجلی می‌یابد، عاملی فرادستی است که همه حوزه‌های شانزده‌گانه کیفیت زندگی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. به لحاظ ماهوی نیز نگرش‌ها (A)، استانداردها

1. Health
2. Self- steem
3. Coals & values
4. Money and materials
5. Job
6. entertainment
7. learning
8. creativity
9. helping
10. love
11. friends
12. children
13. relatives
14. home
15. community
16. neighborhood

(S) و اولویت‌های فرد (I) همگی با درون‌مایه الهی شکل می‌گیرند. پس می‌توان الگوی اسلامی CASIO را به صورت نمودار زیر ترسیم کرد (سیفی‌گندمانی و همکاران، ۱۳۹۴).



پژوهش‌های گوناگونی از تأثیر این نوع از درمان بر افسردگی حمایت کرده‌اند؛ برای نمونه خادمی و عابدی (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر سلامت روان و کاهش افسردگی تأثیر دارد؛ همچنین پژوهش‌های فرجی و بستگانی و سیفی‌گندمانی (۱۴۰۲) و سیفی‌گندمانی و همکاران (۱۳۹۴) نیز تأثیر روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی را بر افسردگی تأیید کرده‌اند.

پژوهش پیرجاوید و همکاران (۱۴۰۰) که به مقایسه شفقت‌درمانی و روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی پرداخت؛ نشان داد که هر دو درمان در کاهش افسردگی مؤثر است. پژوهش فرجی و بستگانی و سیفی‌گندمانی (۱۴۰۲) بیانگر آن بود که روش روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی سبب کاهش افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان می‌شود. مطالعه سلامیان، حیدری و نوروزی (۱۴۰۲) که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش نشانگان افسردگی در افراد با سوء مصرف مواد مخدر پرداخت؛ نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر افسردگی تأثیر زیادی دارد؛ همچنین پژوهش نجارپور و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، کاهش احساس تنهایی در دانشجویان دختر در گروه آزمایش به همراه داشته است. در پژوهشی یوسفی و همکاران (۱۳۹۸) به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی بر افسردگی و کیفیت زندگی در زنان افسرده پرداختند

که نتایج آن نشان داد درمان‌های شناختی رفتاری و مبتنی بر غنی‌سازی برای کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در زنان بیشتر کمک می‌کند. پژوهش نصیری و همکاران (۱۳۹۸) بیانگر آن است که روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری به کاهش افسردگی می‌انجامد، ولی روان‌درمانی مثبت‌نگر اثربخشی بیشتری دارد؛ همچنین کجباف و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل‌پریشانی، استرس، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سردرد تنشی پرداختند که نتایج آن نشان داد هر دو این روش‌ها سبب کاهش میزان‌پریشانی، استرس، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سردرد تنشی می‌شود. قنبری و همکاران (۲۰۲۰) به بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر رفتارهای خودتخریب‌گرایانه و تنظیم شناختی عاطفی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که هر دو روش درمانی موجب کاهش رفتارهای خودتخریب‌گرایانه و تنظیم شناختی عاطفی شده است. پژوهش عراقیان و همکاران (۲۰۲۰) که به مقایسه روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت روابط بین فردی و تحمل‌پریشانی در زنان دارای تعارض زناشویی پرداختند، نشان داد که هر دو درمان سلامت روان خانواده تأثیرات قابل‌توجهی مانند کیفیت روابط بین فردی و تحمل‌پریشانی دارد. در پژوهش مارروا^۱ و همکاران (۲۰۱۶) درباره اثربخشی ترکیبی روان‌شناسی مثبت با درمان شناختی رفتاری در زمینه بهزیستی روان‌شناسی و دیگر کارکردهای مثبت روی دو گروه از دانشجویان نیز نشان داد که گروه آزمایش، حمایت اجتماعی بیشتری را گزارش دادند. بولیر^۲ و همکاران (۲۰۱۳) نیز با پژوهش خود نشان دادند که مداخلات روان‌شناسی مثبت به طور قابل‌توجهی سلامت ذهنی و روانی را افزایش و علائم افسردگی را کاهش می‌دهد؛ همچنین اصغری‌پور و همکاران (۲۰۱۲) به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شناختی رفتاری گروهی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی پرداختند که نتایج آن نشان داد روان‌درمانی مثبت‌نگر بیش از درمان شناختی رفتاری در افزایش شادکامی و کاهش علائم افسردگی مؤثر است.

با توجه به مطالب یادشده، و اهمیت موضوع افسردگی، تداوم مشکلات هیجانی نوجوانان می‌تواند به تشدید این مشکلات و بروز اختلالات روانی در بزرگسالی بینجامد؛ چنان‌که روزانه

1. Marrero
2. Bolier

شاهد افزایش مراجعان به مراکز مشاوره هستیم؛ همچنین از آنجا که مطالعه درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر روی مسائل گوناگون انجام شده، کمبود بررسی مقایسه اثربخشی این دو رویکرد، به ویژه درمان روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سایر موارد مفید و سودمند، بیشتر جلب توجه می‌کند. پس ضروری به نظر رسید که مطالعه‌ای با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی در نوجوانان انجام شود.

روش پژوهش

تحقیق حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه دانش‌آموزان متوسطه دوم (دبیرستانی) شهر بروجن بود که برای انجام مداخله از جامعه آماری با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به صورت تصادفی از بین پنج مدرسه مقطع متوسطه دوم دانش‌آموزانی انتخاب شدند و از آنها آزمون پرسشنامه افسردگی بک^۱ (۱۹۹۶) گرفته شد. سپس از بین دانش‌آموزانی که در آزمون افسردگی بک نمره بالاتر از ۲۰ را دریافت کردند، سی نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و نخست از میان کسانی که مشتاق به همکاری بودند و فرم رضایت شرکت در پژوهش را مطالعه و امضا کرده بودند؛ به روش جایگزینی تصادفی ده نفر در گروه درمان شناختی رفتاری و ده نفر روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی و ده نفر در گروه کنترل قرار داده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: نمره بالاتر از ۲۰ در پرسشنامه افسردگی بک، نداشتن اختلال ناشی از مصرف مواد و بیماری پزشکی؛ همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از یک جلسه در گروه آزمایش و تمایل نداشتن شرکت در ادامه تحقیق بود. نیمرخ کیفیت زندگی: در نیمرخ کیفیت زندگی نمره‌ای 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- و نیمرخ این پرسشنامه بدین گونه 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 می‌باشد. نیمرخ رضایت مندی از زندگی کمک می‌کند تا کیفیت کلی زندگی فرد با

1. Beck

مشخص ساختن حیطه‌های خاص رضایت مندی و نارضایت مندی شرح داده شود که در پیوستار پرسشنامه کیفیت زندگی به دست آمده است. از نظر تجارب بالینی هر رتبه منفی رضایت مندی، حیطه خاصی از زندگی را نشان می‌دهد که فرد در آن زمینه می‌تواند درمان شود و رتبه‌های ۴- تا ۶- بیشترین توجه و فوریت را به خود اختصاص می‌دهد (فریش، ۲۰۰۶). گفتنی است با توجه به اینکه در یک دوره درمان نمی‌توان همزمان بر شانزده حوزه کیفیت زندگی پرداخت؛ بنابراین براساس ارزیابی از شرکت‌کنندگان در این پژوهش حوزه‌های عزت نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول و دارایی‌های مادی حوزه‌هایی بودند که بیشترین نیاز را به ارتقا داشتند که همان‌ها انتخاب شدند و مداخله متمرکز بر آنها انجام شد.

پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است و ۲۱ سؤال دارد که همه عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. در این پرسشنامه شدت افسردگی بر روی یک مقیاس از ۰-۳ درجه بندی می‌شود. نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای بین ۰-۶۳ دارد و امتیاز ۰-۱۳ افسردگی جزئی، ۱۴-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹-۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. مطالعات انجام شده بر ویرایش دوم این پرسشنامه، ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ را گزارش کردند (بک و همکاران، ۱۹۹۶)؛ همچنین دابسون^۱ و محمدخانی (۲۰۰۷) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب پایایی به شیوه بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ گزارش کردند. در پژوهش غرابی (۱۳۸۲) 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 بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود.

محتوای جلسات روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی

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

محتوای جلسات درمان شناختی

جلسه	محتوای درمان
جلسه اول	معرفی اعضای گروه، هدایت خودکار، شکل دهی به گروه، توضیح در مورد هدف CBT، تعیین اهداف درمان، شناسایی چگونگی تأثیر افکار بر احساسات، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، توضیح نقش افراد در درمان، توضیح در مورد درماندگی آموخته شده، تنظیم هیجان و سرسختی روان شناختی، انجام پیش‌آزمون، ارائه تکالیف.
جلسه دوم	مرور جلسه پیشین، عوامل راه‌انداز هیجانات منفی (عواطف، افراد، مکان‌ها و اشیاء)، آشنا کردن اعضا با انواع خاص فکر کردن، کار بر روی هیجانات و سرسخت بودن در مقابل هیجانات 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 تعریف‌های شناختی و تأثیرشان بر هیجانات، تعیین عوامل زمینه ساز درماندگی، روش‌های برنامه‌ریزی برای مقابله با هیجانات منفی مانند: توقف فکر، آموزش راهبردهایی 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 مشکل سازی 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 هیجانات و کاهش درماندگی، ارائه تکالیف خانگی، ارائه تکلیف.
جلسه پنجم	مرور تکالیف، مرور جلسه قبل، غنی‌سازی فعالیت‌های روزانه، تحلیل کارکردی تفکر هنگام هیجانی شدن، برنامه‌ریزی و پیش‌بینی وضعیت‌های افسرده‌ساز، راهکارهای عملی برای پر کردن اوقات مراجع در جهت کاهش افسردگی، توضیح درباره شناسایی تعریف‌های 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 مورد باورهای غیرمنطقی مرتبط با افسردگی و ارائه تکلیف درخصوص 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 سبب 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 پیشین و تثبیت تغییرات ایجاد شده فرم‌های ثبت افکار ناکارآمد و توضیح درخصوص پایان جلسه، ارائه تکنیک‌هایی برای ادامه و نگهداری روند بهبود، گرفتن پس‌آزمون، پایان جلسه.

یافته‌ها

پیش از پرداختن به تحلیل استنباطی یافته‌های پژوهش، آماره‌های مربوط به متغیرهای مورد بررسی ارائه شده است:

در این مطالعه جمعاً ۳۰ دانش‌آموز دوره متوسطه دوم در سه گروه ده 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
	روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی	۲۳/۷	۲/۱۱	۱۴/۷	۱/۰۵
	کنترل	۲۳	۲/۱۰	۲۲/۶	۲/۰۶

پیش از انجام تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون کالمنگروف-اسمیرنوف 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 همگنی واریانس گروه‌ها داشت ($p > 0/05$). جهت ارزیابی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام. باکس استفاده شد که نشان از همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته داشت. نتایج آزمون کرویت موچلی نیز نشان داد فرض همگنی کوواریانس گروه‌های مورد مطالعه نیز برقرار است؛ از این‌رو استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مانعی ندارد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی دانش‌آموزان در ادامه آمده است.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخشی مداخلات پس از حذف اثر پیش‌آزمون

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
پیش‌آزمون	۱۲/۷۹۲	۱	۱۲/۷۹۲	۶/۱۹۳	۰/۰۲	۰/۱۹۲
گروه	۳۷/۱۶۱	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 کوواریانس در جدول ۲ برمی‌آید، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنادار عامل بین‌آزمودنی‌ها یا همان گروه معنادار است $f(2, 26) = 949/89$ ، $(p > 0/000)$ ؛ به بیان دیگر بین نمرات پس‌آزمون افسردگی دانش‌آموزان گروه‌های مورد بررسی پس از حذف اثرهای پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته نشان می‌دهد دست‌کم یکی از مداخلات انجام شده، افسردگی دانش‌آموزان را به طور معناداری کاهش داده است، اما برای اینکه به روشنی مشخص شود تفاوت در بین کدام گروه‌ها سبب معناداری نتایج تحلیل کوواریانس شده، مقایسه 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 پس‌آزمون افسردگی

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
شناختی رفتاری/کنترل	-۶/۹۸	۰/۰۰۱
روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی/کنترل	-۸/۱۲۳	۰/۰۰۱
شناختی رفتاری/روان‌درمانگری اسلامی	۱/۱۴	۰/۲۶۸

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

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان شناختی رفتاری بر افسردگی نوجوانان افسرده بوده است. این نتایج به دست آمده نشان داد که هر دو مدل درمانی به طور معناداری موجب کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی روانشناختی در مرحله پس‌آزمون شدند. یافته‌های به دست آمده درباره اثربخشی روان‌درمانگری اسلامی 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 معناداری با گروه گواه تفاوت داشتند؛ اگرچه تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه آزمایش در متغیر افسردگی مشاهده نشد. نتایج به دست آمده پژوهش همسو با یافته‌های تحقیقات دیگر بود؛ از آن جمله: مطالعات فرجی‌وستگانی و سیفی‌گندمانی (۱۴۰۲)؛ سلامیان، حیدری و نوروزی (۱۴۰۲)؛ کجباف و همکاران

(۱۳۹۶)؛ نصیری و همکاران (۱۳۹۸)؛ پیرجاوید، تونزده و باقرزاده (۱۴۰۰)؛ نجارپور و همکاران (۱۳۹۹)؛ قنبری، تونزده و نجات (۲۰۲۰)؛ عراقیان و همکاران (۲۰۲۰)؛ ماروو و همکاران (۲۰۱۶)؛ بولیر و همکاران (۲۰۱۳) و اصغری پور و همکاران (۲۰۱۲). پس این نتایج نشان داد که روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی به اندازه درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی مؤثر است.

درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانه‌های شناختی، جسمانی و رفتاری اختلالات افسردگی از راه کاربرد روش‌های خاص شامل آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم، بازسازی شناختی، جلوگیری از پاسخ، حل مسئله، فهرست‌بندی فعالیت‌ها و آموزش مهارت‌های بین‌فردی متمرکز است؛ به‌طورکلی درمان شناختی رفتاری می‌کوشد افکار خودآیند منفی، طرحواره‌ها و فرآیندهای نادرست فکری بیماران افسرده شناسایی شود و به درکی جامع از ساختار شناختی فرد به شیوه‌های نوین تفکر دست یابد. فعال‌سازی رفتاری موج سوم با اثربخشی که بر روی افکار نشخوارشده و فعالیت‌های اجتنابی دارد، به افراد در بهبود حالت خلقی و روابط بین‌فردی کمک بسیاری می‌کند. فعالیت‌های اجتنابی که مادام بر آمیختگی شناختی فرد دامن می‌زنند و مانع حضور او در زمان حال می‌شوند؛ چنانچه ادامه این روند بر بهبود حال فرد اثر قابل‌توجهی نداشته باشد، اِعمال 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 (بهشتیان، تونزدهجانی و صفریان طوسی، ۱۳۹۸). در تبیین چگونگی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی باید گفت که با تشخیص باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد خود با کمک درمانگران دست به اصلاح و تغییر افکار ناکارآمد زده، و باورهای منطقی‌تر را جایگزین می‌کنند. هدف اصلی درمان شناختی رفتاری این است که با اصلاح شیوه تفکر و رفتار، احساسات منفی افراد را تغییر دهد و آنها را در مقابله با حوادث زندگی توانمند سازد.

از سوی دیگر، روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی نیز با تأکید بر مفاهیم کیفیت زندگی با هدف افزایش غنای درونی، بهزیستی روان‌شناختی و ارتقای رضایت از زندگی از مدل پنج‌راهه (CASIO) است. روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی بر مؤلفه‌هایی تأکید می‌کند که هر یک در افزایش احساسات مثبت و رضایت از زندگی نقش مؤثری دارد. رویکرد روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی با تأکید بر معنا و هدف در زندگی یاد گرفته‌اند

که زندگی ارزشمند و هدفمند می‌تواند بازتعریف شود و استانداردها و اولویت‌های جدیدی داشته باشد؛ همچنین این رویکرد بایدهای جدیدی را برای نوجوانان پدید آورده که موجب کاهش افسردگی و اضطراب آنها شده است. پس نوجوانان با ایجاد تعادل بین حوزه‌های ارزشمند زندگی که در حال حاضر وجود دارد و بایدها و استانداردهای جدید پدیدآمده و رشد همه ابعاد زندگی توانسته‌اند میزان کیفیت زندگی را افزایش و به دنبال آن میزان افسردگی و اضطراب آنها را کاهش دهند؛ همچنین نوجوانان با یادگیری حیطه‌های کیفیت زندگی چون سلامت جسمانی، عزت نفس، 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 کرده، و با دریافت بازخوردهای مثبت محیطی، عزت نفس بیشتری برای مواجهه با رویدادها در خود احساس می‌کنند که به طور غیرمستقیم افسردگی را نشانه گرفته‌اند و مانع از رشد و تداوم احساسات منفی از جمله ناامیدی، غم، بی‌لذتی و عزت نفس منفی می‌شود.

در حوزه عزت نفس آموزه‌های اسلامی برای نمونه اصل «واقعیت‌شناسی دنیا» این است که ما باید آنچه را بخواهیم که ممکن است و با اقتضائات زندگی هماهنگ می‌باشد. این امر همان راه واقعی کردن انتظارات و تکنیک «تنظیم نظام ارزیابی» می‌باشد که بر عاقبت اندیشی به جای حال اندیشی در ارزیابی رویدادها تأکید می‌شود.

در حوزه اهداف و ارزش‌ها نیز تکنیک‌های آموزه‌های اسلامی همچون تکنیک «اصل تنظیم رغبت» حالتی را برای فرد پدید می‌آورد که او را از نوسانات و تغییرات زندگی دنیا آزاد می‌کند و بدین جهت سلامت روان انسان به خطر نمی‌افتد. نتیجه این وضعیت دست یافتن به آسایش و کاستن از فشارهای روانی است. در حوزه پول و معیارهای زندگی نیز با استناد به آموزه‌های اسلامی و اصول و تکنیک‌هایی چون «اصلاح تفسیر از مالکیت» از قوانین زندگی تنظیم روزی است که براساس مصلحت انسان توسط خداوند متعال انجام می‌پذیرد و به عنوان تقدیر روزی از آن یاد می‌شود.

مداخله اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی، دیدگاهی کل‌نگر نسبت به انسان، زندگی، سلامتی و رضایتمندی از زندگی دارد و با تلفیق CBT، روان‌شناسی مثبت و درمان‌های مذهبی/معنوی به خوبی این نگاه فراگیر را نشان می‌دهد. این روش درمانی به گونه‌ای طراحی شده است که

از سویی با رویدادهای روزمره و بافت واقعی زندگی فرد سروکار دارد و از سوی دیگر تکنیک‌ها، اصول و تکالیف درمانی آن مستلزم درگیری شناختی و چالش‌های فکری جدی برای فرد است و از رهگذر همین چالش‌های شناختی به فرد کمک می‌کند ارزیابی شناختی خود را از میزان رضایت از زندگی بازنگری کند و در نتیجه عواطف مثبت و منفی نیز که با رضایت از زندگی یا همان کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی دارند، به تعادل نزدیک شوند و کاهش بیماری‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب را به همراه دارد (سیفی‌گندمانی و همکاران، ۱۳۹۴).

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

با توجه به آنکه جامعه آماری پژوهش حاضر را دانش‌آموزان تشکیل می‌دهند، بر این اساس تعمیم نتایج به جوامع دیگر نیز باید با احتیاط صورت گیرد. اعتبار هر پژوهشی منوط به گستردگی دامنه مورد تحقیق است، پس یکی از محدودیت‌های این پژوهش انجام آن در شهر بروجن بود که در تعمیم نتایج آن می‌بایستی احتیاط لازم صورت پذیرد.

در پایان به روان‌شناسان و به ویژه مشاوران مدارس پیشنهاد می‌شود که این دو روش را به عنوان مدل درمانی مؤثر (در پیشگیری و درمان) به کار برند و از آنها به صورت تلفیقی و ترکیبی نیز در درمان اختلالات روانی (به ویژه افسردگی) استفاده کنند.

در اینجا لازم است از همکاری و زحمات بی‌دریغ اداره آموزش و پرورش شهرستان بروجن و مدیران مدارس که امکان این پژوهش را فراهم آورده، و نیز دانش‌آموزان عزیزی که در این پژوهش شرکت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی شود.

منابع

۱. آخوندی یزدی، زهرا؛ غضنفری، احمد؛ شریفی، طیبه. (۱۴۰۲). «مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی زنان افسرده». تحقیقات علوم رفتاری. سال ۲۱. شماره ۴. صص: ۸۱۸-۸۲۹.
۲. اکبری، احمد؛ یوسف پور، نرگس؛ آهنگری، الهام؛ ثمری، علی اکبر. (۱۳۹۶). «بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده». پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره. سال هفتم. شماره ۱. صص: ۲۱-۳۷.

۳. بهشتیان، الهه؛ تونزده جانی، حسن؛ صفاریان طوسی، محمدرضا. (۱۳۹۸). «مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های و فعال‌سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر». فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی. سال دهم. شماره ۴. صص: ۱۰۱-۱۱۰.
۴. پورفرخ، مینا؛ کرمی‌نیا، رضا؛ احدی، حسن. (۱۳۹۶). «اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (CBT) گروهی بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان». مجله تحقیقات علوم رفتاری. سال پانزدهم. شماره ۲. صص: ۱۸۹-۱۹۷.
۵. پیرجوید، فاطمه؛ تونزده جانی، حسن؛ باقرزاده گل‌مکانی، زهرا. (۱۴۰۰). «مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودانتقادی و افسردگی مبتلایان به افسردگی اساسی». روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی. سال دوازدهم. شماره ۴۶. صص: ۵۳-۶۸.
۶. جباری، مهسا؛ شهیدی، شهریار؛ موتابی، فرشته. (۱۳۹۳). «اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان». مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی. سال بیستم. شماره ۴. صص: ۲۸۷-۲۹۶.
۷. حسینی‌نژاد، سیده‌ناهد؛ رضائیان فرجی، حمید. (۱۴۰۱). «اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب بستگان قربانیان بیماری کووید-۱۹». مطالعات روان‌شناختی. سال هجدهم. شماره ۲. صص: ۶۳-۷۶.
۸. درویشی، محدثه؛ زارعی، اقبال؛ حاج‌علیزاده، کبری. (۱۴۰۰). «اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و اضطراب جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه». مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. سال ۶۴. شماره ۵. صص: ۳۸۴۱-۳۸۵۲.
۹. زارعی‌پور، مرادعلی؛ زارعی‌پور، قربانعلی؛ علی‌نژاد، مهین؛ محرمی، فاطمه؛ عبدالکریمی، مهدی. (۱۳۹۸). «بررسی استرس، اضطراب، افسردگی و ارتباط آن با موفقیت تحصیلی در نوجوانان شهرستان سلماس». فصلنامه پرستاری کودکان. سال پنجم. شماره ۳. صص: ۶۱.
۱۰. سلامیان، سمانه؛ حیدری، مصطفی؛ نوروزی، اصغر. (۱۴۰۲). «مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره‌درمانی بر کاهش نشانگان افسردگی در افراد با سوء‌مصرف مواد مخدر». مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. سال ۶۶. شماره ۴.
۱۱. سیفی‌گندمانی، محمدیاسین؛ جان‌بزرگی، مسعود؛ علیپور، احمد؛ علی‌اکبری‌دهکردی، مهناز. (۱۳۹۴). «الگوی اسلامی روان‌درمانگری / آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی». فصلنامه روان‌شناسی و دین. سال نهم. شماره ۱. صص: ۵۱-۶۸.
۱۲. سیفی‌گندمانی، محمدیاسین؛ جان‌بزرگی، مسعود؛ علیپور، احمد؛ علی‌اکبری‌دهکردی، مهناز. (۱۳۹۴). «اثربخشی روان‌درمانگری اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و کیفیت زندگی دانشجویان (دختر و پسر) افسرده دانشگاه پیام نور استان چهارمحال و بختیاری». دوماهنامه طلوع بهداشت، سال پانزدهم. شماره ۱. صص: ۲۲۴-۲۳۹.
۱۳. غرایبی، بنفشه. (۱۳۸۲). «تعیین وضعیت‌های هویت و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان»، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انیستیتو روان‌پزشکی.
۱۴. فرجی‌وستگانی، حمیدرضا؛ سیفی‌گندمانی، محمدیاسین. (۱۴۰۲). «اثربخشی مداخله اسلامی اسلامی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان دبیرستانی (پسر) شهر بروجن». خانواده و پژوهش. سال بیستم. شماره ۲. صص: ۱۳۵-۱۵۱.
۱۵. فروش، محمد؛ جمشیدی، محمدعلی؛ داستانی، محبوبه؛ عبدالجباری، مرتضی؛ فروش، مجتبی. (۱۴۰۱). «اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری کلاسیک در افسردگی و خودپنداره و خداپنداره در مبتلایان به افسردگی». روان‌شناسی بالینی. سال چهاردهم. شماره ۱. صص: ۷۳-۸۶.
۱۶. کجیاف، محمدباقر؛ حسینی، فریبا؛ قمرانی، امیر؛ رازیان، نازنین. (۱۳۹۶). «مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل‌پریشانی، استرس، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سردرد تنشی». روان‌شناسی بالینی. سال نهم. شماره ۱. صص: ۱-۱۹.
۱۷. کیانیان موسوی، فرناز؛ مفاخری، عبدالله؛ محمدزاده‌ابراهیمی، علی. (۱۴۰۱). «مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان فعال‌سازی رفتاری بر درمان‌دگی آموخته‌شده و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای نشانه‌های افسردگی». دوماهنامه فیض. سال ۲۶. شماره ۲. صص: ۱۶۵، ۱۵۶.
۱۸. لیهی، رابرت. (۲۰۰۸). فنون شناخت درمانی، ترجمه لادن فتی؛ شیما شکیبیا؛ شهرزاد طهماسبی؛ حسین ناصری؛ کاوه

- ضیایی (۱۴۰۰). چاپ دوازدهم. تهران: داتژه.
۱۹. مدارا، فرهاد؛ ساروخانی، دیانا؛ ولی‌زاده، رضا؛ ساروخانی، ماندانا (۱۳۹۶). «بررسی میانگین نمره اضطراب در ایران: مرور سیستماتیک و متاآنالیز». مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام. سال ۲۵. شماره ۲. صص: ۱۸۱-۱۲۰.
۲۰. موتابی، فرشته؛ فتی، لادن. (۱۴۰۰). راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری. چاپ دهم. تهران: داتژه.
۲۱. نجارپوراستادی، سعید؛ اکبری، بهمن؛ خلعتبری، جواد؛ باباپور، جلیل. (۱۳۹۹). «مقایسه اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند». دست‌آورد‌های روان‌شناختی. سال ۲۷. شماره ۲. صص: ۴۸-۲۵.
۲۲. نجارپوراستادی، سعید؛ اکبری، بهمن؛ خلعتبری، جواد؛ باباپور، جلیل. (۱۴۰۰). «مقایسه اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر احساس تنهایی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند». پژوهش‌های نوین روان‌شناختی. سال شانزدهم. شماره ۶۲. صص: ۳۲-۴۵.
۲۳. نصیری تاکام، سید غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ طالع پسند، سیاوش؛ مکوند حسینی، شاه‌رخ. (۱۳۹۸). «مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی در نوجوانان با علائم افسردگی». پژوهش‌های مشاوره. سال هجدهم. شماره ۷۰. صص: ۱۰۵-۱۲۹.
۲۴. یوسفی، ناصر؛ محمدی، فاروق؛ عزیزی، آرمان؛ شمس، روفیا. (۱۳۹۸). «مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی بر افسردگی و کیفیت زندگی در زنان افسرده». فصلنامه روان‌شناسی بالینی. سال یازدهم. شماره ۳. صص: ۱۰۱-۱۱۲.
25. 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.
26. Araghian, Sh., Nejat, H., Touzandehjani, H. (2020). Bagherzadeh Golmakani Z. Comparing the effectiveness of quality of life therapy and compassion-focused therapy on the quality of interpersonal relationships and distress tolerance in women with marital conflict. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. May-Jun; 21(3):145-154. (in Persian)
27. Asgharipoor, N., Asgharnejad farid, A., Arshadi, H. & sahebi, A. (2012). A comparative study on the Effectiveness of positive psychotherapy and Group cognitive Behavioral therapy for the patients suffering from Major Depressive. (in Persian).
28. Axelsson, E., Hesser, H., Andersson, E., Lj tsson, 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.
29. 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.
30. Bolier, L. H., Merel, W., Gerben J, R., Heleen, S. F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies Bolier et al. *BMC Public Health*, 13(119), 3-20.
31. 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.
32. de Miranda, DM., da Silva Athanasio, B., de Sena Oliveira, AC. & Silva, AC. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *Int J Disaster Risk Reduct* 2020:101845.
33. 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.
34. Dobson, K. S. & Mohammadkhani, P. (2007). Psychometric properties of the BDI-II in a sample of patients with major depression disorder. *J Rehabilitation*, 8(2), 80-6.
35. Frisch, M. B. (2006). Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and

- cognitive therapy. John Wiley & Sons.
36. 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.
 37. Ghanbari, H., Touzandeh Jani, H. & Nejat, H. (2020). Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) and Quality of Life therapy (QOLT) on self-destructive behaviors and emotional cognitive regulation in substance abusers. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 22(1): 4755-. (in Persian).
 38. 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), 120310.2466 .1208-/pr0.1995.76.3c.12037480486.
 39. Hofmann, S. & Hayes, SC. (2018). *Process-based CBT: the science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
 40. Imran, N., Aamer, I., Sharif, MI., Bodla, ZH. & Naveed, S. (2020). Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. *Pak J Med Sci*, 36(5):1106. (in Persian)
 41. Kim, Y-K. & Han, K-M. (2021). Neural substrates for late-life depression: A selective review of structural neuroimaging studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*;104:110010.
 42. 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), 372380-.
 43. Leonidou, C. & Panayiotou, G. (2018). How do illness-anxious individuals process health-threatenin information? A systematic review of evidence for the cognitive-behavioral model. *Journal of Psychosomatic Research*, 111,(Augst) 100-115.
 44. Marrero, R. J., Carballeira, M., Martín, S., Mejías, M. & Hernández, J. A. (2016). Effectiveness of a positive psychology intervention combined with cognitive.
 45. Newman, BM. & Newman, PR. (2009). *Development through life: A psychological approach*. 3th ed. Stamford: Cengage Learning.
 46. Neff, K. D. & T th-Király, I. (2020). Self-Compassion Scale (SCS).
 47. Page, CE. & 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*. 390:26577-. doi: 10.1016/j.neuroscience.2018.08.030.
 48. Riemann, D., Krone, L. B., Wulff, K. & Nissen, C. (2020). Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*, 45(1), 74-89.
 49. Saurabh K, Ranjan S. Compliance and psychological impact of quarantine in children and adolescents due to Covid-19 pandemic. *Indian J Pediatr*, 87: 5326-.
 50. 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. *Front Public Health*, 9:32.
 51. Vasa, R. A., & Roy, A. K. (2013). *Pediatric anxiety disorders: a clinical guide* (Current Clinical Psychiatry) (1 Ed.). California: Humana Press.
 52. 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).

