

Research Paper

The Efficacy of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Psychological Well-being and Resilience of Students with Depressive Syndrome

Farzin Bagheri Sheykhangafshe^{*1} , Alireza Mohammadi Sangachin Doost² , Vahid Savabi Niri³ , Nasim Mojez⁴ ,
Zeynab Bourbour⁵ 

1. Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2. Ph.D. Student in Psychology and Education of Exceptional Children, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3. M.A. in Clinical Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

4. Ph.D. Student in General Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

5. M.A. in Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

Citation: Bagheri Sheykhangafshe F, Mohammadi Sangachin Doost A, Savabi Niri V, Mojez N, Bourbour Z. The efficacy of cognitive-behavioral group therapy on psychological well-being and resilience of students with depressive syndrome. J Child Ment Health. 2023; 10 (1):108-124.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1262-en.html>



doi:10.52547/jcmh.10.1.9
20.1001.1.24233552.1401.10.1.16.9

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Psychological well-being,
resilience,
depression,
cognitive-behavioral
group therapy,
students

Background and Purpose: Adolescents, because they are of sensitive ages, may undergo many psychological and physical changes that, if left unchecked, can lead to irreparable problems. In this regard, the present study was conducted to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the psychological well-being and resilience of students with depressive syndrome.

Method: The method of the present study was quasi-experimental and its design was pretest-posttest with a control group. The statistical population of the study included first-grade high school students in the second district of Rasht in the second semester of 2021-2022. The study sample consisted of 30 students who were selected using the available sampling method and randomly placed in experimental and control groups. The collection tools included Depression Inventory (Beck, 1996), Psychological Well-being (Ryff, 1989), and Resilience Questionnaire (Connor & Davidson, 2003). The experimental group received eight sessions of 90-minute cognitive-behavioral group therapy with Comfrey and Jacqueline (1995) but the control group did not receive any intervention. Finally, the data were analyzed by multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed that cognitive-behavioral therapy significantly increases autonomy (19.41), environmental mastery (57.46), personal growth (90.87), positive relations with others (64.23), and purpose in life. (51.53), self-acceptance (46.54) and resilience (76.01) Students with depressive syndrome ($P < 0.01$).

Conclusion: Based on the findings, it can be concluded that group cognitive-behavioral therapy with behavioral activation has been able to increase psychological well-being and resilience. Since depression can affect the academic performance of students, it is necessary to do early interventions in this field.

Received: 12 May 2022

Accepted: 18 June 2023

Available: 21 Jun 2023



* **Corresponding author:** Farzin Bagheri Sheykhangafshe, Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

E-mail: Farzinbagheri@modares.ac.ir

Tel: (+98) 2182880

2476-5740/ © 2023 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

Adolescence is associated with very profound physical, psychological, and social changes, which is known as a period of crisis, storm, tension, rebirth, and seeking identity (1). Depression is one of the most common psychological disorders caused during puberty and adolescence, which is characterized by a decrease in energy and interest, feelings of guilt, difficulties in concentration, loss of appetite, and thoughts of death and suicide (4). One of the best factors that can protect against depression is psychological well-being (8). According to the studies, psychological well-being is one of the most common variables that plays a significant role in improving the mental health of students (9). Another factor that can increase mental health during adolescence is resilience (19). Resilience is preparation and the potential ability to plan, recover and adapt successfully to unpleasant events (10-20). The resilience of a person's success in overcoming adverse situations increases self-efficacy and confidence in his ability to influence the environment (21-22).

Numerous researches (30-31) indicate that psychotherapeutic techniques have a significant effect in reducing the level of depression and anxiety of teenagers. Among the effective psychotherapeutic techniques is cognitive-behavioral therapy (30). This treatment is a combination of speech interventions and behavior change techniques, which includes helping people identify their false cognitions, testing the foundations of cognitions, and correcting distorted conceptualizations and dysfunctional beliefs that help the person. He is slow to change his ineffective behavior with distorted patterns (31-32). In this regard, the present study was conducted to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the psychological well-being and resilience of students with depression symptoms.

Method

The design of the current research was quasi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the research included depressed students of the first secondary school in the second district of Rasht City in the second semester of the academic year 2021-2022. After the implementation of the Beck depression questionnaire on 180 students, teenagers who scored higher than 22 in the depression questionnaire were selected as the final sample of the study. Among these people, 30 people were selected and randomly (in the form of a lottery) divided into an experimental group (n=15) and a control group (n=15).

To collect data, the standardized version of the Beck Depression Questionnaire (39, 38), Psychological Well-being Scale (41, 40), and Resilience Questionnaire (43, 42) were used. In this study, the experimental group received cognitive-behavioral therapy (44) in 8 sessions of 90 minutes with the researcher as a group, while the control group did not receive any intervention. In the end, data analysis was done with SPSS version 24 software using multivariate analysis of covariance.

Results

The mean and standard deviation of the age of experimental group students was 14.06 ± 7.58 years and control group students were 13.82 ± 6.39 years. The results of the chi-square test showed that the experimental and control groups did not differ significantly in terms of gender, educational level, and number of children (brothers and sisters) ($P > 0.005$). The mean and standard deviation of the pre-test-post-test scores of psychological well-being and resilience of students with depression syndromes in the experimental and control groups are presented in Table 1. Also, in this table, the results of the Shapiro-Wilk test (S-W) to check the normality of the distribution of variables in two groups are reported. According to this table, the Shapiro-Wilk statistic is not significant for all variables. Therefore, it can be concluded that the distribution of variables is normal ($P > 0.05$).

Table 1. Descriptive Indices of Study's Variables in Experimental and Control Groups

Variables		Groups	Mean	SD	S-W	P
Autonomy	Pre-test	Experimental Group	28.60	2.13	0.096	0.067
		Control Group	28.40	1.60	0.096	0.066
	Post-test	Experimental Group	31.13	3.07	0.097	0.058
		Control Group	28.60	2.72	0.091	0.161
Environmental mastery	Pre-test	Experimental Group	36.13	4.12	0.098	0.056
		Control Group	36.40	2.48	0.091	0.072
	Post-test	Experimental Group	39.06	2.54	0.095	0.074
		Control Group	36.07	1.88	0.091	0.097
Personal growth	Pre-test	Experimental Group	31.80	2.62	0.091	0.097
		Control Group	31.86	4.36	0.095	0.073
	Post-test	Experimental Group	35.33	4.16	0.090	0.171
		Control Group	31.46	1.75	0.095	0.071
Relationship	Pre-test	Experimental Group	34.46	2.27	0.097	0.059
		Control Group	34.66	4.35	0.094	0.078
	Post-test	Experimental Group	37.80	3.21	0.092	0.088
		Control Group	34.13	4.75	0.095	0.073
Purpose in life	Pre-test	Experimental Group	29.86	2.29	0.089	0.055

Self-acceptance	Post-test	Control Group	29.53	4.05	0.152	0.063
		Experimental Group	34.53	2.25	0.096	0.057
	Pre-test	Control Group	29.93	4.36	0.103	0.067
		Experimental Group	32.20	2.06	0.109	0.058
	Post-test	Control Group	34.40	1.54	0.085	0.052
		Experimental Group	36.40	2.65	0.075	0.059
Resilience	Pre-test	Control Group	32.53	4.85	0.175	0.086
		Experimental Group	62.13	3.21	0.163	0.085
	Post-test	Control Group	62.33	6.35	0.069	0.076
		Experimental Group	71.33	8.69	0.089	0.062
		Control Group	66.40	9.27	0.118	0.059

Before performing covariance analysis, the desired assumptions were checked and confirmed. The results of multivariate covariance analysis indicated the influence of the independent variable on the dependent variables ($p < 0.001$, $F = 76.18$, Wilks Lambda = 0.024). In other words, the experimental and control groups have a significant difference in at least one of the variables of psychological well-being and resilience, which according to the calculated effect size, 97% of the total variances of the experimental and control groups are due to the effect of the independent variable. Also, the statistical power of the test is equal to 1, which indicates the adequacy of the sample size. However, to determine in which areas, the difference is significant, the one-variable analysis of the covariance test was used in MANCOVA. The results indicated that the F statistic for autonomy (19/41), environmental mastery (57/46), personal growth (90/87), relationship (64/23), purpose in life (51/53), self-acceptance (46.54) and resilience (76.01) are significant at the 0.01 level. These findings indicate that the experimental group had a significant increase in these variables compared to the control group.

Conclusion

The present study was conducted to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the psychological well-being and resilience of students with depressive symptoms. The findings showed that cognitive behavioral therapy increased self-acceptance, personal growth, autonomy, relationships, environmental mastery, and purpose in life in students with depression syndrome. These results are in line with the studies of Jiang (15), Tejada-Gallardo et al. (16), and Pennell et al. (17) in terms of the important role of psychological well-being in reducing adolescent depressive symptoms. On the other hand, the obtained results indicated the role of cognitive behavioral therapy in increasing the resilience of adolescents with

depressive symptoms. These findings are consistent with the research of Ng et al. (27), Höltege et al. (28), and Eli et al. (29) in terms of the important role of resilience in reducing depressive symptoms in adolescents.

Based on the results of the current research, cognitive behavioral therapy by making a series of changes in people's cognition and also using methods such as daily recording of ineffective thoughts, sharing the experiences of group members, cognitive reconstruction, examining schemas and teaching problem solving and Self-esteem training led to an increase in the psychological well-being and resilience of the research participants who had depression symptoms. In a review study and meta-analysis, Keles et al. (31) examined the effectiveness of cognitive behavioral therapy on depression in adolescents. The studies also showed that cognitive behavioral therapy reduced depression in teenagers. Also, the evaluation of the follow-up periods indicated the long-term effectiveness of this treatment on people's mental health. Do et al. (32) investigated online cognitive behavioral therapy for depressed adolescents. The results showed that adolescents who received cognitive behavioral therapy had less depression, anxiety, and stress. Also, over time, they experienced a higher quality of life, self-respect, and happiness. Therefore, it is suggested that cognitive behavioral therapy is considered an efficient intervention to improve mental health and reduce depression in adolescents.

The statistical population of the present study was the students of the first secondary school of the second district of Rasht City in the second semester of the academic year 2021-2022. For this reason, caution should be observed in generalizing the results to other groups and regions. The impossibility of long-term follow-up of the program's effect using a follow-up test was also one of the other limitations. Based on this, it is suggested that this issue be taken into consideration in future research so that it is possible to examine the long-term effect of cognitive behavioral group therapy.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study was carried out independently and is not the result of a thesis or an approved research project. The following study was conducted with the permission of the Education Department of the second district of Rasht City with letter number 458/28130/4905 dated 1401/01/29 and with the full consent of the sample.

Funding: The current research was done without any financial support from any particular organization.

Authors 'contribution: In the present study, the first author participated in the writing and conceptualization of the article.

The second and third authors were involved in data collection and analysis. The fourth and fifth authors also helped in collecting the background, coordinating with the schools, and editing the article.

Conflicts of interest: Conducting this research has not resulted in any conflict of interest for the authors, and its results have been reported in a completely transparent and unbiased manner.

Acknowledgments: The authors would like to acknowledge and thank all the students, school officials, and people who helped the authors in conducting this research.

مقاله پژوهشی

اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان شناختی و تاب آوری دانش آموزان با نشانگان افسردگی

فرزین باقری شیخانگفته^{۱*}، علیرضا محمدی سنگاچین دوست^۲، وحید صوابی نیری^۳، نسیم معجز^۴، زینب بوربور^۵

۱. دانشجوی دکترای تخصصی روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. دانشجوی دکترای روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۴. دانشجوی دکترای روان شناسی عمومی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۵. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

بهزیستی روان شناختی،

تاب آوری،

افسردگی،

گروه درمانی شناختی-رفتاری،

دانش آموزان

زمینه و هدف: نوجوانان به علت اینکه در سنین حساسی هستند ممکن است از نظر روان شناختی و جسمانی دچار تغییرات زیادی شوند

که در صورت عدم توجه منجر به مشکلات غیرقابل جبرانی شود. در این راستا، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان شناختی و تاب آوری دانش آموزان با نشانگان افسردگی انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر شبه تجربی و طرح آن به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش آموزان با نشانگان افسردگی دوره متوسطه یکم ناحیه دوم شهر رشت در نیم سال دوم تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ دانش آموز که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جایدهی شدند. ابزار گردآوری شامل پرسشنامه افسردگی (بک، ۱۹۹۶)، بهزیستی روان شناختی (ریف، ۱۹۸۹) و پرسشنامه تاب آوری (کانر و داویدسون، ۲۰۰۳) بود. گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای گروه درمانی شناختی-رفتاری کمفیس و جاکوبین (۱۹۹۵) را دریافت کردند، ولی گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکردند. در پایان داده های به دست آمده با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.**یافته ها:** نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری به صورت معناداری موجب افزایش استقلال (۱۹/۴۱)، تسلط بر محیط (۵۷/۴۶)، رشد شخصی (۹۰/۸۷)، ارتباط مثبت با دیگران (۶۴/۲۳)، هدفمندی در زندگی (۵۱/۵۳)، پذیرش خود (۴۶/۵۴)، و تاب آوری (۷۶/۰۱) دانش آموزان با نشانگان افسردگی می شود ($P < 0/01$).**نتیجه گیری:** بر اساس یافته های به دست آمده می توان نتیجه گیری کرد که درمان شناختی-رفتاری گروهی با فعال سازی رفتاری توانسته است باعث افزایش بهزیستی روان شناختی و تاب آوری شود. از آنجایی که افسردگی می تواند عملکرد تحصیلی دانش آموزان را تحت تأثیر قرار دهد، لازم است مداخلات زودهنگام در این زمینه انجام شود.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۱/۲۲

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۳/۲۸

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۳/۳۱

* نویسنده مسئول: فرزین باقری شیخانگفته، دانشجوی دکترای تخصصی روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

رایانامه: Farzinbagheri@modares.ac.ir

تلفن: ۰۲۱-۸۲۸۸۰

مقدمه

دوران نوجوانی^۱ با تحولات بسیار عمیقی از نظر جسمانی، روانی، و اجتماعی همراه است که به عنوان دوران بحران، طوفان، تنش، زایش دوباره، و هویت‌طلبی شناخته می‌شود (۱). عدم تعادل و بی‌ثباتی عاطفی یکی از بارزترین ویژگی‌های دوره نوجوانی است و این درحالی‌است که بسیاری از آسیب‌های روانی در دوران بزرگسالی ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (۲). افسردگی^۲ یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی ایجاد شده در دوران بلوغ و نوجوانی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتیاهی، و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، و اشتها همراه است که به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی، و روابط بین فردی منجر می‌شود (۳ و ۴). تانگ و همکاران (۵) در یک مطالعه مروری شیوع افسردگی را در نوجوانان چینی ۲۴/۳ درصد گزارش کردند. معینی و همکاران (۶) با بررسی ۶۷۰ دانش‌آموزان ایرانی میزان افسردگی را در بین نوجوانان ۵۲/۶ درصد به‌دست آوردند که رقم‌های قابل توجهی است.

افسردگی بر روی بسیاری از عملکردهای تحصیلی، اجتماعی، بین‌فردی، و روان‌شناختی نوجوانان تأثیر می‌گذارد (۷). یکی از بهترین عواملی که می‌تواند نقش محافظت‌کننده در برابر افسردگی ایجاد کند، بهزیستی روان‌شناختی^۳ است (۸). بر اساس بررسی‌های انجام شده بهزیستی روان‌شناختی یکی از شایع‌ترین متغیرهایی است که نقش چشمگیری بر ارتقای سلامت روانی دانش‌آموزان ایفا می‌کند (۹). بهزیستی روان‌شناختی به عنوان رویارویی فرد با کشاکش‌های هستی‌شناختی^۴ و تلاش برای تحول شخصیت تعریف شده که بر اساس الگوی ریف از شش بعد یا مؤلفه پذیرش خود^۵، استقلال یا خودمختاری^۶، زندگی هدفمند^۷، ارتباط^۸، رشد شخصی^۹، و تسلط بر محیط^{۱۰} تشکیل شده است (۱۰ و ۱۱). طبق بررسی‌های انجام شده نوجوانانی که دارای سطوح بالایی از بهزیستی روان‌شناختی هستند، از افسردگی و اضطراب کمتری برخوردارند (۱۴)–

(۱۲). یافته‌های پژوهش جیانگ (۱۵) نشان داد نوجوانانی که دارای حرمت خود پایینی بودند، از وضعیت اقتصادی مناسبی برخوردار نبودند، و سابقه قربانی شدن را داشتند از افسردگی و اضطراب بالایی برخوردار بودند. در مقابل بهزیستی روان‌شناختی مطلوب حاکی از وضعیت اجتماعی، جسمانی، و روانی مناسب نوجوانان دارد که نقش چشمگیری در روند تحصیلی و آینده شغلی آنها ایفا می‌کند. نتایج یک مطالعه مروری (۱۶) حاکی از اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مثبت‌نگر بر کاهش افسردگی، اضطراب، و تنیدگی نوجوانان و افزایش بهزیستی روان‌شناختی آنها داشت. یافته‌های مطالعه پینل و همکاران (۱۷) مشخص کرد نوجوانانی که دارای اعتماد به خود و شادبستی بالایی بودند از بهزیستی روان‌شناختی بهتری برخوردار بودند.

تحول در نوجوانی به دلیل اثربخشی بر مراحل بعدی زندگی و نقشی که در بزرگسالی در زندگی فردی و اجتماعی فرد ایفا می‌کند حائز اهمیت است (۱۸). یکی دیگر از عواملی که می‌تواند موجب افزایش سلامت روانی در دوران نوجوانی شود، تاب‌آوری^{۱۱} است (۱۹). تاب‌آوری آمادگی و توانایی بالقوه برای برنامه‌ریزی، بازیابی، و سازش یافتگی موفقیت‌آمیز با وقایع ناخوشایند است (۲۰). تاب‌آوری فرایندی تحولی است و شکل‌گیری تاب‌آوری را می‌توان به عنوان یک فرایند تحولی در نظر گرفت، زیرا موفقیت در غلبه کردن بر موقعیت‌های ناگوار، خودکارآمدی و اعتماد به توانایی‌های خود را برای تأثیر گذاشتن در محیط افزایش می‌دهد (۲۱ و ۲۲).

پژوهش‌های انجام شده نشان داد نوجوانانی که دارای تاب‌آوری بالایی بودند از افسردگی، اضطراب، و سواس کمتری رنج می‌بردند (۲۳–۲۶). نتایج مطالعه انجی و همکاران (۲۷) نشان داد نوجوانانی که از سطوح بالایی از تاب‌آوری برخوردار بودند دارای افسردگی، اضطراب، و خشم کمتری بودند. در واقع تاب‌آوری باعث شد در شرایط سخت و تنش‌آور عملکرد بهتری از خود نشان دهند و دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مناسبی باشند. یافته‌های پژوهش هولتجی و همکاران (۲۸) مشخص کرد افرادی

1. Adolescence
2. Depression
3. Psychological Wellbeing
4. Ontological challenges
5. Self-acceptance
6. Independence or autonomy

7. Purpose in life
8. Relationship
9. Personal growth
10. Environmental mastery
11. Resilience

که در طی دوران نوجوانی خود حمایت دوستان و خانواده خود را دریافت می‌کنند از سطوح افسردگی پایین‌تری برخوردارند. همچنین نوجوانانی که دارای قدرت تاب‌آوری هستند، بهتر می‌توانند با شرایط مختلف کنار بیایند و بهترین عملکرد خود را به نمایش بگذارند. نتایج یک مطالعه (۲۹) حاکی از شیوع ۲۹ درصدی افسردگی در نوجوانان داشت. همچنین نوجوانانی که دارای رفتار مطلوب اجتماعی و تاب‌آوری بودند از سطح افسردگی کمتری برخوردار بودند.

بررسی‌های انجام شده مشخص کردند تکنیک‌های روان‌درمانی در کاهش سطح افسردگی و اضطراب نوجوانان از اثربخشی قابل ملاحظه‌ای برخوردار هستند. از جمله تکنیک‌های روان‌درمانی مؤثر، درمان شناختی-رفتاری^۱ است (۳۰). این درمان ترکیبی از مداخلات گفتاری و تکنیک‌های تغییر رفتار است که شامل کمک به افراد در شناسایی شناخت‌های غلط خود، آزمون مبانی شناخت‌ها، و تصحیح مفهوم‌سازی‌های تحریف شده و عقاید ناکارآمد است که به فرد کمک می‌کند با الگوهای تحریف شده، رفتار ناکارآمد خود را تغییر دهد (۳۱). تاکنون مطالعات گسترده‌ای در زمینه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اختلالات روان‌شناختی نوجوانان در خارج از کشور انجام شده است (۳۲ و ۳۳). نتایج پژوهش اسپوسیتو-سیمرس و همکاران (۳۴) نشان داد نوجوانانی که تحت درمان شناختی-رفتاری قرار گرفته بودند پس از گذشت جلسات درمانی، به مرور شدت افسردگی و اضطراب آنها کاهش چشمگیری داشت که در نتیجه موجب کاهش افکار خودکشی در افراد شد. یافته‌های مطالعه کیم و همکاران (۳۵) مشخص کرد نوجوانان گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون نمرات پایین‌تری در افسردگی و اضطراب کسب کردند که حاکی از اثربخشی معنادار درمان شناختی رفتاری بر میزان افسردگی و اضطراب نوجوانان داشت. همچنین نتایج مطالعات مروری چریست و همکاران (۳۶) نشان داد درمان شناختی رفتاری به عنوان بهترین درمان روان‌شناختی، به خوبی توانسته است موجب کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب در نوجوانان شود.

با توجه به اینکه دانش‌آموزان به علت شرایط جسمانی و اجتماعی خاصی که تجربه می‌کنند بیشتر از سایر افراد در خطر ابتلا به اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب، و تنش قرار دارند، عدم توجه

به مشکلات ایجاد شده برای نوجوانان می‌تواند پیامدهای غیرقابل جبرانی برای خانواده و جامعه به همراه داشته باشد. بدین منظور بررسی سلامت روانی نوجوانان در سنین مدرسه از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر، شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان با نشانگان افسردگی دوره متوسطه یکم ناحیه دوم شهر رشت در نیم سال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. پس از اجرای پرسشنامه افسردگی بک روی ۱۸۰ دانش‌آموز، نوجوانانی که نمرات بالاتر از ۲۲ در پرسشنامه افسردگی کسب کردند به عنوان نمونه نهایی پژوهش انتخاب شدند. از بین این افراد ۳۰ فرد انتخاب، و به صورت تصادفی (به شکل قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. حجم نمونه بر اساس نتایج نرم افزار G*Power (۳۷) و در نظر گرفتن نکات مطرح شده برای حجم نمونه در تحلیل کوواریانس تعیین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش برای والدین شامل تعلق به جامعه پژوهش، نبود مشکلات جسمانی گزارش شده (بررسی پرونده پزشکی)، علاقمندی به شرکت در مداخله، و رضایت شخصی کتبی بودند. همچنین، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش به عنوان ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان در نظر گرفته شدند. طبق بررسی‌های انجام شده میانگین و انحراف معیار سنی دانش‌آموزان گروه آزمایش $14/06 \pm 7/58$ سال و دانش‌آموزان گروه گواه $13/82 \pm 6/39$ سال بود؛ ۲۵ درصد از آنها در رشته علوم انسانی، ۶۰ درصد در رشته علوم تجربی، و ۱۵ درصد در رشته ریاضی بودند. همچنین ۷۰ درصد از آنها مجرد بودند.

ب) ابزار

۱. پرسشنامه افسردگی بک^۲: پرسشنامه افسردگی بک از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای ارزیابی حالات افسردگی است که درجات

1. Cognitive-behavioral therapy

2. Beck Depression Inventory

مختلفی از افسردگی از خفیف تا شدید را تعیین و علایم جسمانی، رفتاری، و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. روش نمره‌گذاری گویه‌ها ۰ تا ۳ و دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ قرار دارد. در این مقیاس نمرات ۰ تا ۹ نشان دهنده بهنجار بودن، ۱۰ تا ۱۹ میزان افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۹ سطح افسردگی متوسط، و نمره ۳۰ به بالا، نشان دهنده افسردگی شدید است (۳۸). بک، استری و برون اعتبار این آزمون را ۰/۹۶، ثبات درونی را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶، و ضریب آلفای کرونباخ را برای بیماران ۰/۸۶ و غیر بیماران ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (۳۸). در کشور ایران دابسون و محمدخانی ضریب آلفای پرسشنامه افسردگی بک را ۰/۹۳ برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین نتایج حاصل از تحلیل عاملی، سنجش اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک-۲، حکایت از شاخص‌های روانسنجی مناسب این ابزار دارد (۳۹). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد و روایی صوری پرسشنامه به صورت کیفی با نظرخواهی از متخصصان، مورد تأیید قرار گرفت.

۲. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی^۱: این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی شده است. مقیاس اصلی بهزیستی روان‌شناختی ریف از ۱۲۰ گویه‌ها ۶ عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، و پذیرش خود تشکیل شده است که نسخه‌های کوتاه‌تر ۸۴ گویه‌ای (۱۴ گویه برای هر عامل)، ۵۴ گویه‌ای (۹ گویه برای هر عامل)، ۴۲ گویه‌ای (۷ گویه برای هر عامل) و ۱۸ گویه‌ای (۳ گویه برای هر عامل) آن هم در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد (۴۰). فرم ۵۴ گویه‌ای مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، ۵۴ گویه و ۶ عامل را شامل می‌شود که به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم پاسخدهی و نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات برای هر گویه بین ۱ تا ۵۴ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی مطلوب است. در کشور ایران نیز مقدار ضریب آلفای کرونباخ را برای ۶ عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، و پذیرش خود به ترتیب

۰/۷۵، ۷۴، ۰/۷۸، ۰/۸۰، ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است (۴۱). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و ۶ عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۲، ۰/۷۶، ۰/۷۳، ۰/۷۵، ۰/۵۲ و ۰/۵۱ به دست آمد و روایی صوری پرسشنامه به صورت کیفی با نظرخواهی از متخصصان، مورد تأیید قرار گرفت.

۳. پرسشنامه تاب‌آوری^۲: کانر و داویدسون (۴۲) به منظور سنجش توانایی کنار آمدن با تنش، مقیاس تاب‌آوری را در سال ۲۰۰۳ طراحی کردند. مقیاس تاب‌آوری کانر-داویدسون متشکل از ۲۵ گویه است که بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (۰ تا ۴) پاسخ‌دهی و نمره‌گذاری می‌شود (۴۲). دامنه نمرات در این مقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ است که نمرات بیشتر در این مقیاس بیانگر سطوح بالاتر تاب‌آوری است. در مطالعه کانر و داویدسون (۴۲) میانگین و انحراف استاندارد مقیاس برای افراد بهنجار ۸۰/۴ و ۱۲/۸ به دست آمد. کانر و داویدسون (۴۲) مشخصه‌های آماری مقیاس را مطلوب گزارش دادند. نتایج مقایسات زوجی^۳ حاکی از تفاوت معنادار بین نمرات گروه بهنجار در مقایسه با نمرات گروه‌های دیگر (گروه اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، گروه مراقبت پزشکی) بود. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ و همبستگی‌های بین گویه-کل^۴ بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۰ به دست آمد. نتایج پایایی بازآزمایی در گروه افراد دارای اختلال اضطراب تعمیم‌یافته و اختلال تنیدگی پس از سانحه، حاکی از ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای^۵ مناسب مقیاس تاب‌آوری بود (۰/۸۷). همچنین همبستگی مثبت مقیاس تاب‌آوری با سنجش سرسختی کوباسا^۶ و همبستگی منفی مقیاس تاب‌آوری با مقیاس آسیب‌پذیری تنش شیهان^۷ تأیید کننده روایی همگرایی مقیاس تاب‌آوری بود. در مطالعه دیگر (۴۳) همسانی درونی گویه‌ها برای کل پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شد. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد و روایی صوری پرسشنامه به صورت کیفی با نظرخواهی از متخصصان، مورد تأیید قرار گرفت.

1. Psychological Wellbeing Scale
2. Resilience Questionnaire
3. Pairwise Comparison
4. Item-total correlations

5. Interclass correlation coefficient
6. Kobasa hardiness measure
7. Sheehan stress vulnerability scale

ج) برنامه مداخله ای: درمان شناختی رفتاری با ایجاد یکسری تغییرات در شناخت افراد و همچنین بهره گیری از روش هایی همچون ثبت روزانه افکار ناکارآمد، به اشتراک گذاشتن تجربه های اعضای گروه، بازسازی شناختی، بررسی روان بنه ها و آموزش حل مسئله و تمرین حرمت

خود منجر به تغییرات اساسی شناختی و رفتاری در افراد می شود (۴۴). خلاصه برنامه مداخله ای به کار گرفته شده در این پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات مداخله درمان شناختی-رفتاری براساس پروتکل درمانی کمفیس و جاکوبین (۴۴)

جلسه	شرح مختصر	تکالیف خانگی
یکم	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فرصت برای شناخت بیشتر اعضای گروه از یکدیگر، ارزیابی سطح افسردگی، توضیحی درباره کاربرگ ها و پرسشنامه ها و چگونگی تکمیل آنها، منطبق درمان شناختی رفتاری، تعیین هدف های درمان.	ارائه یک جزوه از مدل شناختی رفتاری افسردگی برای مطالعه در منزل.
دوم	مرور مفاهیم قبلی، اهمیت کندوکاو در شناخت ها و چگونگی ارتباط آن با احساسات، تفاوت نوعی تفکر افراد افسرده و غیر افسرده و انواع افکار ناکارآمد بیان شد. توصیف احساس خوب و بد در زمان های خاص از طرف اعضای گروه و تلاش درمانگر برای نشان دادن ارتباط بین هیجانات و افکار افراد، استفاده از تکنیک های آرام سازی خود، توزیع فرم ثبت روزانه افکار ناکارآمد و توضیح چگونگی استفاده از آن، تشویق اعضای گروه به تجربه فعالیت های لذت بخش.	نامه ای به گروه، راجع به افسردگی شان بنویسند. آنها می توانند به تغییراتی اشاره کنند که افسردگی در زندگی آنها ایجاد کرده و تأییراتی که بر آن داشته است. ثبت تجربه فعالیت های لذت بخش در کاربرگ مخصوص.
سوم	به اشتراک گذاشتن تجربه های اعضای گروه و بازخوردهای آنها از رویدادهای لذت بخش در هفته گذشته و توضیح اعضا درباره تأثیرات استفاده از تکنیک های آرام سازی و کمک به اعضا تا درستی افکارشان را بررسی و مشخص کنند و افکار چگونه بر احساساتشان تأثیر می گذارند. شرکت کنندگان، تجارشان را در رابطه با پایش خود با اعضای گروه به اشتراک می گذارند.	برکردن فرم ثبت افکار ناکارآمد و استفاده از جزوه پرسش های جدلی به منظور بازسازی شناختی
چهارم	ثبت روزانه افکار ناکارآمد اعضای گروه به اشتراک گذاشته می شود و گروه به بازسازی آنها کمک می کند. درمانگر کار مداخله ای مناسب هر کس را تعیین می کند و شرح می دهد که افسردگی دو نفر شبیه هم نیست. بررسی مشکلات مربوط به وابستگی و ارتباط، آموزش حل مسئله و تمرین حرمت خود	تمرین ابراز وجود و رفتار قاطعانه، بیان تأثیرات آنها به همراه تکمیل جدول ثبت افکار ناکارآمد؛ تنظیم نامه به شخصی که تأثیر مهمی در نگریشان نسبت به خود داشته است.
پنجم	تکالیف مربوط به بازسازی شناختی مرور می شود؛ نامه های نوشته شده خوانده می شود؛ درمانگر، مدل شناختی- رفتاری را مجدداً توضیح و نقش روان بنه ها را در افسردگی شرح می دهد.	نوشتن نامه به شخص کلیدی که دارای نقش مؤثری در شکل گیری روان بنه ها بوده است. برکردن فرم ثبت افکار ناکارآمد و به کشاکش کشیدن آنها.
ششم	مرور تکالیف خانگی، اعضای گروه به همدیگر در کشاکش کشیدن افکار ناکارآمدشان کمک می کنند. آموزش روان- بنه ها از طرف درمانگر ادامه می یابد. به گروه توضیح داده می شود یکی از اهداف گروه، حذف روان بنه های ناسالم است، اما تکمیل این فرایند مستلزم زمان است.	شناسایی روان بنه ها و ادامه پرکردن فرم ثبت افکار ناکارآمد و به کشاکش کشیدن آنها.
هفتم	به کشاکش کشیدن افکار ناکارآمد اعضای گروه به صورت جفتی با توجه به تکالیف خانگی انجام شده، چگونگی اصلاح روان بنه ها مرور می شود. برنامه هایی برای تضعیف روان بنه ها با کمک اعضای گروه طراحی می شوند.	ثبت افکار ناکارآمد و به کشاکش کشیدن این افکار و روان بنه های مربوط.
هشتم	کمک به گروه برای یادآوری و مرور مواد اصلی مطرح شده در طول جلسات. توضیحاتی درباره ادامه کار درمانی با توجه به هدف های بیان شده به گروه داده می شود. همین طور احساس اعضای گروه درباره پایان یافتن جلسات درمانی بررسی می شود.	توصیه به ادامه روند آرام سازی، ارزیابی مداوم سطح افسردگی، خلق رویدادهای لذت بخش، افزایش آگاهی نسبت به رویدادهای تنش آور و به کشاکش کشیدن افکار ناکارآمد.

د) روش اجرا: پس از هماهنگی ها و اخذ مجوز از سازمان آموزش و پرورش ناحیه دو شهر رشت، با مراجعه به مدارس دوره متوسطه یکم منطقه آموزش و پرورش، ۳۰ دانش آموز با استفاده از روش نمونه گیری

در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. در ابتدا توضیحاتی کلی به افراد داده شد و پس از و اخذ رضایت از آنها، شرکت کنندگان وارد پژوهش شدند. پژوهشگران

جدول ۲: مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی گروه های مداخله و گواه

متغیرها	سطوح	آزمایش تعداد (درصد)	گواه تعداد (درصد)	مقدار P
تعداد فرزند	۰	۷ (۴۶/۶)	۶ (۴۰)	۰/۲۹۵
	۱	۵ (۳۸/۴)	۳ (۲۰)	
	۲	۳ (۲۰)	۶ (۴۰)	
جنس	پسر	۷ (۴۶/۷)	۸ (۵۳/۳)	۰/۴۸۳
	دختر	۸ (۵۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	
مقطع تحصیلی	۷	۵ (۳۳/۴)	۴ (۲۶/۶)	۰/۲۰۵
	۸	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۷)	
	۹	۴ (۲۶/۶)	۴ (۲۶/۶)	

آزمون مجذور کای، $P < ۰/۰۵$ اختلاف معنادار

درمان شناختی-رفتاری را طی ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه) ۹۰ دقیقه گروهی در یکی از کلاس های مدرسه ارائه کردند (در دامنه زمانی حداکثر ۳ ماه). در جدول ۱، شرح مختصر محتوای جلسات مداخله ارائه شده است. همچنین به منظور رعایت نکات اخلاقی، به والدین اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت. در پایان مطالعه، توضیحات کامل تری در مورد موضوع، روش و اهداف پژوهش به نوجوانان و والدین ارائه شد. لازم به ذکر است که پس از اتمام کامل مطالعه، به منظور رعایت اصول اخلاقی، گروه گواه نیز همچون گروه آزمایش مداخله را دریافت کردند. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره واری و تحلیل شد.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سنی دانش آموزان گروه آزمایش $۱۴/۰۶ \pm ۷/۵۸$ سال و دانش آموزان گروه گواه $۱۳/۸۲ \pm ۶/۳۹$ سال بود. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که گروه های آزمایش و گواه از نظر جنس، مقطع تحصیلی و تعداد فرزند (برادر و خواهر) تفاوت معناداری نداشتند (جدول ۲).

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون-پس آزمون بهزیستی روان شناختی و تاب آوری دانش آموزان با نشانگان افسردگی در گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنادار نیست. بنابراین می توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۳: شاخص های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	P
استقلال	پیش آزمون	آزمایش	۲۸/۶۰	۲/۱۳	۰/۰۹۶	۰/۰۶۷
		گواه	۲۸/۴۰	۱/۶۰	۰/۰۹۶	۰/۰۶۶
	پس آزمون	آزمایش	۳۱/۱۳	۳/۰۷	۰/۰۹۷	۰/۰۵۸
		گواه	۲۸/۶۰	۲/۷۲	۰/۰۹۱	۰/۱۶۱
تسلط بر محیط	پیش آزمون	آزمایش	۳۶/۱۳	۴/۱۲	۰/۰۹۸	۰/۰۵۶
		گواه	۳۶/۴۰	۲/۴۸	۰/۰۹۱	۰/۰۷۲
	پس آزمون	آزمایش	۳۹/۰۶	۲/۵۴	۰/۰۹۵	۰/۰۷۴
		گواه	۳۶/۰۷	۱/۸۸	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
رشد شخصی	پیش آزمون	آزمایش	۳۱/۸۰	۲/۶۲	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
		گواه	۳۱/۸۶	۴/۳۶	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
	پس آزمون	آزمایش	۳۵/۳۳	۴/۱۶	۰/۰۹۰	۰/۱۷۱
		گواه	۳۱/۴۶	۱/۷۵	۰/۰۹۵	۰/۰۷۱
ارتباط مثبت با دیگران	پیش آزمون	آزمایش	۳۴/۴۶	۲/۲۷	۰/۰۹۷	۰/۰۵۹
		گواه	۳۴/۶۶	۴/۳۵	۰/۰۹۴	۰/۰۷۸
	پس آزمون	آزمایش	۳۷/۸۰	۳/۲۱	۰/۰۹۲	۰/۰۸۸
		گواه	۳۴/۱۳	۴/۷۵	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳

هدفمندی در زندگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۹/۸۶	۲/۲۹	۰/۰۸۹	۰/۰۵۵
	گواه	گواه	۲۹/۵۳	۴/۰۵	۰/۱۵۲	۰/۰۶۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۴/۵۳	۲/۲۵	۰/۰۹۶	۰/۰۵۷
	گواه	گواه	۲۹/۹۳	۴/۳۶	۰/۱۰۳	۰/۰۶۷
پذیرش خود	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۲/۲۰	۲/۰۶	۰/۱۰۹	۰/۵۸
	گواه	گواه	۳۲/۴۰	۱/۵۴	۰/۰۸۵	۰/۰۵۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۶/۴۰	۲/۶۵	۰/۰۷۵	۰/۰۵۹
	گواه	گواه	۳۲/۵۳	۴/۸۵	۰/۱۷۵	۰/۰۸۶
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	آزمایش	۶۲/۱۳	۳/۲۱	۰/۱۶۳	۰/۰۸۵
	گواه	گواه	۶۲/۳۳	۶/۳۵	۰/۰۶۹	۰/۰۷۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۷۱/۳۳	۸/۶۹	۰/۰۸۹	۰/۰۶۲
	گواه	گواه	۶۶/۴۰	۹/۲۷	۰/۱۱۸	۰/۰۵۹

برای بررسی اثربخشی در مان شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری دانش‌آموزان با نشانگان افسردگی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس بهزیستی روان‌شناختی ($F_{1,28}=2/307, p=0/075 > 0/05$)، و تاب‌آوری ($F_{1,28}=1/687, p=0/207 > 0/05$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ($Box=31/24, F=1/83, p=0/745 > 0/05$). میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است، در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری نشان

داد که رابطه بین آنها معنادار است ($\chi^2=60/193, df=27, p<0/05$). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۷۳	۷۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۲۷	۷۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
آزمون اثر هتلینگ	۳۵/۵۵۲	۷۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۳۵/۵۵۲	۷۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱

با توجه به جدول ۴، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری تفاوت معناداری دارند که

با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۹۷ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای

تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک‌متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	خطای مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	خطای میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
استقلال	۳۶/۷۰۴	۳۹/۶۹	۱	۳۶/۷۰۴	۱/۸۹	۱۹/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸
تسلط بر محیط	۸۳/۴۶۹	۳۱/۶۰	۱	۸۳/۴۶۹	۱/۵۰	۵۷/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳
رشد شخصی	۱۱۰/۸۹۸	۲۵/۶۲	۱	۱۱۰/۸۹۸	۱/۲۲	۹۰/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱
ارتباط مثبت با دیگران	۱۰۳/۷۹۱	۳۳/۹۳	۱	۱۰۳/۷۹۱	۱/۶۱	۶۴/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵
هدفمندی در زندگی	۱۳۲/۲۸۴	۵۳/۹۰	۱	۱۳۲/۲۸۴	۲/۵۶	۵۱/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱
پذیرش خود	۱۲۱/۳۷۹	۵۴/۷۶	۱	۱۲۱/۳۷۹	۲/۶۰	۴۶/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸
تاب‌آوری	۶۲۱/۶۱۳	۱۷۱/۷۵	۱	۶۲۱/۶۱۳	۸/۱۷	۷۶/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸

با توجه به مندرجات جدول ۵، آماره F برای استقلال (۱۹/۴۱)، تسلط بر محیط (۵۷/۴۶)، رشد شخصی (۹۰/۸۷)، ارتباط مثبت با دیگران (۶۴/۲۳)، هدفمندی در زندگی (۵۱/۵۳)، پذیرش خود (۴۶/۵۴)، و تاب‌آوری (۷۶/۰۱) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۴۸ درصد از استقلال، ۷۳ درصد از تسلط بر محیط، ۸۱ درصد از رشد شخصی، ۷۵ درصد از ارتباط مثبت با دیگران، ۷۱ درصد از هدفمندی در زندگی، ۶۸ درصد از پذیرش خود، و ۷۸ درصد از تاب‌آوری ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که درمان شناختی-رفتاری به طور معناداری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در دانش‌آموزان با نشانگان افسردگی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری دانش‌آموزان با نشانگان افسردگی انجام شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد درمان شناختی رفتاری موجب افزایش استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، و پذیرش خود در نوجوانان با نشانگان افسردگی شد. این نتایج با مطالعات جیانگ (۱۵)، تجادا-گالاردو و همکاران (۱۶) و پینل و همکاران (۱۷) از نظر نقش مهم بهزیستی روان‌شناختی در کاهش

نشانگان افسردگی نوجوانان در یک راستا قرار دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان داشت درمان شناختی-رفتاری با تغییراتی که در شناخت و افکار فرد ایجاد می‌کند، باعث می‌شود نوجوان بهزیستی روان‌شناختی بالاتری را تجربه کنند (۹-۱۱). مفهوم بهزیستی یا سلامت روانی مثبت در روان‌شناسی مثبت‌گرا از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و رابطه مثبت با تعیین اهداف و ویژگی‌های شخصیتی در بزرگسالی دارد (۱۵). با توجه به اینکه سازه‌های اساسی روان‌شناسی مثبت از جمله امید، حرمت خود، خوش‌بینی، خودکارآمدی و معنویت که می‌توانند پیش‌بین‌های قوی بهزیستی باشند (۱۴) و در برنامه‌های آموزشی تحول مثبت نوجوانی گنجانده شده‌اند شرکت در این برنامه‌ها شرایطی را فراهم می‌سازد تا نوجوانان، هدفمند و با سلامت افزون‌تر، این مرحله را طی کنند و به بزرگسالی ایده‌آلی برسند (۱۰).

بر این اساس می‌توان انتظار داشت نوجوانانی که دارای بهزیستی روان‌شناختی بالایی هستند، بهتر می‌توانند با دیگران ارتباط داشته باشند، عملکرد تحصیلی بهتری را تجربه کنند، و از کیفیت زندگی مطلوبی لذت ببرند (۱۲). در همین زمینه، رافائل و پائول (۱۲) در پژوهشی به بررسی نقش محیط خانه در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی و پریشانی روانی نوجوانان پرداختند. یافته‌های به دست آمده مشخص کرد نوجوانانی که در محیط خانه دارای آرامش هستند و توجه خوبی از والدین خود دریافت می‌کنند از سطح بهزیستی روان‌شناختی بالایی برخوردارند. در مقابل

زندگی در خانه‌ای که والدین، حضور فعال ندارند و نسبت به فرزندان خود بی‌توجه هستند، موجب افزایش افسردگی و اضطراب در نوجوانان می‌شود. در مطالعه‌ای دیگر دهیر و همکاران (۱۳) استفاده از شبکه‌های اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی، اضطراب و خستگی را در نوجوانان مورد بررسی قرار دادند. نتایج به‌دست آمده حاکی از ارتباط اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی با پریشانی روان‌شناختی نوجوانان داشت. بسیاری از افراد به علت ترس از دست دادن اینترنت دچار افسردگی و اضطراب بالایی می‌شدند. در مقابل اعتیاد به اینترنت موجب کاهش بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان شد که این موارد، کاهش عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان را به همراه داشت. هولوپاین و همکاران (۱۴) در پژوهشی به بررسی نقش شایستگی اجتماعی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان پرداختند. بررسی‌های انجام شده حاکی از همبستگی مثبت شایستگی اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان داشت. افراد دارای بهزیستی روان‌شناختی عملکرد تحصیلی بهتری داشتند و از سطح تکانشگری پایین‌تری برخوردار بودند.

از سویی دیگر نتایج به‌دست آمده حاکی از نقش درمان شناختی رفتاری در افزایش تاب‌آوری نوجوانان با نشانگان افسردگی داشت. این یافته با پژوهش‌های انجی و همکاران (۲۷)، هولتجی و همکاران (۲۸) و الی و همکاران (۲۹) از نظر نقش مهم تاب‌آوری در کاهش نشانگان افسردگی نوجوانان همسو است. در دوران نوجوانی ممکن است بنا به دلایل مختلفی از جمله تکامل جسمی و جنسی، احساسات افراطی، جستجوی هویت، ترس از مسئولیت‌پذیری، دلهره ورود به دانشگاه یا انتخاب مشاغل، و برخی مسائل دیگر تحت فشارهای روانی زیادی قرار گرفته و به شدت در معرض آسیب روانی باشند (۲۵). در حقیقت عدم سلامت روانی از پیشرفت فرد و همچنین توانایی انجام اعمال و وظایفی که بر عهده دارد جلوگیری کرده و خود می‌تواند سلامت جامعه را مختل و به عواقب نامطلوب بعدی منجر شود (۲۰). با تمامی مشکلات و تنش‌هایی که دوران بلوغ ممکن است برای نوجوانان و دانش‌آموزان به همراه داشته باشد، سطوح بالایی از تاب‌آوری می‌تواند باعث شود فرد نسبت به شرایط محیطی انعطاف‌پذیری بهتری از خود نشان دهد (۱۹-۱۶). هجیمدال و همکاران (۲۳) در پژوهشی نقش تاب‌آوری در پیش‌بینی نشانگان افسردگی نوجوانان را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های به‌دست

آمده مشخص کرد افرادی که دارای سطوح بالایی از تاب‌آوری بودند از افسردگی کمی رنج می‌بردند که موجب افزایش سلامت روانی و جسمانی در آنها می‌شد. مولجورد و همکاران (۲۴) در مطالعه‌ای به بررسی ارتباط فعالیت بدنی، تاب‌آوری، و افسردگی در نوجوانان پرداختند. نتایج به‌دست آمده نشان داد دانش‌آموزانی که دارای سطوح بالایی از تاب‌آوری و فعالیت بدنی بودند از میزان افسردگی کمتری برخوردار بودند که موجب افزایش عملکرد تحصیلی در آنها شد. آسکلند و همکاران (۲۵) در پژوهشی به بررسی نقش رویدادهای مهم‌زندگی و تاب‌آوری در نشانگان افسردگی نوجوانان پرداختند. یافته‌های به‌دست آمده مشخص کرد رویدادهای منفی زندگی مانند طلاق والدین، فوت والدین، از دست دادن دوستان، و فقر موجب تشدید نشانگان افسردگی در افراد می‌شود. در مقابل تاب‌آوری، حرمت خود، انعطاف‌پذیری شناختی، و حمایت اجتماعی موجب افزایش سلامت روانی در نوجوانان می‌شود. وی و همکاران (۲۶) در پژوهشی به بررسی ارتباط ترومای دوران کودکی با افسردگی و تاب‌آوری نوجوانان پرداختند. نتایج به‌دست آمده نشان داد شدت افسردگی در دختران دارای ترومای کودکی شدیدتر از پسران است. از سویی دیگر داشتن تاب‌آوری موجب تعدیل افسردگی، تروما و شدت علائم در نوجوانان آسیب‌دیده می‌شود.

در مجموع باید اذعان داشت که بر طبق نتایج پژوهش حاضر، درمان شناختی رفتاری با ایجاد تغییراتی در شناخت افراد و همچنین بهره‌گیری از روش‌هایی همچون ثبت روزانه افکار ناکارآمد، به اشتراک گذاشتن تجربه‌های اعضای گروه، بازسازی شناختی، بررسی روان‌بنه‌ها و آموزش حل مسئله، و تمرین حرمت خود به افزایش بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری شرکت‌کنندگان پژوهش که دارای نشانگان افسردگی بودند، منجر شد. کیلس و همکاران (۳۱) در مطالعه‌ای مروری و فراتحلیل به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان افسردگی نوجوانان پرداختند. بررسی‌های انجام شده نیز نشان داد درمان شناختی رفتاری موجب کاهش افسردگی در نوجوانان شد. همچنین ارزیابی دوره‌های پیگیری نیز حاکی از اثربخشی بلندمدت این درمان بر روی سلامت روانی افراد داشت. همچنین دو و همکاران (۳۲) در پژوهشی درمان شناختی رفتاری آنلاین را برای نوجوانان افسرده مورد بررسی قرار دادند. نتایج به‌دست آمده مشخص کرد نوجوانانی که درمان شناختی رفتاری را

روان و شاخص‌های مهم روان‌شناختی دانش‌آموزان دوره متوسطه، از استلزامات کاربردی نتایج این پژوهش به حساب می‌آید.

ملاحظات اخلاقی

پیروری از اصول اخلاق پژوهش: این مطالعه به صورت مستقل اجرا شده است و حاصل پایان‌نامه و طرح پژوهشی مصوب نیست. مطالعه پیش‌رو با مجوز اداره آموزش و پرورش ناحیه دوم شهر رشت با شماره نامه ۴۹۰۵/۲۸۱۳۰/۴۵۸ مورخه ۱۴۰۱/۰۱/۲۹ و با رضایت کامل افراد نمونه انجام شد.

حامی مالی: پژوهش حاضر بدون هیچ گونه حمایت مالی از جانب سازمان خاصی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: در پژوهش حاضر نویسنده یکم در نگارش و ایده‌پردازی مقاله شرکت داشت. نویسندگان دوم و سوم در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها نقش داشتند؛ و نویسندگان چهارم و پنجم نیز در جمع‌آوری پیشینه، هماهنگی با مدارس، و ویرایش مقاله کمک کردند.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض در منافع را به دنبال نداشته است و نتایج آن به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری، گزارش شده است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی دانش‌آموزان، مسئولین مدارس و افرادی که در انجام این پژوهش نویسندگان را یاری کردند، تقدیر و تشکر نمایند.

دریافت کرده بودند از افسردگی، اضطراب، و تنیدگی کمتری برخوردار بودند. همچنین به مرور زمان، کیفیت زندگی، حرمت خود، و شادزیستی بالاتری را تجربه کردند. از این رو پیشنهاد می‌شود که درمان شناختی رفتاری به عنوان مداخله‌ای کارآمد برای بهبود سلامت روانی و کاهش افسردگی نوجوانان در نظر گرفته شود.

در پایان بیان این نکته ضروری است که پژوهش حاضر دارای یکسری محدودیت‌ها نیز بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر دانش‌آموزان دوره متوسطه یکم ناحیه دوم شهر رشت در نیم‌سال دوم تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. به همین دلیل در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید، جانب احتیاط رعایت شود. عدم امکان پی‌گیری بلندمدت تأثیر برنامه مداخله‌ای با استفاده از آزمون پیگیری و همچنین عدم استفاده از شرای طکاملاً تصادفی در تمامی مراحل پژوهش، نیز از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد تا به بر دقت و تعمیم‌دهی نتایج افزوده شود. توجه به گروه‌درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی رفتاری نیز در دوره نوجوانی جهت ارتقای سح کیفی سلامت

References

- Rao WW, Xu DD, Cao XL, Wen SY, Che WI, Ng CH, Ungvari GS, He F, Xiang YT. Prevalence of depressive symptoms in children and adolescents in China: a meta-analysis of observational studies. *Psychiatry Research*. 2019; 272:790-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.133> [Link]
- Wartberg L, Kriston L, Thomasius R. Depressive symptoms in adolescents: prevalence and associated psychosocial features in a representative sample. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2018; 115(33-34):549. Doi: 10.3238/arztebl.2018.0549 [Link]
- Kandola A, Lewis G, Osborn DP, Stubbs B, Hayes JF. Depressive symptoms and objectively measured physical activity and sedentary behavior throughout adolescence: a prospective cohort study. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(3):262-71. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30034-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30034-1) [Link]
- Barker MM, Beresford B, Bland M, Fraser LK. Prevalence and incidence of anxiety and depression among children, adolescents, and young adults with life-limiting conditions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*. 2019; 173(9):835-44. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2019.1712 [Link]
- Tang X, Tang S, Ren Z, Wong DF. Prevalence of depressive symptoms among adolescents in secondary school in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 245:498-507. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.043> [Link]
- Moeini B, Bashirian S, Soltanian AR, Ghaleiha A, Taheri M. Prevalence of depression and its associated sociodemographic factors among Iranian female adolescents in secondary schools. *BMC psychology*. 2019; 7(1):1-10. DOI: 10.1186/s40359-019-0298-8 [Link]
- Miller L, Musci R, D'Agati D, Alfes C, Beaudry MB, Swartz K, Wilcox H. Teacher mental health literacy is associated with student literacy in the adolescent depression awareness program. *School mental health*. 2019; 11(2):357-63. doi: 10.1007/s12310-018-9281-4 [Link]
- Twenge JM, Campbell WK. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Preventive medicine reports*. 2018; 12:271-83. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.003> [Link]
- Guerra-Bustamante J, León-del-Barco B, Yuste-Tosina R, López-Ramos VM, Mendo-Lázaro S. Emotional intelligence and psychological well-being in adolescents. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(10):1720. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101720> [Link]
- Lamiani G, Bonazza F, Del Negro S, Meyer EC. The impact of visiting the Intensive Care Unit on children's and adolescents' psychological well-being: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2021; 65:103036. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103036> [Link]
- Tommasi M, Grassi P, Balsamo M, Picconi L, Furnham A, Saggino A. Correlations between personality, affective and filial self-efficacy beliefs, and psychological well-being in a sample of Italian adolescents. *Psychological reports*. 2018; 121(1):59-78. <https://doi.org/10.1177/0033294117720698> [Link]
- Rapheal J, Paul VK. Significance of home environment in adolescent psychological well-being and distress. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2015; 41(2):199. [Link]
- Dhir A, Yossatorn Y, Kaur P, Chen S. Online social media fatigue and psychological wellbeing—A study of compulsive use, fear of missing out, fatigue, anxiety and depression. *International Journal of Information Management*. 2018; 40:141-52. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2018.01.012> [Link]
- Holopainen L, Lappalainen K, Junttila N, Savolainen H. The role of social competence in the psychological well-being of adolescents in secondary education. *Scandinavian Journal of Educational Research*. 2012; 56(2):199-212. <https://doi.org/10.1080/00313831.2011.581683> [Link]
- Jiang S. Psychological well-being and distress in adolescents: An investigation into associations with poverty, peer victimization, and self-esteem. *Children and Youth Services Review*. 2020; 111:104824. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104824> [Link]
- Tejada-Gallardo C, Blasco-Belled A, Torrelles-Nadal C, Alsinet C. Effects of school-based multicomponent positive psychology interventions on well-being and distress in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*. 2020; 49(10):1943-60. DOI: 10.1007/s10964-020-01289-9 [Link]
- Pennell C, Boman P, Mergler A. Covitality constructs as predictors of psychological well-being and depression for secondary school students. *Contemporary school psychology*. 2015; 19(4):276-85. <https://doi.org/10.1007/s40688-015-0067-5> [Link]
- Scarf D, Moradi S, McGaw K, Hewitt J, Hayhurst JG, Boyes M, Ruffman T, Hunter JA. Somewhere I belong: long term increases in adolescents' resilience are predicted by perceived belonging to the in-group. *British Journal of Social Psychology*. 2016; 55(3):588-99. <https://doi.org/10.1111/bjso.12151> [Link]
- Bagheri Sheykhangafshe F, Alizadeh D, Savabi Niri V, Asgari F, Ghodrat G. The role of internet addiction, mindfulness and resilience in predicting students' mental health during the coronavirus 2019 pandemic. *J Child Ment Health* 2021; 8(3):1-14. (Persian) 10.52547/jcmh.8.3.2 [Link]
- Namy S, Carlson C, Pala AN, Faris D, Knight L, Allen E, Devries K, Naker D. Gender, violence and resilience among Ugandan adolescents. *Child abuse & neglect*. 2017; 70:303-14. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.015> [Link]
- Vinayak S, Judge J. Resilience and empathy as predictors of psychological wellbeing among adolescents. *International*

- Journal of Health Sciences and Research. 2018; 8(4):192-200. [Link]
22. Satapathy S, Dang S, Sagar R, Dwivedi SN. Resilience in children and adolescents survived psychologically traumatic life events: a critical review of application of resilience assessment tools for clinical referral and intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2022; 23(1):288-300. <https://doi.org/10.1177/1524838020939126> [Link]
 23. Hjemdal O, Aune T, Reinfjell T, Stiles TC, Friborg O. Resilience as a predictor of depressive symptoms: a correlational study with young adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2007; 12(1):91-104. <https://doi.org/10.1177/1359104507071062> [Link]
 24. Moljord IE, Moksnes UK, Espnes GA, Hjemdal O, Eriksen L. Physical activity, resilience, and depressive symptoms in adolescence. *Mental Health and Physical Activity*. 2014; 7(2):79-85. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2014.04.001> [Link]
 25. Askeland KG, Bøe T, Breivik K, La Greca AM, Sivertsen B, Hysing M. Life events and adolescent depressive symptoms: Protective factors associated with resilience. *PloS one*. 2020; 15(6):e0234109. doi: 10.1371/journal.pone.0234109 [Link]
 26. Wei J, Gong Y, Wang X, Shi J, Ding H, Zhang M, Kang C, Yu Y, Wang S, Shao N, Chen L. Gender differences in the relationships between different types of childhood trauma and resilience on depressive symptoms among Chinese adolescents. *Preventive Medicine*. 2021; 148:106523. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106523> [Link]
 27. Ng R, Ang RP, Ho MH. Coping with Anxiety, Depression, Anger and Aggression: The Mediation Role of Resilience in Adolescents. *In Child & Youth Care Forum* 2012; 41(6): 529-546. <https://doi.org/10.1007/s10566-012-9182-x> [Link]
 28. Hölte J, Theron L, Ungar M. A multisystemic perspective on the temporal interplay between adolescent depression and resilience-supporting individual and social resources. *Journal of Affective Disorders*. 2022; 297:225-32. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.030> [Link]
 29. Eli B, Zhou Y, Liang Y, Cheng J, Wang J, Huang C, Xuan X, Liu Z. Depression in children and adolescents on the Qinghai-Tibet Plateau: associations with resilience and prosocial behavior. *International journal of environmental research and public health*. 2021; 18(2):440. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020440> [Link]
 30. Olsson NC, Juth P, Ragnarsson EH, Lundgren T, Jansson-Fröjmark M, Parling T. Treatment satisfaction with cognitive-behavioral therapy among children and adolescents with anxiety and depression: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of behavioral and cognitive therapy*. 2021; 31(2):147-91. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.10.006> [Link]
 31. Keles S, Idsoe T. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. *Journal of adolescence*. 2018; 67:129-39. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.011> [Link]
 32. Do R, Lee S, Kim JS, Cho M, Shin H, Jang M, Shin MS. Effectiveness and dissemination of computer-based cognitive behavioral therapy for depressed adolescents: Effective and accessible to whom?. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 282:885-93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.177> [Link]
 33. Strawn JR, Mills JA, Suresh V, Peris TS, Walkup JT, Croarkin PE. Combining selective serotonin reuptake inhibitors and cognitive behavioral therapy in youth with depression and anxiety. *Journal of affective disorders*. 2022; 298:292-300. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.047> [Link]
 34. Esposito Smythers C, Wolff JC, Liu RT, Hunt JI, Adams L, Kim K, Frazier EA, Yen S, Dickstein DP, Spirito A. Family-focused cognitive behavioral treatment for depressed adolescents in suicidal crisis with co occurring risk factors: A randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019; 60(10):1133-41. doi: 10.1111/jcpp.13095 [Link]
 35. Kim SH, Yim HW, Jo SJ, Jung KI, Lee K, Park MH. The effects of group cognitive behavioral therapy on the improvement of depression and anxiety in adolescents with problematic internet use. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2018; 29(2):73. doi: 10.5765/jkacap.2018.29.2.73 [Link]
 36. Christ C, Schouten MJ, Blankers M, van Schaik DJ, Beekman AT, Wisman MA, Stikkelbroek YA, Dekker JJ. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*. 2020; 22(9):e17831. doi: 10.2196/17831 [Link]
 37. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, & Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007; 39(2): 175-191. DOI: 10.3758/bf03193146 [Link]
 38. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio. 1996; 78(2):490-8. DOI: 10.1037/t00742-000 [Link]
 39. Rezaeian A, Agha Akbari L, Amirzadeh F, Malek Mohammadi N. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance and Depression in Students. *J Child Ment Health*. 2021; 8 (4):94-107. (Persian) 10.52547/jcmh.8.4.8 [Link]
 40. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 1989; 57(6):1069. [Link]
 41. Bagheri Sheykhangafshe F, Shabahang R. Prediction of Psychological Wellbeing of Elderly People based on Spirituality, Social Support, and Optimism. *JRH*. 2020; 7(2):22-32. (Persian) [Link]
 42. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003; 18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113> [Link]

43. Yaghoubi H, Vaghef L, Nellaee P. The Role of Self-Esteem and Emotional Intelligence in Predicting the Resilience of Students with Hearing Impairment. J Child Ment Health. 2019; 6 (3):162-172. (Persian) 10.29252/jcmh.6.3.15 [\[Link\]](#)

44. Kamphuis J., & Jacquin K. A treatment group for overcoming depression. University of Texas. 1995. [\[Link\]](#)