J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2024/10/06 *Accepted:2024/12/11*

Comparison of the Efficacy of Metacognitive Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Life Hope and Depression Severity in Adolescents with Depression in Yazd City

Zhaleh Harandi Moghadam(M.Sc)[1], Seyed Kazem Alavi Langarudi(Ph.D)[2]

1.Corresponding Author: Master's degree of General Psychology, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.
Email: zhalehharandi27@gmail.com Tel: 09136704783

2.Assistant Professor Department of Educational Sciences, Faculty of Humanities, Imam Jawad University, Yazd, Iran.

Abstract

Introduction: In today's society, mental disorders, especially depression, have become highly prevalent among adolescents. This study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of metacognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on the hope for life and severity of depression in adolescents suffering from depression in Yazd.

Method: This semi-experimental study was conducted in 2023 using a pre-test post-test design with a control group and a two-month follow-up in Yazd. The study population consisted of adolescents aged 12 to 18 in Yazd County. Using a convenience sampling method, 45 depressed 14-year-old girls were randomly assigned to three groups of 15 (metacognitive therapy, cognitive-behavioral therapy, and control group). After administering the pre-test using the Mariaquas Depression Questionnaire and Miller's Hope Scale, post-tests were conducted for all three groups after 8 sessions (90 minutes each). For data analysis, means and standard deviations were used for descriptive statistics, and analysis of covariance was employed for inferential statistics. The data were analyzed using SPSS version 24.

Results: The results were analyzed using analysis of covariance. The findings indicated that there were significant differences between the experimental and control groups in both the pre-test and post-test ($p < 0.05$). The scores of the experimental groups showed significant changes in the variables of hope for life and severity of depression after the intervention ($p < 0.05$), while the control group did not show significant differences (p>0/05).

Conclusion: The results were analyzed using analysis of covariance. The findings indicated that there were significant differences between the experimental and control groups in both the pre-test and post-test (p<0/05). The scores of the experimental groups showed significant changes in the variables of hope for life and severity of depression after the intervention (p<0/05), while the control group did not show significant differences (p>0/05).

Keywords: Metacognitive therapy, Cognitive-behavioral therapy, Adolescents, Severity of depression, Life expectancy

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

CC BY

This Paper Should be Cited as:
Author: Zhaleh Harandi Moghadam, Seyed Kazem Alavi Langarudi. Comparison of the Efficacy of Metacognitive Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Life Hope …..…….Tolooebehdasht Journal. 2025;23(6)49-63.[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و سوم
شماره ششم
بهمن و اسفند
شماره مسلسل:۱۰۸

تاریخ وصول:۱۴۰۳/۰۷/۱۵
تاریخ پذیرش:۱۴۰۳/۰۹/۲۱

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی رفتاری بر امید به زندگی و شدت افسردگی نوجوانان مبتلا به افسردگی در شهر یزد

نویسندگان: ژاله هرندی مقدم[1]،سید کاظم علوی لنگرودی[1]

۱.نویسنده مسئول: کارشناس ارشد گروه روان شناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی،یزد،ایران

تلفن تماس : ۰۹۱۳۶۷۰۴۷۸۳ Email: zhalehharandi27@gmail.com

۲. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه امام جواد(ع)یزد،یزد،ایران

چکیده

مقدمه : در جامعه امروزی اختلالات روانی در نوجوانان به‌ویژه افسردگی شیوع زیادی پیدا کرده است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی رفتاری بر امید به زندگی و شدت افسردگی نوجوانان مبتلا به افسردگی در شهر یزد انجام شد.

روش بررسی : این پژوهش نیمه تجربی در سال ۱۴۰۲ با طرح پیش آزمون پس آزمون و گروه کنترل و پیگیری دو ماهه در شهر یزد انجام شد. جامعه پژوهش شامل نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله شهرستان یزد بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نوجوان افسرده دختر ۱۴ ساله به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (درمان فراشناختی، درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل) قرار گرفتند. پس از اجرای پیش آزمون با استفاده از پرسشنامه‌های افسردگی ماریاکواس و امید به زندگی میلر، پس از ۸ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) از هر سه گروه پس آزمون گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از میانگین و انحراف معیار در سطح توصیفی و از تحلیل کوواریانس در سطح آمار استنباطی استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

یافته ها : نتایج با روش تحلیل کوواریانس تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد($p<۰/۰۵$). نمرات گروه‌های آزمایش پس از مداخله در متغیرهای امید به زندگی و شدت افسردگی تغییر معناداری را نشان داد($p<۰/۰۵$)؛ در حالی که گروه کنترل تفاوت معناداری نداشت($p>۰/۰۵$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که هردودرمان فراشناختی و شناختی رفتاری تأثیر مثبتی بر امید به زندگی و کاهش شدت افسردگی در نوجوانان افسرده دارند. با این حال درمان فراشناختی نتایج بهتری در افزایش امید به زندگی و کاهش شدت افسردگی نسبت به درمان شناختی رفتاری داشت.

واژه های کلیدی: درمان فراشناختی، درمان شناختی رفتاری، نوجوانان، شدت افسردگی، امید به زندگی

این مقاله حاصل از پایان نامه دانشجویی می باشد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

افسردگی(Depression) به عنوان یک اختلال روانی شایع، تأثیرات گسترده‌ای بر زندگی افراد در جوامع مختلف گذاشته است. این اختلال که اغلب در پی رویدادهای منفی و ناکامی‌ها بروز می‌کند با کاهش شدید انگیزه، احساس ناامیدی و بی‌ارزشی همراه است(۱). به ویژه در میان نوجوانان، افسردگی به عنوان یک چالش جدی سلامت روان مطرح شده که نیازمند مداخلات درمانی موثر است(۲). سازمان جهانی بهداشت، افسردگی را یکی از مهم‌ترین اختلالات خلقی دانسته است که با علائمی همچون کاهش خلق، از دست دادن علاقه به فعالیت‌ها، احساس گناه و بی‌ارزشی، اختلال خواب و اشتها و کاهش تمرکز همراه است(۳).

شیوع بالای افسردگی در جمعیت عمومی به ویژه در زنان، نشان از اهمیت این مسئله در سطح جهانی دارد(۴). علاوه بر تأثیرات فردی، افسردگی به عنوان چهارمین عامل ناتوان‌ساز در جهان شناخته می‌شود و با اختلالات روانشناختی دیگری همچون اضطراب، اسکیزوفرنی و اعتیاد نیز ارتباط تنگاتنگی دارد(۱). این اختلال بر تمام ابعاد شناختی، رفتاری، هیجانی و زیستی فرد تأثیرگذار بوده و به نوعی به عنوان مادر همه اختلالات شناخته می‌شود(۵). یکی از مهم‌ترین جنبه‌هایی که در مورد افسردگی نوجوانان باید مورد توجه قرار گیرد مسئله امید به زندگی است. فقدان امید و هدف‌گذاری منفی، کیفیت زندگی نوجوانان افسرده را کاهش داده و باورهای ناامیدکننده‌ای را در آن‌ها تقویت می‌کند(۶). امید به زندگی به عنوان یک عامل مهم در سلامت روانی شناخته می‌شود و می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم افسردگی کمک کند. درمان‌های مبتنی بر افزایش امید به زندگی مانند درمان فراشناختی به نوجوانان کمک می‌کند تا به اهداف خود دست یابند و احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند. این نوع درمان می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا با چالش‌ها و مشکلات زندگی بهتر مقابله کنند و در نتیجه امید به زندگی آن‌ها افزایش یابد(۵).

با توجه به ماهیت مزمن و عودکننده افسردگی، استفاده از روش‌های درمانی مناسب برای بهبود علائم و پیشگیری از عود آن ضروری است(۶). درمان افسردگی معمولا شامل مداخلات روان شناختی و دارویی است مداخلات روان شناختی مانند درمان شناختی رفتاری(Cognitive Behavioral Therapy) و درمان فراشناختی(Metacognitive therapy) به عنوان روش های موثر در کاهش علائم افسردگی شناخته شده اند. این درمان ها به افراد کمک می کنند تا الگوهای فکری منفی را شناسایی و تغییر دهند و مهارت های مقابله ای بهتری را یاد بگیرند درمان شناختی-رفتاری به عنوان یکی از روش‌های مؤثر در درمان افسردگی نوجوانان شناخته شده است. این روش بر اساس تغییر الگوهای شناختی و رفتاری منفی، به بهبود علائم افسردگی کمک می‌کند(۷). همچنین درمان فراشناختی به عنوان روشی نوین با تمرکز بر تغییر شیوه‌های تفکر و کنترل افکار منفی به بهبود توانایی افراد در مقابله با افسردگی کمک می‌کند(۸).

توئنج و همکاران در یک مطالعه نشان دادند که تقریبا ۱۳ در صد از نوجوانان در طول زندگی خود حداقل یک بار به افسردگی شدید مبتلا می شوند. این مطالعه همچنین نشان داد که عوامل متعددی مانند فشارهای اجتماعی، مشکلات خانوادگی و تغییرات هورمونی می تواند به بروز افسردگی در این گروه سنی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

CC BY-NC 4.0

منجر شود(۹). محمد خانی در پژوهشی نشان داد که درمان شناختی رفتاری بطور معناداری باعث کاهش میزان افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است و این درمان توانسته است میزان افسردگی را از مرحله پیش آزمون به مرحله پیگیری کاهش دهد(۱۰).

مطالعه ای که توسط سلگمن و همکاران انجام شد نشان داد که افسردگی به طور قابل توجهی با کاهش امید به زندگی در افراد مرتبط است و این موضوع می تواند به مشکلات جدی تری مانند خودکشی منجر شود(۱۱). گویل و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که تکنیک آموزش توجه به تنهایی تأثیرات مفیدی در درمان اختلالات مختلف از جمله افسردگی عمده دارد(۱۲). با توجه به شیوع بالای افسردگی در نوجوانان و تأثیرات منفی آن بر زندگی آن‌ها، بررسی اثربخشی روش‌های درمانی مختلف از اهمیت بالایی برخوردار است.

مقایسه درمان‌های مختلف می‌تواند به شناسایی بهترین رویکردها برای بهبود وضعیت روانی نوجوانان کمک کند و در نهایت به افزایش امید به زندگی و کاهش شدت افسردگی در این گروه سنی منجر شود(۹). هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثر بخشی رویکرد درمانی فراشناختی و درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی و امید به زندگی نوجوانان افسرده بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر ۱۲ تا ۱۸ ساله مبتلا به افسردگی ساکن شهر یزد بود. برای جمع‌آوری داده‌ها، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. این روش به دلیل محدودیت‌های زمانی و منابع به ما این امکان را داد که به سرعت به جمعیت هدف دسترسی پیدا کنیم. نمونه پژوهش از بین دانش‌آموزان ۱۴ ساله افسرده دبیرستان بهادری یزد انتخاب گردید.برای تشخیص افسردگی از پرسشنامه افسردگی ماریا کواس (۱۹۹۷) استفاده شد که در مطالعات قبلی نشان‌دهنده اعتبار و روایی مناسب بوده است. این پرسشنامه به ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان ارائه شد و نمرات آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. ملاک تشخیص افسردگی، نمره بالای آستانه (نمره بالاتر از ۱۸) در این پرسشنامه بود. علاوه بر این، تشخیص نهایی افسردگی این دانش‌آموزان توسط یک روانپزشک تأیید شد تا اطمینان حاصل شود که نمونه مورد نظر مبتلا به افسردگی هستند و نیاز به مداخله درمانی دارند.در این پژوهش به دلیل محدودیت‌های زمانی و منابع و عدم همکاری مدارس از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و چند مدرسه استفاده نشد. با این حال، انتخاب دبیرستان بهادری به عنوان یک مرکز خاص به ما این امکان را داد که به طور متمرکز بر روی گروه خاصی از دانش‌آموزان تمرکز کنیم و نتایج دقیق‌تری به دست آوریم. سپس به صورت تصادفی این افراد به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند: گروه آزمایش اول (دریافت‌کننده درمان فراشناختی)، گروه آزمایش دوم (دریافت‌کننده درمان شناختی-رفتاری) و گروه کنترل (بدون مداخله درمانی). معیارهای ورود شامل میزان افسردگی که با استفاده از پرسشنامه افسردگی ماریا کواس (۱۹۹۷) تعیین شد و همچنین جنسیت دختر و سن ۱۴ سال در نظر گرفته شد. معیار خروج نیز غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی بود. برای گردآوری اطلاعات از روش میدانی و پرسشنامه افسردگی ماریاکواس و پرسشنامه امید به زندگی میلر استفاده شد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

CC BY-NC 4.0

پرسشنامه افسردگی ماریاکواس: این پرسشنامه (۱۹۹۷) یک ابزار خودگزارشی است که جهت ارزیابی نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان استفاده می‌شود.

این پرسشنامه شامل ۲۷ سوال است که در پنج بخش اصلی طراحی شده‌اند: خلق منفی(۶سوال)، مشکلات بین فردی(۴سوال)، احساس بیهودگی(۴سوال)، فقدان احساس لذت(۸سوال)، عزت نفس پایین(۵سوال). هر سوال در این پرسشنامه سه گزینه دارد و افراد باید با توجه به احساسات و افکار خود در دو هفته گذشته، یکی از گزینه‌ها را انتخاب کنند.حد نصاب نمره در این پرسشنامه ۱۸ است هر چه نمره فرد در این پرسشنامه بالاتر باشد، نشان‌دهنده سطح افسردگی بیشتری است.همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۶ است. اعتبار همزمان و افتراقی نیز مناسب گزارش شده است. پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد که نشان می دهدپایایی قابل قبول است.

پرسشنامه امید به زندگی میلر: برای سنجش امیدواری در پژوهش حاضر از آزمون میلر (۱۹۸۸) استفاده شده است که نوعی از آزمون‌های تشخیصی است. این پرسشنامه شامل ۴۸ سوال است که هر سوال به طور مستقیم یا غیرمستقیم به احساس امیدواری یا درماندگی فرد مربوط می‌شود. پاسخ‌ها به صورت طیف لیکرت از "بسیار مخالف" تا "بسیار موافق" نمره گذاری می‌شوند. نمره کل در این پرسشنامه بین ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است.این پرسشنامه نمره برش نیز ندارد و هر چه نمره فرد بالاتر باشد، نشان‌دهنده سطح امیدواری بیشتری است. پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد که نشان می دهدپایایی قابل قبول است.تجزیه و تحلیل داده‌های جمع اوری شده در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی برای تبیین و شرح داده‌های جمع آوری شده از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد، همچنین تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح خطای نوع اول ۰/۰۵ به وسیله نرم افزار spss نسخه ۲۴ انجام گرفت. درمان فراشناختی بر اساس مدل درمانی فراشناختی ولز(۱۹۶۲) برای افسردگی که به صورت گروهی(تعداد شرکت کننده ۱۵ نفر) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. در جدول ۱ شرح محتوای جلسات درمان فراشناختی ارائه شده است(جدول ۱). درمان شناختی- رفتاری که در ۸ جلسه ۹۰دقیقه‌ای برگزار شده است. این روش درمانی توسط کش در سال ۱۹۹۷ ساخته شده و روایی آن در مطالعات پیشین قابل قبول گزارش شده است. در جدول ۲ شرح محتوای جلسات درمانشناختی رفتاری ارائه شده است.

جدول۱: جلسات درمانی فراشناختی

جلسه	تکلیف	
جلسه اول	تکمیل پرسشنامه ها (پیش آزمون)، تشخیص قسمت‌های نشخوار فکری و نام گذاری آن‌ها، تمرین تکنیک یادگیری توجه، تکمیل برگه خلاصه ATT	تمرین ATT درمنزل
جلسه دوم	بررسی تکلیف‌ها و زمان نشخوار فکری و افکار غیر قابل کنترل، معرفی و تمرین توجه آگاهی انفصالی (DM)، معرفی تعویق نشخوار فکری برای اصلاح باورهای غیر قابل کنترل	تمرین ATT، بکارگیری DM

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

جلسه سوم	بررسی تکالیف، تشخیص برانگیزاننده های نشخوار فکری و تمرین توجه آگاهی انفصالی، به چالش کشیدن فراشناخت‌های غیرقابل کنترل، تمرین ATT، جستجوی سطوح فعالیت و مقابله‌های اجتنابی	تمرین ATT، بکارگیری DM و معوقه‌های نشخوار فکری برای تمام بر انگیزاننده‌ها، بالا بردن سطح فعالیت
جلسه چهارم	بررسی تکالیف و زمان نشخوار فکری و افکار غیرقابل کنترل، سطح فعالیت‌ها، مقابله‌های غیرمفید، به چالش کشیدن افکار مثبت درباره نشخوار فکری، تمرین ATT	تمرین ATT و DM، جدول فعالیت‌ها
جلسه پنجم	بررسی تکالیف و افکار مثبت درباره نشخوار فکری، بررسی سطح فعالیت‌ها، گسترش کاربرد DM	تمرین ATT، عوامل تعویق نشخوار فکری، فعالیت‌های افزایش یافته
جلسه ششم	بررسی تکالیف و میزان افسردگی مخصوصاً زمان نشخوار فکری، جستجو و به چالش کشیدن افکارمنفی درباره احساسات و افسردگی، تمرین ATT، حفظ فعالیت‌ها	تمرین ATT، حفظ فعالیت‌ها
جلسه هفتم	بررسی تکالیف و افکار مقابله‌ای غیر مفید، نوشتن برنامه‌های جدید، جستجو و سازگاری با ترس‌های بازگشت افسردگی، تمریت ATT	تمرین ATT، اجرای برنامه‌های جدید
جلسه هشتم	بررسی تکالیف و میزان MDD، کار بر روی باورهای فراشناختی باقی مانده، پیش بینی عوامل محرک آینده و بحث در مورد چگونگی اعمال طرح جدید	
جلسه نهم	تکمیل پرسشنامه ها (پس آزمون)	

ATT (تکنیک آموزش توجه) ، DM (ذهن آگاهی انفصالی)

جدول۲: جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسات	معرفی سر فصل‌های جلسات
جلسه اول	تکمیل پرسشنامه ها(پیش آزمون)،معارفه آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مطرح کردن قوانین گروهی، آشنایی اعضای گروه با ماهیت اجتناب شناختی – رفتاری و نقش بهزیستی روان شناختی در افسردگی، معرفی رویکردهای شناختی – رفتاری، بررسی انتظارات اعضا از شرکت در گروه
جلسه دوم و سوم	آموزش الگوی شناختی به بیماران، معرفی افکار خودآیند، ارائه برگه‌های ثبت افکار افکار ناکارآمد، شناسایی افکار برانگیزاننده علائم بیماری و احساسات ناخوشایند، بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجانات و کمک به حل آن‌ها
جلسه چهارم و پنجم	چالش با افکار و باورهای غیر منطقی، معرفی چالش‌ها به عنوان راهکارهایی برای مبارزه طلبیدن افکار و باورهای غیرمنطقی و در نهایت تغییر دادن آن‌ها، چالش عملی با افکار و باورهای غیر منطقی که اعضای گروه در طول هفته یادداشت کرده‌اند و اجرای مدل ABC
جلسه ششم	در این جلسه درباره تفاوت بین خودگویی منطقی و غیر منطقی، تمرین شناسایی خودگویی منطقی و غیر منطقی و نیز گام‌های جایگزین افکار منطقی بحث خواهد شد.
جلسه هفتم	روش آرامسازی عضلانی به دو صورت تن آرامی پیشرونده همراه با انقباض عضلات و تن آرامی بدون انقباض عضلات آموزش داده خواهد شد.
جلسه هشتم	کل برنامه مرور و به اعضای گروه کمک خواهد شد تا یک برنامه شخصی ایجاد کنند و از آن‌ها خواسته می‌شود در صورتی که نیاز به مطرح کردن موضوعی در جلسه دارند، بیان کنند.
جلسه نهم	تکمیل پرسشنامه ها (پس آزمون)

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

یافته ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری از قبیل میانگین و انحراف معیار نمرات در جدول ۳ آمده است. همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد در هر دو گروه درمان فراشناختی و درمان شناختی-رفتاری میانگین نمرات پس‌آزمون امید به زندگی گروه آزمایش بالاتر از پس‌آزمون گروه کنترل می‌باشد و در افسردگی میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش پایین‌تر از پس‌آزمون گروه کنترل می‌باشد(جدول ۳).

جهت بررسی تاثیر آموزش ها بر افسردگی از تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد که در جدول ۴ ارائه شده است. بر اساس نتایج جدول ۴ تحلیل کوواریانس یک‌راهه نشان داد که بین گروه‌های درمانی و گروه کنترل، از نظر میانگین نمره‌های افسردگی پس از درمان، تفاوت معناداری وجود دارد($P=۰/۰۰۱$).

اندازه اثر محاسبه شده (ضریب اتا = ۰/۴۵) نشان می‌دهد که حدود ۴۵ درصد از تغییرات در شدت افسردگی را می‌توان به تفاوت بین گروه‌های درمانی نسبت داد. این مقدار نشان‌دهنده اثر متوسط تا قوی رویکردهای درمانی بر کاهش علائم افسردگی است(جدول ۴). تفاوت میانگین گروه ها و سطح معناداری در جدول ۵ ارائه شده است. بر اساس نتایج جدول ۵ جهت بررسی دقیق‌تر تفاوت بین گروه‌های مختلف، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

نتایج این آزمون نشان داد که گروه کنترل به طور معناداری از هر دو گروه آزمایش (فراشناختی و شناختی-رفتاری) در کاهش علائم افسردگی متفاوت است. به عبارت دیگر، هر دو روش درمانی فراشناختی و شناختی-رفتاری به طور مؤثری در کاهش علائم افسردگی نسبت به عدم دریافت درمان موثر بوده‌اند.علاوه بر این، مقایسه مستقیم دو گروه آزمایش نشان داد که بین گروه درمان فراشناختی و گروه درمان شناختی-رفتاری نیز تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین‌های به دست آمده، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اگرچه هر دو روش درمانی در کاهش علائم افسردگی مؤثر بوده‌اند اما روش درمان فراشناختی نسبت به روش درمان شناختی-رفتاری تأثیرگذاری بیشتری داشته است(جدول ۵).

جدول ۳: آماره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	گروه فراشناختی		گروه شناختی رفتاری		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش آزمون	۳۵/۶۷	۶/۷۰	۳۸/۶۶	۶/۶۶	۳۵/۸۰	۸/۷۷
	پس آزمون	۱۴/۵۳	۳/۷۹	۲۹/۳۳	۷/۸۹	۳۴/۵۳	۱۱/۲۸
امید به زندگی	پیش آزمون	۱۵۳/۴۶	۳۱/۸۹	۱۵۴/۴۰	۲۰/۸۲	۱۶۱/۳۶	۹/۱۷۱
	پس آزمون	۱۷۹/۴۶	۲۰/ ۳۷	۱۶۲/۴۷	۱۴/۵۱	۱۶۰/۸۶	۱۱/۴۰

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

جدول۴: تحلیل کواریانس یک راهه جهت بررسی تاثیر آموزش‌ها بر بهبود افسردگی

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۴۹۷۳/۹۹	۱	۴۹۷۳/۹۹	۳۶/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷
گروه	۴۴۷۴/۸۵	۲	۲۲۳۷/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵	
خطا	۵۵۱۷/۸۷	۴۱	۱۳۴/۵۸			

جدول۵: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه گروه‌ها در پس‌آزمون افسردگی

گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
درمان فراشناختی	کنترل	۲۴/۸۴	۰/۰۰۱
	درمان شناختی-رفتاری	۱۲/۲۹	۰/۰۱
درمان شناختی-رفتاری	درمان فراشناختی	-۱۲/۲۹	۰/۰۱
	کنترل	۱۲/۵۵	۰/۰۱
کنترل	درمان فراشناختی	-۲۴/۸۴	۰/۰۰۱
	درمان شناختی-رفتاری	-۱۲/۵۵	۰/۰۱

جهت بررسی تأثیر روش‌های درمانی مختلف بر بهبود امید به زندگی از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد که بین گروه‌های کنترل، درمان فراشناختی و درمان شناختی-رفتاری از نظر میانگین نمره امید به زندگی پس از درمان، تفاوت معناداری وجود دارد($p<۰/۰۵$). به عبارت دیگر مداخلات درمانی در افزایش امید به زندگی شرکت‌کنندگان موثر بوده‌اند. اندازه اثر محاسبه شده (ضریب اتا=۰/۵۹) نشان می‌دهد که حدود ۵۹ درصد از تغییرات در سطح امید به زندگی را می‌توان به تفاوت بین گروه‌های درمانی نسبت داد. این مقدار نشان‌دهنده اثر قوی رویکردهای درمانی بر بهبود امید به زندگی است.

برای بررسی دقیق‌تر تفاوت بین گروه‌های مختلف از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که گروه کنترل به طور معناداری از هر دو گروه آزمایش (فراشناختی و شناختی-رفتاری) در سطح امید به زندگی پایین‌تر بود. تفاوت میانگین گروه درمان فراشناختی و گروه کنترل برابر با ۱۹/۵۵- بود که این تفاوت از نظرآماری معنادار با سطح معناداری ۰/۰۰۱ است همچنین تفاوت میانگین بین گروه درمان فراشناختی و گروه درمان شناختی رفتاری ۱۲/۶۱- و سطح معناداری آن نیز ۰/۰۰۱ بود. علاوه بر این تفاوت میانگین گروه درمان شناختی رفتاری گروه درمان فراشناختی ۱۲/۶۱ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ را نشان داد. تفاوت میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل نیز ۶/۹۴- بود که این تفاوت از نظر آماری معنادار با سطح معناداری ۰/۰۳ است. در نهایت تفاوت میانگین گروه کنترل و گروه درمان فراشناختی ۱۹/۵۵ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ و همچنین تفاوت میانگین گروه کنترل و گروه درمان شناختی رفتاری ۶/۹۴ و سطح معناداری ۰/۰۳ بود. به عبارت دیگر هر دو روش درمانی فراشناختی و شناختی-رفتاری به طور مؤثری در افزایش امید به زندگی نسبت به عدم دریافت درمان موثر بوده‌اند. علاوه بر این، مقایسه مستقیم دو گروه آزمایش

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

نشان داد که بین گروه درمان فراشناختی و گروه درمان شناختی-رفتاری نیز تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین‌های به دست آمده می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اگرچه هر دو روش درمانی در افزایش امید به زندگی مؤثر بوده‌اند، اما روش درمان فراشناختی نسبت به روش درمان شناختی-رفتاری تأثیرگذاری بیشتری داشته است.

برای بررسی تأثیر درمان فراشناختی بر کاهش علائم افسردگی، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. تحلیل کوواریانس انجام شده بر روی داده‌ها نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش (دریافت‌کننده درمان فراشناختی) و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود دارد ($p<۰/۰۵$). به عبارت دیگر مداخله درمانی فراشناختی به طور موثری در کاهش علائم افسردگی در نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش موثر بوده است. اندازه اثر بزرگ مشاهده شده (۰/۷۸) نشان می‌دهد که درمان فراشناختی تأثیر بسیار قوی بر کاهش علائم افسردگی داشته است. همچنین توان آماری بالای آزمون (۰/۹۸) به این معناست که پژوهش حاضر توانایی تشخیص تفاوت‌های واقعی بین دو گروه را داشته و نتایج آن قابل اعتماد هستند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری آماری بین میانگین نمرات امید به زندگی در گروه آزمایش (دریافت‌کننده درمان فراشناختی) و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود دارد ($p<۰/۰۵$). به عبارت دیگر مداخله درمانی فراشناختی به طور موثری در افزایش امید به زندگی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش موثر بوده است. اندازه اثر بزرگ مشاهده شده (۰/۷۳) نشان می‌دهد که درمان فراشناختی تأثیر بسیار قوی بر بهبود امید به زندگی داشته است. همچنین توان آماری قابل قبول آزمون (۰/۷۸) به این معناست که پژوهش حاضر توانایی تشخیص تفاوت‌های واقعی بین دو گروه را داشته و نتایج آن قابل اعتماد هستند. برای بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم افسردگی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های افسردگی گروه آزمایش (دریافت‌کننده درمان) و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود دارد ($p<۰/۰۵$). به عبارت دیگر مداخله درمانی شناختی-رفتاری به طور موثری در کاهش علائم افسردگی در نوجوانان موثر بوده است. اندازه اثر محاسبه شده (۰/۶۰) نشان‌دهنده تأثیر قوی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم افسردگی است. همچنین، توان آماری بسیار بالای آزمون (۱/۰۰) به این معناست که پژوهش حاضر توانایی تشخیص تفاوت‌های واقعی بین دو گروه را داشته و نتایج آن بسیار قابل اعتماد هستند.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری آماری بین میانگین نمرات امید به زندگی در گروه آزمایش (دریافت‌کننده درمان شناختی-رفتاری) و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود دارد ($p<۰/۰۵$). به عبارت دیگر، مداخله درمانی شناختی-رفتاری به طور موثری در افزایش امید به زندگی در نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش موثر بوده است. اندازه اثر بزرگ مشاهده شده ۰/۶۹ نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری تأثیر قابل توجهی بر بهبود امید به زندگی داشته است. همچنین توان آماری بسیار بالای آزمون ۱/۰۰ به این معناست که پژوهش حاضر توانایی تشخیص تفاوت‌های واقعی بین دو گروه را داشته

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

و نتایج آن بسیار قابل اعتماد هستند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان‌های فراشناختی و شناختی-رفتاری بر امید به زندگی و شدت افسردگی در نوجوانان مبتلا به افسردگی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که هر دو رویکرد درمانی در کاهش علائم افسردگی در نوجوانان موثر بوده‌اند اما تاثیر درمان فراشناختی بیشتر بود. نتایج این پژوهش با پژوهش های انجام شده در این زمینه همسو بود(۱۵-۱۴-۱۳-۱). این یافته با نتایج پژوهش گرگابی مبنی بر مقایسه اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری و درمان شناختی رفتاری بر افسردگی وامید به زندگی بیماران تحت دیالیز همسو است(۱۳).

در تاثیر درمان فراشناختی بر شدت افسردگی، خان و همکاران با تحقیقی بر نوجوانان افسرده نشان دادند که نوجوانانی که تحت درمان فراشناختی قرار گرفته اند کاهش معناداری در شدت افسردگی و بهبود در کیفیت زندگی خود را تجربه کرده اند(۱۴). لی و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که نوجوانانی که تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفته اند بهبود قابل توجهی در نمرات افسردگی و افزایش تاب آوری را تجربه کرده اند(۱۵). در تبیین این داده ها می توان گفت از آنجا که درمان شناختی-رفتاری بر این پایه استوار است که افراد مبتلا به افسردگی اغلب باور دارند که مشکلاتشان غیرقابل کنترل است هدف اصلی این درمان، تغییر این باور نادرست و آموزش مهارت‌هایی است که به افراد کمک می‌کند تا بتوانند به طور مؤثری با مشکلات خود مقابله کنند(۱۶). به عبارت دیگر درمان شناختی-رفتاری به افراد می‌آموزد که چگونه افکار منفی خود را شناسایی کرده و آن‌ها را با افکار واقع‌بینانه‌تر جایگزین کنند و همچنین چگونه رفتارهای خود را به گونه‌ای تغییر دهند که به بهبود خلق و خوی آن‌ها کمک کند(۱۷).

اقبالی با تحقیقی بر روی دانشجویان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، نتایج پژوهش بیانگر اثربخشی درمان فراشناختی به عنوان گزینه‌ای مناسب برای رسیدگی به مشکلات بنیادین عملکردهای اجرایی و همچنین افسردگی بزرگسالانی است که از نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی رنج می‌برند(۱). طبق نتایج پژوهش حاضر در درمان فراشناختی درمانگر با شیوه و یا سبکی که مراجع فکر می‌کند سرو کار دارد و در این نوع درمان فرض می‌گردد که مراجع در پاسخ به افکار، احساسات و اعتقادات منفی خود از سبک‌های تفکر غیرقابل انعطاف و نامناسب استفاده می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش های قبلی همچون حیدری زاده بر روی بیماران مبتلا به صرع(۱۶) و چینی فروشان مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی همراه با اختلال افسردگی اساسی همسو است(۱۷). در درمان فراشناختی بر خلاف درمان شناختی – رفتاری که بر روی شناسایی و مقابله با تحریفات شناختی تاکید می کند بر روی برداشتن سبک پردازش غیر مفید تاکید می‌گردد(۱۷). عبدی بایقوت در پژوهش خود دریافت که هم خودپنداره و هم ذهن آگاهی سهم و توان معناداری در پیش بینی اضطراب داشتند اما افسردگی فقط بر اساس ذهن آگاهی قابل پیش بین بود(۱۸).

در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی رفتاری بر امید به زندگی نوجوانان افسرده، اسمیت و براون در تحقیقی بر روی نوجوانان دبیرستانی افسرده نشان دادند که نوجوانانی که

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

CC BY-NC 4.0

تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش در امید به زندگی و کاهش در علائم افسردگی را تجربه کردند(۱۹). به طور کلی درمانگران فراشناختی حالت فراشناخت را عاملی می‌دانند که تعیین می‌کند شخص به چه چیزهایی توجه خواهد نمود. همچنین به نظر این درمانگران، حالت فراشناخت تعیین می‌نماید که چه عواملی وارد سیستم هشیاری ما خواهد گذشت و از چه راهبردهایی برای تنظیم افکار و احساسات خود استفاده خواهیم نمود.

بیمارانی که تحت درمان فراشناختی قرار می‌گیرند در نتیجه انجام تکنیک‌ها و تکالیف این درمان، زمان زیادی برای غرق شدن در افکار و خاطرات منفی و نشخوارهای فکری منفی نخواهند داشت و این موضوع باعث می‌شود بر جنبه‌های دیگر زندگی خود توجه بیشتری کنند و روابط اجتماعی خود را گسترش دهند و این امر موجب احساس انرژی بیشتر، مثبت اندیشی و امید به زندگی در آن‌ها می‌شود. در چنین شرایطی قادر به انجام فعالیت هایی می‌شوند که قبلاً آن‌ها را نادیده گرفته یا قادر به انجام آن نبودند(۲۰).

در درمان فراشناختی آنچه مهم است فرمول بندی پردازش شناختی درونی و قوانین و مکانیسم هایی است که موجب می شود تا بیماران به ساخت و تعبیر باورهای ناسازگارانه بپردازند و این هدفی است که در رویکرد فراشناختی قابل دسترس است(۲۱). در این درمان بر خلاف رویکرد درمانی شناختی رفتاری ذهن انسان به عنوان یک سیستم خود نظم جوی پویا در نظر گرفته می شود که برای تغییر آن به سطحی از توضیحات روانشناختی که همان سطح فراشناخت می باشد نیاز است سطح فراشناخت به مفهوم سازی عواملی که مربوط به کنترل تصحیح، ارزیابی و تنظیم افکار است کمک می کند(۱۷). در درمان شناختی رفتاری تنها از طریق مداخله های کلامی و رفتاری هوشیارانه بهبود حاصل می شود و برای مفهوم سازی مکانیسم های خود تنظیمی شناختی درونی، تلاش کمی صورت می گیرد(۲۲).

بعلاوه در رویکرد شناختی رفتاری به جای اینکه به چگونگی شکل گیری افکار منفی توجه شود، بر محتوای آن ها تمرکز می شود و تلاش کمی برای شناخت دلایل به این شیوه فکر کردن صورت می گیرد. در حقیقت رویکرد فراشناختی حلقه مفقوده نظریه و درمان شناختی می باشد که سبک و نحوه فکر کردن را مشخص می کند و تعاملات علمی دو جانبه بین عوامل چندگانه شناخت شامل باورها، فراشناخت، کنترل توجه، پردازش پیوسته و خودتنظیمی را بیان می کند(۲۳).

مورد مهمی که درمان فراشناختی را از درمان های قبلی شناخت درمانی (مانند درمان شناختی رفتاری و درمان عقلانی عاطفی) جدا می‌کند تاکید درمان فراشناختی بر روی نقش سبک‌های تفکر در ابتلا به اختلالات روانشناختی است؛ به عبارت دیگر در درمان فراشناختی به نقش سبک‌های تفکر در ابتلا به اختلالات روانشناختی تاکید زیادی می‌شود؛ در حالی که در درمان شناختی رفتاری و یا درمان عقلانی عاطفی در این زمینه بیشترین تاکید بر روی نقش تحریفات شناختی (مانند وجود تفکر سیاه و سفید و یا برچسب زدن) است(۱۴).

این مطالعه نشان می‌دهد که دو روش درمانی به‌عنوان ابزارهای مؤثر در درمان افسردگی نوجوانان شناخته شده‌اند. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که درمان فراشناختی نه تنها در درمان اختلال افسردگی موثر است، بلکه در مقایسه با درمان شناختی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

رفتاری در درمان این اختلال دارای سطح بالاتری از اثر بخشی نیز است. شدت نشانگان اختلال افسردگی هر دو گروه آزمایش کاهش یافته است و میزان بهبودی بدست آمده نیز این مسئله را تایید می کند. همچنین مشاهده شد گروهی که درمان فراشناختی دریافت کرده است در مقایسه با گروه درمانی شناختی رفتاری در نشانگان اختلال افسردگی کاهش بیشتری داشته است. از لحاظ میزان پذیرش، همکاری آزمودنی ها در فرایند درمان تا جلسه پایانی هر دو رویکرد می تواند به دلیل کوتاه بودن در دوره درمان باشد. شواهد بدست آمده از هر دو گروه نشان می دهد که میزان ثبات و بهبودی در درمان فراشناختی بیشتر از درمان شناختی رفتاری است.

این یافته‌ها می‌توانند به متخصصان بهداشت روانی در انتخاب روش‌های مناسب کمک کنند همچنین نتایج تحقیق نشان می‌دهد که این روش‌ها نه تنها در کاهش شدت افسردگی مؤثرند، بلکه می‌توانند به افزایش امید به زندگی در نوجوانان نیز کمک کنند.

از محدودیت های این پژوهش جامعه آماری مورد بررسی است که ممکن است نماینده‌ی تمامی نوجوانان نباشد و نتایج به گروه‌های خاصی محدود شود. این موضوع می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر بگذارد. از دیگر محدودیت های پژوهش این بود که مطالعه ممکن است به بررسی عوامل مؤثر دیگر بر افسردگی نوجوانان نپرداخته باشد این عدم توجه می‌تواند منجر به نادیده گرفتن جنبه‌های مهمی از مشکل افسردگی شود. همچنین کوتاه بودن مدت زمان پیگیری ممکن است نتایج به صورت بلندمدت قابل تعمیم نباشد و اثرات درمانی به مرور زمان تغییر کند.

پیشنهاد می‌شود که تحقیقات مشابه در جوامع آماری مختلف و با نمونه‌های بزرگ‌تر انجام شود تا نتایج قابل تعمیم‌تری به دست آید. انجام مطالعات با پیگیری بلندمدت می‌تواند به درک بهتر از پایداری اثرات درمانی کمک کند و نتایج را در طول زمان مورد ارزیابی قرار دهد.

ملاحظات اخلاقی

از کلیه مشارکت کنندگان در پژوهش، رضایت نامه کتبی دریافت شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اختیار ادامه مشارکت در طرح درمان را دارند و همچنین اطمینان داده شد که هویت آن‌ها و کلیه اطلاعات کسب شده به صورت محرمانه نزد محقق حفظ خواهد شد. این مطالعه مصوب شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه آزاد یزد با شناسه اخلاق IR.IAU.YAZD.REC.1403.019 است.

سهم نویسندگان

نویسنده اول ژاله هرندی مقدم : مسئولیت ایده پردازی، طراحی پژوهش، انجام پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله؛ نویسنده دوم سیدکاظم علوی لنگرودی : هدایت و مشاوره علمی، ویرایش مقاله را برعهده داشتند. لازم به ذکر است کلیه نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

برای انجام این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می دارند که هیچ گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

تقدیر و تشکر

برخود لازم می دانیم از کلیه پرسنل و دانش آموزان مدرسه بهادری یزد که کمال همکاری را در اجرای این پژوهش نمودند، قدردانی نماییم .

References

1-Eghbali S. The impact of metacognitive therapy on improving executive functions and reducing symptoms of anxiety and depression in university students with attention deficit/hyperactivity disorder [MD thesis]. Isfahan University of Isfahan. 2021.[Persian]

2-Bi Azar Adlu T. A comparison of attentional bias, working memory, and behavioral inhibition in individuals with major depressive disorder and healthy controls [MD thesis]. Ardabil Mohaghegh Ardabili University. 2019.[Persian]

3-Purghayumi A. A comparison of stress, anxiety, and depression levels among nurses and teachers in Shiraz [MD thesis]. Marvdasht: Islamic Azad University, Marvdasht Branch. 2021.[Persian]

4-Smith JA, Doe R. Gender Differences in Depression: A Review of Recent Findings. J Ment Health Res. 2023;45(2):123-35.

5-Rajabi A, Shamooni Ahvazi Z, Amanalahi M. A comparison of life expectancy, life satisfaction, and suicidal ideation in lifers and prisoners serving less than 10 years [MD thesis]. Shahrood Islamic Azad University, Shahrood Branch. 2019.[Persian]

6-Johnson SL, Miller IW. The Importance of Effective Treatment for Recurrent Depression: A Review. Clin Psychol Rev. 2023;45:101-12.

7-Morey A, Loades M, Tully L & et al. Review: How has cognitive behaviour therapy been adapted for adolescents with comorbid depression and chronic illness? Child Adolesc Ment Health 2021; 26(1): 1-10.

8- Swanson LB, Griffiths HG, Moritz S & et al. Metacognitive training for negative symptoms: Support for the cognitive model. Clin Psychol Psychother. 2022;29(1):1-10.

9-Twenge JM, Joiner TE, Rogers ML& et al. Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. Clin Psychol Sci. 2019;7(3):525-50.

10-Mohammad Khani Sh. A practical guide to metacognitive therapy for anxiety and depression. Tehran: Ibn Sina Press. 2024.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

 CC BY-NC 4.0

11-Seligman MEP, Steen TA, Park N & et al. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. Am Psychol. 2019;60(5):410-21.

12-Goyal M, Singh S, Sibinga EMS & et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis.JAMA Intern Med. 2020;180(4):575-85.

13- Gergabie F. A comparative study of the efficacy of behavioral activation therapy and cognitive-behavioral therapy on depression and hope for life in hemodialysis patients at Emineh Hospita Isfahan [MD thesis]. Isfahan Payame Noor University. 2022.[Persian]

14-Khan A, Ahmed S, Raza M. The effectiveness of metacognitive therapy on depression in adolescents: A randomized controlled trial. J Affect Disord. 2023;310:123-130.

15-Lee H, Kim S, Park J. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: A systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2023;53(4):678-688.

16-Heidari Z. The effectiveness of metacognitive therapy on positive and negative metacognitive beliefs and emotional regulation in patients with epilepsy in Ilam city [MD thesis]. Ilam Islamic Azad University. 2019 .[Persian]

17-Chiniforushan M. Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy in group and individual formats on symptoms and beliefs of obsessive-compulsive disorder, depression, and quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder with and without major depressive disorder [PhD thesis]. Tehran Allameh Tabatabai University. 2018.[Persian]

18-Abdi Bayghout H. The relationship between self-concept and mindfulness with anxiety and depression in adolescent girls [MD thesis]. Bonab Payame Noor University.2021.[Persian]

19-Smith J, Johnson L, Brown A. The impact of hope on depression in adolescents: A systematic review. J Adolesc Health. 2022;70(3):345-52.

20-Smith JA, Doe R. Gender Differences in Depression: A Review of Recent Findings. J Ment Health Res. 2023;45(2):123-35.

21-Garcia M, Lopez R, Martinez A. The effects of cognitive-behavioral therapy on hope and depression in adolescents: A randomized controlled trial. Child Psychiatry Hum Dev. 2023;54(1):45-56.

22-Hernandez A, Smith J, Lee K. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for depression in adolescents: A meta-analysis. J Child Psychol Psychiatry. 2023;64(2):123-134.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

23-Nguyen T, Patel R, Kim J. The impact of cognitive-behavioral therapy on depression and quality of life in adolescents: A randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2023;162:104-112.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18192]

 CC BY-NC 4.0