



بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی بر کاهش افسردگی دانش آموزان

علی محمد نظری*^۱(Ph.D.)، مسعود اسدی^۲(M.A.)

۱- دانشگاه تربیت معلم- دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی- گروه مشاوره- استادیار. ۲- کارشناس ارشد مشاوره خانواده.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۹/۱۷، تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۷/۲۴

چکیده

مقدمه: متناسب با سبب شناسی افسردگی در نوجوانان شیوه‌های درمانی مختلفی شناخته شده است که یکی از آنها شناخت درمانی است. هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان مقطع متوسطه است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش از بین کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه یک مرکز شبانه‌روزی در منطقه طارم استان قزوین، ۱۶ دانش‌آموز با روش تصادفی ساده انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد اختصاص داده شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه افسردگی بک بود. اعضای گروه مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شناخت درمانی شرکت کردند و گروه شاهد هیچ درمانی دریافت نکردند. برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه از آزمون t مستقل استفاده شده است.

نتایج: نتایج نشان داد که، بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه مداخله و شاهد تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که شناخت درمانی گروهی موجب کاهش میانگین نمره افسردگی دانش‌آموزان در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شده است (۲/۱- در مقابل ۰/۲۵-).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر مشخص می‌کند که شناخت درمانی گروهی می‌تواند علائم افسردگی دانش‌آموزان را کاهش دهد. بنابراین از این یافته می‌توان در راستای برنامه‌ریزی درمانی یا استفاده از چهارچوب نظریه شناختی در کاهش و یا جلوگیری از افزایش افسردگی دانش‌آموزان استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: شناخت در مانی گروهی، افسردگی، دانش‌آموزان.

Original Article

Knowledge & Health 2011;6(1):44-48

The Effectiveness of Cognitive Group Therapy on Decreasing Depression among High School Students

Ali Mohamad Nazari^{1*}, Masoud asadi²

1- Associate Professor, College of Education and Psychology; Counseling Department, Tarbiat Moallem University, Tehran, Iran. 2- M.A, Family Counseling, Tarbiat Moallem University, Tehran, Iran.

Abstract:

Introduction: Depending on its etiology, many methods have been established for the treatment of depression among adolescents; cognitive therapy is one of them. The purpose of the present research was to investigate the effect of cognitive group therapy on decreasing depression among high school students.

Methods: From the male students of a boarding high school in Tarom district of Gazvin province, a sample of 16 students were randomly selected and assigned into experimental and control groups. The measurement tool was Beck depression inventory. The experimental group participated in 8 sessions of cognitive therapy, while the control group did not receive any treatment. The mean scores of the two groups were compared through independent t-test.

Results: The results of the study showed significant differences between the mean scores of the pre-tests and post-tests of the experimental and control groups, so that cognitive group therapy had reduced the depression mean score in the experimental group (-2.1 vs. -0.25).

Conclusion: The findings of the study indicate that cognitive group therapy can reduce the depression among students. These findings can be used for therapeutic planning within the cognitive paradigm to reduce or prevent depression among students.

Keywords: Cognitive group therapy, Depression, Students.

Conflict of Interest: No

Received: 8 December 2009

Accepted: 16 October 2010

*Corresponding author: A.M Nazari, Email: amnazari@yahoo.com

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای از تغییرات است که معمولاً سنین ۱۳ تا ۱۹ سالگی را دربر می‌گیرد و بی‌تردید یکی از مهم‌ترین دوران رشد فرد است (۱). در این سن تغییراتی که به جریان رشد نوجوان و روابط بین جنبه‌های مختلف رشد مربوط می‌شود، رخ می‌دهد. این تغییرات شامل: دلبستگی، استقلال (تغییرات رابطه با والدین، خواهران و برادران)، صمیمیت (شکل‌گیری روابط فردی نزدیک خارج از خانواده)، پیشرفت (کسب مهارت‌ها و نقش‌های لازم برای زندگی)، هویت (احساس ناشی از ترکیب احساسات و نقش‌های کودکی با تقاضاها و مزایای بزرگسالی) است (۲). این رویدادها می‌توانند سبب‌ساز بسیاری از اختلالات روانی از جمله افسردگی گردند. از سویی دیگر در این سنین، سکونت در شرایط استرس‌زای مراکز شبانه‌روزی با محدودیت‌های کمی و کیفی در روابط اجتماعی و محرک‌های تربیتی، باعث می‌شود که نوجوانان ساکن در آن به مشکلات جسمی، عاطفی، رفتاری دچار شوند (۳).

نوجوانان مراکز شبانه‌روزی سطح بالایی از تنیدگی را تجربه می‌نمایند که خود عاملی در افزایش شدت افسردگی آن‌ها می‌باشد (۳). افسردگی که قسمت عمده‌ای از مشکلات مربوط به سلامت روانی را تشکیل می‌دهد (۴). در کودکان و نوجوانان از دهه ی ۷۰ میلادی مورد توجه خاص روان‌شناسان و روانپزشکان قرار گرفته است (۵) و در پی گسترش تحقیقات در این زمینه میزان شیوع آن ۱۵ تا ۲۰ درصد در میان این گروه سنی گزارش شده است (۶). همچنین مطالعات همه-گیرشناسی در جمعیت عمومی برآوردهای متفاوتی از شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان ارائه داده‌اند که دامنه‌ای از ۰/۴ تا ۸/۸ درصد را دربر می‌گیرد (۷). در رابطه با مراکز شبانه‌روزی در یافته‌های پژوهشی، میزان این اختلال در نوجوانان ساکن مراکز شبانه‌روزی بیش‌تر از نوجوانان غیر شبانه‌روزی گزارش شده است (۳).

نوجوانان احساس افسردگی خود را به‌صورت احساس حقارت، از دست دادن لذت (۸)، خستگی، کسالت و بی‌حوصلگی، نارسایی توجه، کوشش در جلب توجه (۹)، احساس بی‌کفایتی در غلبه کردن بر تقاضاها و انتظارات شدید و فشارآور (۲)، احساس ملال و بی‌قراری، خود بیمار پنداری و رفتار بزه‌کارانه (۱۰) بروز می‌دهند که این علائم پیامدهایی مانند اختلال در کارکردهای مختلف اجتماعی، تحصیلی و حرفه‌ای و غیره را برای آن‌ها به همراه دارد. علاوه بر آن نشانه‌ها و اختلال‌های افسرده وار در نوجوانی، احتمال اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد، مشکلات رفتاری و ارتباطی را در حد قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد (۱۱). بر طبق یافته‌ای پژوهشی میزان پیامدهای ذکر شده در نوجوانان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بیش‌تر است. برای نمونه در مطالعه وادز و همکاران، میزان سوء مصرف مواد و افکار خودکشی در نوجوانان مراکز شبانه‌روزی بیش‌تر از نوجوانان غیر شبانه‌روزی گزارش شده است (۲).

در آسیب‌شناسی افسردگی به عوامل گوناگونی مانند عوامل زیست-شناسی، توارث، و عوامل روان‌شناختی و اجتماعی اشاره شده است (۱۲). همچنین متناسب با سبب شناسی این اختلال، شیوه‌های درمانی مختلفی نظیر دارو درمانی، شوک درمانی، روان تحلیلی، شناخت درمانی و رفتار درمانی به‌عنوان روش‌هایی مؤثر در درمان افسردگی شناخته شده‌اند. در دیدگاه شناخت درمانی و رفتار درمانی، افسردگی حاصل افکار خود آیند (افکاری که بدون هیچ تلاشی و یا انتخابی روی می‌دهند)، طرح‌واره‌ها (قالب‌هایی که افراد در زندگی روزمره خود، برای واکنش به رخدادها از آن‌ها استفاده می‌کند)، نگرش‌های ناسالم و برداشت‌های منفی فرد از خود، دنیا و آینده است (۱۳).

شناخت درمانی به‌صورت فردی و گروهی قابل اجراست. از آنجایی که جوان‌ها در قالب گروه می‌توانند افکار و احساسات خود را به نحو بهتری در میان بگذارند (۱۴) و فرصت به بحث گذاشتن مسایل بین فردی، همکاری و مشارکت را پیدا کنند (۱۵) شناخت درمانی به شیوه گروهی می‌تواند برای آن‌ها مفید باشد. بک و فرلین شناخت درمانی در افسردگی را به‌عنوان نیروی مجدد باورهای منطقی تلقی می‌کنند که هدف آن، انرژی‌دهی دوباره به سیستم واقعیت‌سنجی است. در این شیوه برای کاهش نشانه‌های افسردگی چهار مرحله اصلی وجود دارد: ۱- شناسایی افکار خود آیند منفی، طرح‌واره‌ها و فرایندهای غلط فکری ۲- دستیابی به درکی جامع از ساختار شناختی فرد. ۳- به چالش طلبیدن و تغییر جنبه‌های ضروری ساختار شناختی ۴- ایجاد راهبردهایی برای تداوم شیوه‌های نوین تفکر (۱۳).

در شناخت درمانی گروهی، فرآیند درمان به گونه‌ای طراحی شده است که افکار یا شناخت‌های منفی مشخص گردیده، پیوندهای بین شناخت، عاطفه و رفتار تعیین شده و شواهدی مخالف افکار خود آیند تحریف شده را بررسی نموده تا سرانجام تغییر واقع گرایانه را جایگزین شناخت‌های تحریف شده نماید (۱۶). علاوه بر آن در شناخت درمانی، درمان‌جو تشویق می‌شود تا رابطه‌ای بین افکار خودکار منفی و احساس افسردگی خود را به‌عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شوند، تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار منفی است، به‌عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار استفاده کند (۱۷). در این شیوه هدف نه فقط تسریع بهبودی بلکه تداوم در بهبودی و در صورت امکان جلوگیری از بازگشت افسردگی است. بدین منظور اعضاء در طی درمان مهارت‌های فعال کاهش افسردگی را در ۶ تا ۲۰ جلسه روان درمانی می‌آموزند (۱۸).

پژوهش‌های زیادی جهت بررسی اثربخشی شناخت درمانی برای افسردگی انجام شده است که نتایج حاصل از آن مطالعات نشان می‌دهد این شیوه در درمان افسردگی مؤثر بوده و تأثیر آن با داروهای ضد افسردگی قابل مقایسه است (۱۹). در این زمینه تحقیقات نشان دادند که شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی اثر بخش‌تر از

آزمون گرفته شد. سپس مداخله آزمایشی یعنی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی با همکاری شرکت‌کنندگان گروه مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) اجرا شد. در طی این مدت گروه شاهد تحت هیچ‌گونه مداخله آزمایشی قرار نگرفتند. بعد از اتمام جلسه‌ها نیز از هر دو گروه پس از آزمون و در انتها دو گروه مورد مقایسه قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش فرم ۲۱ سوالی آزمون افسردگی بک (B.D.I) بود. این آزمون برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک معرفی شد و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در نهایت در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. این آزمون بر پایه یافته‌های بالینی تهیه و تنظیم شده و هیچ نظریه سبب‌شناسی را برای افسردگی در نظر نگرفته است (۳۹). این آزمون در مجموع از ۲۱ سوال مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود شدت این نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ درجه‌بندی کند. پرسش‌ها با زمینه‌هایی مانند احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و از دست دادن اشتها ارتباط دارند. دامنه نمره بین حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ قرار دارد. به این معنی که نمره‌های ۰ تا ۱۳ نشان‌دهنده هیچ یا کم‌ترین افسردگی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید است (۳۸). این آزمون در پژوهش‌های گوناگون برای سنجش افسردگی نوجوانان به کار رفته است که برای نمونه می‌توان به مطالعات (تری، ۱۹۸۲؛ کاپلان و هانگ، ۱۹۸۴؛ لارسونو میلن، ۱۹۹۰؛ ویتاکر و همکاران، ۱۹۹۰) اشاره کرد. (۳۴) محققان بسیاری تاکنون اعتبار و روایی این ابزار را تأیید کرده‌اند. علاوه بر آن بک در سال ۱۹۷۲ پایانی آن را با روش اسپیرمن- براون در حدود ۰/۹۳ گزارش نموده است. در ایران نیز پور شهباز در سال ۱۳۷۲ پژوهشی ضریب همسانی درونی این آزمون را ۰/۸۵ و پایایی آن را ۰/۸۱ گزارش نموده است (۳۸).

به‌منظور تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه پژوهش از آزمون t مستقل برای مقایسه تفاضل پیش آزمون و پس آزمون در گروه مداخله و شاهد استفاده شد. داده‌ها از طریق رایانه و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. در آزمون فرضیه سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، میانگین افتراقی پیش آزمون و پس آزمون در گروه مداخله ۲/۱- و در گروه شاهد ۰/۲۵- است.

گروه	تعداد	تفاوت میانگین	t	P.V
مداخله	۸	$-2/1 \pm 1/9$	-۲/۴	۰/۰۳۱
شاهد	۸	$-0/25 \pm 1/2$		

درمان دارویی است (۲۰ و ۲۱). علاوه بر آن پژوهش‌های انجام شده در مقایسه میزان اثر بخشی شیوه‌های غیردارویی، شناخت درمانی را به‌عنوان شیوه‌ای مؤثر برای درمان افسردگی معرفی کرده‌اند (۲۲ و ۲۳). همچنین فری با همکاری اویی، به نقل از فری و ساندرز برنامه شناختی درمانی گروهی را برای افراد مبتلا به افسردگی در سال ۱۹۸۷ در طیف ۱۸ تا ۷۵ سال و در سال‌های ۹۳ - ۱۹۹۲ برای سنین ۲۳ تا ۶۳ سال به‌کار بردند که نتایج بررسی‌ها در تمام دوره‌ها، کاهش میزان افسردگی را در بین گروه‌های شرکت‌کننده نشان داد (۱۳). در پژوهش‌های دیگری نیز اثربخشی شناخت درمانی گروهی را بر کاهش افسردگی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۳۹ و ۴۰) در ایران نیز پژوهش‌های زیادی تأثیر شناخت درمانی گروهی را بر درمان افسردگی نوجوانان نشان داده‌اند (۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵).

گرچه بررسی‌های گسترده‌ای پیرامون این الگوی درمانی روی بزرگسالان انجام شده اما پژوهش‌های کم‌تری برای افراد جوان‌تر به ویژه کودکان و نوجوانان به کمک این روش انجام گرفته است که این امر از دو دلیل ناشی می‌شود: نخست اینکه پذیرش عمومی وجود افسردگی در کودکان و نوجوانان مدت زیادی طول کشید و دوم اینکه تنها در دهه‌های اخیر و در بررسی‌های انجام گرفته روی کودکان و نوجوانان افسرده، بر وجود جنبه‌های شناختی افسردگی در این گروه‌ها تأکید شده است (۳۲). از سویی دیگر توجه به این نکته ضروری است که افسردگی یک پدیده گذرا نبوده و چنانچه عوامل زمینه‌ساز یا تداوم بخش آن بدون مداخله باقی بمانند، تمایل به تداوم داشته و نتایج پایدار و مخرب را بر جا می‌گذارد (۳۶). با در نظر گرفتن موارد یاد شده و با توجه به اینکه میزان شیوع افسردگی در بین دانش‌آموزان ساکن مراکز شبانه‌روزی در مقایسه با دانش‌آموزان غیر شبانه‌روزی زیادتر است (۳)، پژوهش حاضر با هدف بررسی سودمندی شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان ساکن شبانه‌روزی انجام گرفته است. نتایج این مطالعه می‌تواند به متخصصین کمک کند تا از شیوه شناخت درمانی در درمان افسردگی دانش‌آموزان استفاده کنند.

مواد و روش‌ها

در پژوهش حاضر از روش تجربی و طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد استفاده شد. جامعه شامل دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه یک مرکز شبانه‌روزی واقع در منطقه طارم استان قزوین بود. نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده انجام گرفت. بدین صورت که دانش‌آموزان ساکن در خوابگاه مرکز شبانه‌روزی، با استفاده از آزمون افسردگی بک (B.D.I) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس ۱۶ نفر از کسانی که طبق آزمون یاد شده دچار حالت افسردگی بودند، مشخص شده و به‌صورت تصادفی، ۸ نفر در گروه مداخله و ۸ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند. قبل از شروع جلسات گروه درمانی از هر دو گروه پیش

شیوه برای دانش‌آموزان دختر ساکن مراکز شبانه‌روزی و همچنین مقاطع تحصیلی مختلف به‌کار برده شود. ۳- شناخت درمانی گروهی به همراه رویکردهای دیگر جهت بهبود افسردگی دانش‌آموزان دختر و پسر ساکن مراکز شبانه‌روزی و غیر شبانه‌روزی انجام و نتایج حاصل از آن جهت مقایسه، بررسی شوند.

تشکر و قدردانی

از دانش‌آموزانی که به‌عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند و با همکاری صمیمانه آن‌ها، اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Najafi SA. Study of behavioral- cognitive therapy of self-concept on depression of girls of 15 to 18 years old residing at hostels [dissertation]. Tarbiat Moalem Univ.;2005.[Persian]
2. Shahraray M. Psychology of teenager growth: Revolutionary attitude. Tehran: Elm pub;2005.[Persian].
3. Saffarpour RA. Comparison of the level of depression and emotion in girl teenagers residing at boarding schools and other girl teenagers [dissertation]. Shahid Beheshti Univ;2006. [Persian].
4. Berry d. Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adult? A review of randomized controlled studies. Int J Psychiatr Nurs Res 2002;8(1):875-90.
5. Najjarian B. Preparing and finding the validity of children's depression scale form by analyzing the factors. Journal of Psychological Researches 1994.2(3-4):24-43.[Persian].
6. Broujeni AZ, Yazdani MV, Yazdan Nik A. Relation between parents' behavioral patterns with teenagers' depression and Suicide thoughts. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2001;3(2):46-54.[Persian].
7. Birmaher B, Ryan ND, Williamson BA, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1996;35(11):1427-1439.
8. Michell J, McCauley E, Burke PM, Moss SJ. Phenomenology of depression in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988;27(1):12-20.
9. Dadsetan P. Revolutionary pathological psychology from childhood to adulthood. Tehran: SAMT pub;1999.[Persian].
10. Mussen PHJ, Huston AK, Kanjer JV. Child's personality & growth. Translated to Persian by: Yasaei M. Tehran: Markaz pub;2006.[Persian].
11. Naseh A. A study of the efficiency of behavioral-cognitive therapy of the teenagers, parents' skill learning together with teenagers-parents common sessions to reduce the depression symptoms. MA Thesis, Shahid Beheshti Univ;1996.[Persian].
12. Yaeghoobi Nasrabadi M, Atef Vahid MK, Ahmad Zadeh Gh. The efficacy of cognitive-behavioral group therapy in reducing the level of depression and anxiety in patients with mood disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2003;9(2):71-77.
13. Free ML. Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice. New York: Jon Wiley & sons, Inc.;1990.
14. Sink K. School consultation in present era: theory, research and application. Translated to Persian by: Nazari AM, Soleimani AA. Tehran: Elm pub;2007.

بنابراین با سطح اطمینان ۹۵٪ تفاوت معناداری بین میانگین افتراقی گروه‌های مداخله و شاهد وجود دارد ($P=0/031$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان طراحی و اجرا شد. نتایج به‌دست آمده نشان داد که این شیوه درمانی بر افسردگی دانش‌آموزان تأثیر داشته و موجب کاهش افسردگی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در برنامه شناخت درمانی گروهی شده است ($P<0/05$).

یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعه فری (۱۹۹۹) که شناخت درمانی گروهی را برای درمان افسردگی در سال‌های ۱۹۸۷ و ۹۳-۱۹۹۲ به‌ترتیب برای سنین ۱۸ تا ۷۵ سال و ۲۳ تا ۶۳ سال به‌کار برده و اثر بخشی آن را مورد تأیید قرار دادند، هم‌خوانی دارد (۱۳). همچنین این نتایج پژوهش‌های؛ موری و همکاران، ۲۰۰۲ (۲۵)؛ هاین و همکاران، ۲۰۰۵ (۲۶)؛ چن و همکاران، ۲۰۰۶ (۲۷)؛ اویی، ۲۰۰۸ (۲۸)؛ آخوند مکه‌ای، ۱۳۷۶ (۲۹) و گرجی (۳۰)، مهرابی‌زاده، ۱۳۷۵ (۳۱)؛ ثنایی و نصیری، ۱۳۷۹ (۳۲)؛ حنا‌ساززاده و همکاران، ۱۳۸۰ (۳۳)؛ ترقی‌جاه، (۳۴) ۱۳۸۵؛ طاهری و جمشیدی، ۱۳۸۶ (۳۵) که رویکرد و تکنیک-های شناختی را در درمان افسردگی به‌کار بردند و تأثیر شناخت درمانی گروهی بر کاهش و درمان افسردگی را مورد تأیید قرار دادند، با یافته‌های مطالعه حاضر مطابق است. دیدگاه شناختی افسردگی حاصل افکار خود آیند، طرح‌واره‌ها و برداشت‌های منفی فرد از خود، دنیا و آینده است. لذا برای کاهش نشانه‌های افسردگی ابتدا بر شناسایی و سپس به چالش طلبیدن و تغییر افکار خود آیند، طرح‌واره‌ها و برداشت‌های منفی فرد و همچنین ارزیابی تکالیف خاص در هر مرحله از درمان تأکید می‌گردد. لذا در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت با توجه به انجام فرایند ذکر شده در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای اعضای شرکت‌کننده و همچنین با استناد به نتایج آماری پژوهش، گروه درمانی با رویکرد شناختی در کاهش افسردگی دانش‌آموزان مؤثر بوده است. پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی نیز برخوردار است؛ فراهم نبودن شرایط جهت انجام آزمون پیگیری، از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. علاوه بر آن با توجه به اینکه جامعه مورد مطالعه را دانش‌آموزان دبیرستانی تشکیل می‌دهند، تعمیم نتایج به تمامی اقشار و گروه‌ها باید با احتیاط صورت بگیرد. برای موضع‌گیری قاطع‌تر در مورد تأثیر گروه درمانی شناختی بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان از منابع مختلف در جامعه ایرانی، انجام پژوهش‌های بیشتر در نمونه‌های متنوع‌تر، ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به چهارچوب نظری رویکرد شناختی و نتایج پژوهش‌های انجام گرفته و یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌گردد: ۱- پژوهش‌های بیشتری با استفاده از این شیوه برای نمونه بیشتر و در مراکز شبانه‌روزی دیگر انجام گردد. ۲- این

15. Leader E. whu. Adolescent group therapy. Journal of Child and Adolescent Group Therapy 1991;1:81-93.
16. Bahrami BS. A comparison between the efficiency of group cognitive therapy and that of group analytical therapy on incomppliance between husband and wife. Journal of Counseling Research 2005;4(15):46-49.
17. Mahryar H. Depression, attitudes and cognitive therapy. Tehran: Roshd pub;1994.[Persian].
18. Ghasemzadeh H. Cognitive therapeutic behavior therapy. Tehran:Roshd pub;2001.[Persian].
19. Melanie JV. Cognitive therapy of depression: the mechanisms of change. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2009;(11)2:97-108.
20. Paykel ES. Cognitive therapy in relapse prevention in depression. Int J Neuropsychopharmacol 2007;10(1):131-6.
21. Guidi GA, Fava M, Papakostas GI. Efficacy of the sequential integration of psychotherapy and pharmacotherapy in major depressive disorder: a preliminary meta-analysis. Psychological Medicine 2010;41(2):321-331.
22. DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD. Medication versus cognitive-behavioral therapy for several depressed outpatients: Mega analysis of four randomized comparisons. American Psychiatric 1999;156,7:1007-10013.
23. Bolter AC, Beck JS. Cognitive therapy outcome: A review of Meta analyses. Journal of the Psychology Association 2000;373:1-9.
24. Oei TP, Sullivan LM. Cognitive changes following recovery from depression in a group cognitive-behavior therapy program. Aust N Z J Psychiatry 1999;33(3):407-415.
25. Murry WE, Brian JC, Shannon RP. Group cognitive-behavior therapy for residual depression: Effectiveness and predictors of response. Cognitive-Behavior Therapy 2002;31(1):31-40.
26. Hyun MS, Chung HI, Lee YJ. The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression, and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. Appl Nurs Res 2005;18(3):160-166.
27. Chen TS, LU RB, Chang AJ, Chu DM, Chou KR. The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. Arch Psychiatr Nurs 2006;20(1):3-11.
28. Oei TP, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar disorders. J Affect Disord 2008;107(1-3):5-21.
29. Akhond Maccchei Z. A study of the effect of beck- style cognitive therapy on depressions of teenage girls of 15 to 17 years old residing in Shahinshahr city of Isfahan province [dissertantion]. Tarbiat Moalem Univ.;1997.[Persian].
30. Gorji S. A study of the prevalence of depression and the effect of group cognitive therapy on reducing depression amount the boy students of the high schools and technical schools of district 1 of Gharchak [dissertantion].Tarbiat Moalem Univ.; 2001.
31. Mehrabizadeh HM. A study of the effect of group cognitive therapy in decreasing depression and increasing the coordination among self-image elements [dissertantion]. Tarbiat Modares Univ.;1996. [Persian].
32. Sanaei BV, Nasiri HR. A study of group religious-cognitive therapy on reducing depression and anxiety of patients afflicted with mood disorders hospitalized at Nour medical center of Isfahan. Journal of Counseling Research 2000;2(7-8):89-96.[Persian].
33. Hanasabzadeh AM, Yazdandoust RV, Mohammadian M. Efficiency of behavioral-cognitive therapy in reducing depression symptoms and unhealthy attitudes of teenagers suffering from depression. Journal of Behavior and Thought 2001;7(1-2):76-84.[Persian].
34. Taraghijah S. A comparison between the efficiency of group behavioral- cognitive consultation and that of group intellectual consultation on a group of girl students of Tehran's Universities [dissertantion].Tarbiat Moalem Univ;2006.[Persian].
35. Taheri AV, Jamshidi Z. Efficiency of group cognitive therapy on reducing depression symptoms. Journal of Applied Psychology 2007;3:51-57.[Persian].
36. Tahmasian K, Jazayeri AR, Mahmoudkhani PV, Tabatabaei M. Direct and indirect effect of social self effectiveness on depression. Journal of Social 2005;19:113-124.[Persian].
37. Marnat GG. Psychometry guide. Translated to Persian by: Pasha Sharifi H, Nikkhou MR. Tehran: Roshd pub;2005.[Persian].
38. Monirpour N, Yazdandoust R, Atef Vahid MK, Delavar A. The relation between anthropology specifications and the prevalence of depression among high school students. Journal of Social Welfare 2004;14:189-204.
39. Weisz JR, Southam-Gerow MA, Gordis EB, Connor-Smith JK, Chu BC, Langer DA, et al. Cognitive-behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression: an initial test of transportability to community clinics and clinicians. J Consult Clin Psychol 2009;77(3):383-96.
40. Shirk SP. School-based cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a benchmarking study. Journal of Emotional and Behavioral Disorders 2009;17(2):106-117.