رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۵، شماره پیاپی ۶۲، مرداد ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(5), 2021

مقایسۀاثربخشی درمان شناختی رفتاری پیامکی آنلاین و درمان شناختی رفتاری تلفنی بر اختلال افسردگی پایدار

Comparison The Effectiveness of Online Text Messenger-Based Cognitive-Behavioral Therapy and Telephone-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Persistent Depression Desroder

محمدرضا رئیسی
دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.
دکتر علی اصغر اصغرنژادفرید(نویسنده مسئول)
دانشیار روانشناسی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
دکتر فایزه جهان
استادیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.
دکتر آمنه معاضدیان
استادیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

Mohamadreza Raisi
Ph.D Student., Department Of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.
Dr. Aliasghar Asgharnejad farid *
Professor, Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
asggarnejadaliasghar@gmail.com
Dr. Faeze Jahan
Assistant Professor, Department Of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.
Dr. Ameneh Moazedian
Assistant Professor, Department Of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

چکیده
افسردگی یکی از اختلالات شایع روانی است؛ در کشورهای در حال توسعه، به دلیل هزینۀ بالای درمان، عدم دسترسی به روانپزشک یا روانشناس حرفه‌ای، سوءتعبیرهای فرهنگی و موانع دیگر، بسیاری از افراد نمی‌توانند هیچ‌گونه درمانی دریافت کنند. استفادۀ گسترده از تلفن همراه و ثابت و نیز تلفن‌های هوشمند در جهان، فرصتی را برای کمک به افراد نیازمندی فراهم می‌کند که دریافت کمک‌های حرفه‌ای درمانی برایشان آسان یا مقدور نیست. از این رو هدف پژوهش حاضر مقایسۀ اثربخشی درمان شناختی رفتاری پیامکی آنلاین و درمان شناختی رفتاری تلفنی بر اختلال افسردگی پایدار بود. این مطالعه از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش-آزمون پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعۀ آماری شامل کلیۀ افراد ۱۸ تا ۵۵ سالۀ مراجعه‌کننده به چهار مرکز مشاوره و روانشناسی در غرب شهر تهران در سال ۹۸ بود. تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی پایدار، به طور تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش ویرایش دوم پرسشنامۀ ۲۱ سوالی افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۸۸)(BDI-II) و نسخۀ بالینی مصاحبۀ بالینی ساختاریافته (فرست و همکاران، ۲۰۱۶)SCID) بود. داده‌ها با نسخۀ ۲۲ نرم‌افزار SPSS و با روش تحلیل کواریانس تحلیل شدند. با توجه به یافته‌های پژوهش، هر دو مداخله تلفنی و پیامکی آنلاین به طور معناداری باعث کاهش افسردگی بیماران شدند (P<0/05).از لحاظ اثربخشی، بین دو روش مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت (P<0/01). هر دو شیوۀ درمان شناختی درمانی تلفنی و پیامکی آنلاین بر کاهش علائم افسردگی مؤثر بودند.
واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، افسردگی، پیامک آنلاین.

Abstract
Depression is one of the frequent psychological disorders. In developing countries due to the high cost of the therapy, lack of access to a professional psychiatrist or psychologist and cultural misunderstanding, and other barriers many people can not get any treatment. Mass utilization of Telephones and Smartphones in the world provides an opportunity to bring help to those in need where it is not easy/able to get professional support treatment. The goal of this research is to compare the effects of online text messenger-based therapy and Telephone-based Cognitive-behavior therapy on Persistent Depression. This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. The study population included all 18– to 55– year–olds referring to four counseling and psychology clinics in the west of Tehran city, Iran, in the year 2019. 30 Persistent depressed patients were randomly selected as the study samples. The research tools were: The B
DI-2 Beck et al. (1988) the Beck Depression Inventory with 21 questions and the SCID-5-CV First et al. (2016) the Structured Clinical Interview for DSM-5. Data were analyzed by SPSS-22 software using covariance analysis(ANCOVA). According to the findings of the study, that both cognitive-behavior therapy interventions (by Telephone and by WhatsApp) significantly decreased persistent depression in patients (p< 0.01). However, There were no significant differences in the effectiveness of these two interventions on these variables. Both of the methods (telephone and Online Text Messenger-Based cognitive-behavior) were effective to decrease the symptoms of depression.
Keywords: *Cognitive behavioral therapy, Depression, Online text messenger,, online Text chat.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مرداد ۱۴۰۰** **پذیرش: مرداد ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : مرداد ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.20.8]

مقدمه

افسردگی به عنوان یکی از مشکلات اصلی سلامت روان، تاثیرات شگرفی بر سلامت عمومی جهان دارد؛ از تأثیر افسردگی بر رشد و نمو کودک و افزایش خطر ابتلا به زوال عقل تا خودکشی، مرگ و میر زودرس و بروز اختلالات مختلف جسمی (رینولد و پاتل، ۲۰۱۷). بر اساس برآوردها حدود ۳۰۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می‌برند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). بررسی‌ها نشان می‌دهند در حالی که ۱۴درصد از وزن جهانی بیماری به اختلالات روانی منسوب است، بیشتر افراد مبتلا – ۷۵درصد در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد- به معالجۀ مورد نیاز دسترسی ندارند و یا درمان‌نشده باقی می‌مانند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹).

یکی از انواع افسردگی‌ها، افسردگی پایدار[1]است؛ این اختلال در پنجمین مجموعۀ تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا DSM-V – (۲۰۱۳) ،از ترکیب دو اختلال قدیمی یعنی اختلال افسردگی عمدۀ مزمن[2] و اختلال افسرده-مزاجی[3](افسرده‌خویی) شکل گرفته‌است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). ویژگی اصلی این اختلال، مزاج(خلق) افسرده در اکثر ساعات روز و در اکثر روزها به مدت ۲ سال (برای بزرگسالان) است؛ تفاوت دیگر با ویراست قبل(DSM-IV) این است که قبل از اختلال افسردگی پایدار، ممکن است افسردگی عمده روی دهد، و در طول اختلال افسردگی پایدار، ممکن است دوره‌های افسردگی عمده روی دهند. بنابراین افرادی که ملاک‌هایشان به مدت دو سال با اختلال افسردگی عمده و اختلال افسرده‌مزاجی مطابقت دارد هر دو تشخیص را دریافت می‌کنند (مالگیانیس، آرنتز و همکاران، ۲۰۱۴). به این ترتیب تفکیک دقیق آمار شیوع افسردگی پایدار (مزمن و افسرده مزاجی) دشوار است. تخمین زده می‌شود ۲۵ تا ۴۰ درصد از مراجعان به مراکز روانپزشکی افسردگی مزمن (پایدار) دارند و حدود ۳۰ درصد موارد افسردگی دارای یک دورۀ مزمن با نشانه‌هایی هستند که حداقل ۲ سال طول می‌کشد. شیوع ۱۲ ماهه افسردگی مزمن ۱,۵ درصد و شیوع طول عمر آن ۳ تا ۶درصد است (نوبل و همکاران، ۲۰۲۰). آمار شیوع افسردگی پایدار فقط در برخی کشورها آن هم به صورت تخمینی با استناد به گزارش شرکت‌های بیمه از طول مدت درمان، برآورد شده است؛ از جمله در ایالات متحده این رقم ۳ درصد و در آلمان دو سوم تشخیص‌های افسردگی، حداقل یک دورۀ ۲ ساله را طی می‌کنند (پتل و رز، ۲۰۲۰) و (نوبل و همکاران، ۲۰۲۰).

در ایران بر اساس مطالعۀ ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها، افسردگی سومین مشکل سلامتی کشور است (منتظری و همکاران، ۲۰۱۳) و آمار دقیقی از میزان افسردگی پایدار وجود ندارد.

با توجه به یافته‌ها، شیوع بالای افسردگی و بار قابل توجهی که این بیماری به فرد، نظام سلامت و جامعه تحمیل می‌کند، اتخاذ شیوه‌های مناسب برای شناسایی عوامل خطر، پیشگیری، درمان و مدیریت این بیماری ضروری است (منتظری، موسوی، امیدواری و همکارن، ۱۳۹۲)؛ به همین دلیل تحقیقات جدید به دنبال درمان‌های در دسترس و کم‌هزینه‌تر در مقایسه با درمان‌های دیگر از جمله درمان حضوری و دارویی هستند (دیکرسون، لینچ، لئو و همکاران، ۲۰۱۸). طیف گسترده‌ای از موانع مهم در راه درمان سنتی (چهره به چهره[4]و فردی[5]) وجود دارد؛ از جمله هزینه‌های جلسات درمانی، تمرکز درمانگران در شهرهای بزرگ و دسترسی محدود جغرافیایی به متخصصان آموزش‌دیده؛ به همین دلیل در دهه اخیر مداخلات درمانی دیجیتال مطرح شده‌اند که سهولت دسترسی و درصورت تمایل ناشناس ماندن مراجع را افزایش می‌دهند. درمان دیجیتال هم درمان تلفنی را شامل می‌شود هم اینترنتی (ویدئو کنفرانس[6] گفتگوی متنی[7]و ...) (مارسل، نالینگ، هینشاو و آگولرا، ۲۰۱۹). درمان‌های شناختی رفتاری[8]به صورت تلفنی[9] اینترنتی[10]و حضوری مدت‌هاست که اثربخشی مطلوبی بر افسردگی و دیگر اختلالات روانی دارند؛ از جمله در یک مطالعه، مشخص شد رواندرمانگری شناختی رفتاری تلفنی

1 Persistent
2 Chronic Major
3 Dysthymic
4 Face to Face
5 In-person
6 Video Conference
7 Text chat
8 Cognitive-Behavioral Therapy (cbt)
9 Telephone-Based Cognitive-Behavioral Therapy (tcbt)
10 Internet -Based Cognitive-Behavioral Therapy (icbt)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.20.8]

بر بهبود علائم افسردگی و اضطراب فراگیر مؤثراند (ساکلینگام و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهشی دیگر ۱۰۰ بیمار بزرگسال مبتلا به افسردگی عمده[1]در قالب دو گروه آزمایشی درمان شناختی رفتاری تلفنی و حضوری و یک گروه گواه، بررسی شدند و نتایج حاکی از اثربخشی هر دو روش بود که در مرحله پیگیری هم تکرار شد (فان و همکاران، ۲۰۱۵). در مطالعه‌ای دیگر درمان‌های شناختی رفتاری تلفنی و اینترنتی باهم مقایسه شدند که نتایج نشان داد هر دو به یک اندازه مؤثر بودند اما شیوهٔ تلفنی رضایتمندی بیشتری همراه داشت (مور و همکاران، ۲۰۱۹). مجلهٔ انجمن روانشناسی آمریکا[2]در مقاله‌ای با عنوان «موج رو به رشد رواندرمانگری آنلاین» ضمن اشاره به اینکه روانشناسی از راه دور از طریق تلفن، وب‌کم، ایمیل یا پیام متنی، در سالهای اخیر مورداستفاده قرار می‌گیرد، کاربرد گستردهٔ گوشی‌های تلفن هوشمند را فرصت جدیدی دانسته که درمانی در دسترس‌تر و ارزان‌تر ارائه می‌دهند و سهولت و راحتی برنامه‌ریزی یک قرار ملاقات درمانی برخط و صحبت با یک درمانگر از حریم خصوصی خانه خود و یا هر کجا که ممکن است را، یک فرصت بزرگ برای مراجعانی دانسته که بسیاری از آنها برای اولین بار در زندگی خود به دنبال درمان هستند (نواتنی، ۲۰۱۷).

«بررسی نظام‌مند»[3]هشت پژوهش در سال ۲۰۱۷، اثربخشی درمان شناختی رفتاری با استفاده از برنامک‌های[4]تلفن همراه را بر طیف وسیعی از موضوعات بهداشت روان نشان داد؛ دراین بررسی، ۳ مطالعه، همراه با مقایسهٔ درمان بوسیله برنامک موبایلی با گروه کنترل و ۵ مطالعه، مقایسهٔ درمان برنامک موبایلی با روش‌های دیگر درمانی بود(راتبون، کلاری و پرسکات، ۲۰۱۷). اما چندین مطالعه نشان داد که درمان «آنلاین مبتنی بر پیام»[5]هم می‌تواند مؤثر باشد؛ در یک بررسی نظام‌مند دیگر، ۲۴ مقاله تحلیل شد تا تأثیر نظام‌های[6]گفتگوی همزمان مبتنی بر متن سنجیده شود.

نتایج نشان داد رواندرمانگری مبتنی بر پیام متنی، بهبودی معنادار و پایداری در طیف وسیعی از اختلالات نظیر اضطراب،[7]افسردگی و اختلالات خورد و خوراک[8] به همراه داشته‌است (هارمن، مک کیبی، میلن و کلوو، ۲۰۱۷). در مطالعه‌ای دیگر ۲۶۳ نفر با نشانه‌های افسردگی در گروه‌های نوجوان و جوان و گروه گواه تقسیم شدند و مداخله با روش گفتگوی متنی، توسط متخصصین آموزش‌دیده برایشان ارائه شد؛ نتایج پس از ۹ هفته نشان داد در گروه آزمایش، نشانه‌های افسردگی به طرز معناداری کمتر از گروه گواه است (کرامر، کانین، اوجوار و ریپر، ۲۰۱۴). در یکی از جدیدترین پژوهش‌ها نیز، ۷۱ نوجوان افسرده را از ۵۰ مدرسه انتخاب و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گفتگوی متنی برخط را برایشان ارائه کردند؛ پس از ۸ هفته نتایج حاکی از کاهش قابل توجه نشانه‌های افسردگی در مقایسه با گروه گواه بود؛ نتایج در پیگیری ۶ ماه بعد نیز تکرار و مشخص شد این مداخله به طور موثری نشانه‌های افسردگی را در نوجوانان کاهش می‌دهد و نیز ممکن است در غلبه بر موانع مراقبت از جوانان، مفید باشد؛ ضمن آنکه تماس با درمانگر در قالب ارتباط گفتاری متنی می‌تواند یک «رابطهٔ درمانی»[9] پایدار و مثبت ایجاد کند (تاپوکو، برگ و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به شیوع بالای افسردگی در ایران که در یکی از آمارها نردیک به ۱۳ درصد عنوان شده (رسولیان، ۱۳۹۸) و نیز مشکلات دسترسی به مراجعه حضوری، به نظر می‌رسد یکی از بهترین راه‌های جایگزین، استفاده از روش‌های نوین رواندرمانی با استفاده از اینترنت و تلفن است. از سویی با توجه به گسترش فراوان تلفن (ثابت و همراه) و نیز ضریب نسبتا بالای نفوذ اینترنت درایران و با عنایت به اینکه، ۴۷ میلیون کاربر ایرانی از پیام‌رسان‌های آنلاین (از جمله واتساپ[10] و تلگرام[11])استفاده می‌کنند (پارساپور، ۲۰۲۰)، به نظر می‌رسد استفاده از تلفن و ظرفیت پیام‌رسان‌ها برای درمان‌های برخط تا کنون مغفول مانده‌است.

1 Major Depression (MD)
2 American Psychological Association (APA)
3 Systematic Review
4 Application
5 Online Text Messenger-Based
6 Systems
7 Anxity
8 Feeding and Eating Disorders
9 Therapeutic Relationship
10 Whats App
11 Telegram

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.20.8]

با اینکه از ابتدا، طرح پژوهش جامع (و این مقاله مستخرج از آن) در قالب رساله دکتری برای سنجش سه روش درمان حضوری، پیامکی آنلاین و تلفنی بود اما ورود و همه‌گیری ویروس کرونا به کشور در میانه پژوهش، اهمیت آن را مضاعف کرد؛ چرا که شواهد نشان از رشد آمار افسردگی و دیگر اختلالات روان داشت (نصیرزاده و همکاران ۱۳۹۹). این شرایط لزوم بهره‌گیری از مداخلات از راه دور اینترنتی و تلفنی را به منظور رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی محسوس‌تر کرد؛ از آنجا که نتیجه مقایسه دو روش حضوری و پیامکی آنلاین در مقاله دیگری (پذیرش شده و در انتظار چاپ) بررسی شد، این مقاله منحصرا اختصاص یافت به دو روش تلفنی و پیامکی آنلاین تا مشخص شود کدام یک ارجحیت بر دیگری و اثر بخشی بیشتری برای درمان دارد.

در حوزه سلامت روان بررسی اثربخشی مداخلات آنلاین از اهمیت به سزایی برخوردار است چرا که با استفاده از این شیوه علاوه بر کاهش هزینه ها و همینطور صرفه جویی در زمان، می توان به مناطق دور دست و صعب العبور خدمت رسانی کرد. از سویی دیگر ضرورت استفاده از مداخلات آنلاین در مواردی نظیر همه گیری بیماری کرونا امری حیاتی در نظر گرفته می شود. از طرفی به علت تشابه فرهنگی می توان از خدمات روانشناختی آنلاین در جهت رفاه و خدمت رسانی به مهاجران ایرانی در سایر کشورها استفاده کرد بنابراین بررسی اثربخشی اینگونه مداخلات ضروری به نظر می رسد. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی رفتاری پیامکی آنلاین و درمان شناختی رفتاری تلفنی بر اختلال افسردگی پایدار صورت گرفت.

روش

این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعهٔ آماری شامل تمام افراد مبتلا به اختلال افسردگی بودند که سال ۱۳۹۸ به ۴ مرکز مشاوره در غرب تهران مراجعه کردند. هشتاد و یک نفر از افراد ۱۸ تا ۵۵ ساله که تشخیص اولیهٔ افسردگی پایدار داشتند به شیوهٔ دردسترس انتخاب شدند. برای تشخیص دقیق، از مصاحبهٔ بالینی ساختار یافته[1] براساس DSM-5 توسط روانپزشک استفاده شد؛ سپس با پرسشنامهٔ افسردگی بک-۲، تعداد ۳۰ نفر از کسانی که نمره افسردگی بین ۱۴ تا ۲۸ (خفیف و متوسط) گرفتند و توانایی کار با پیام‌رسان‌های برخط (آنلاین) را داشتند، بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش، برگ اطلاعات جمعیت-شناختی را تکمیل کردند. این ۳۰ نفر به طور تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از تشخیص افسردگی پایدار بر اساس معیارهای DSM-5، درجهٔ افسردگی کمتر از متوسط براساس نمرهٔ مقیاس افسردگی بک-۲، حداقل تحصیلات سیکل، رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح، عدم مصرف دارو در زمان پژوهش، توانایی و امکان استفاده از پیام‌رسان واتساپ، نداشتن بیماری شدید جسمانی و نداشتن همزمان اختلال روانی دیگر (ازجمله اختلالات شخصیت)، عدم سوءمصرف مواد یا الکل و تحت درمان نبودن با شیوه‌های دیگر؛ برای تشخیص این موارد از معاینات پزشکی و روانشناختی، پرسشنامه و آزمایش های مربوطه استفاده شد.

ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از اعلام مخالفت با ادامهٔ درمان در هر مرحله از پژوهش، وجود افکار خودکشی یا احتمال خطر خودکشی (بر اساس مصاحبه تشخصیصی)، نیاز به مصرف هرگونه داروی روانپزشکی و بیش از دو جلسه غیبت متوالی. در آغاز هدف از پژوهش برای همه بیماران تشریح و بر محرمانه بودن اطلاعات و رازداری (از جمله محتوای گفتگوی تلفنی و پیامک‌ها با درمانگر) تأکید شد؛ ضمن اخذ رضایتنامهٔ آگاهانه و کتبی، تأکید شد که شرکت‌کنندگان در هر زمان از پژوهش که بخواهند می‌توانند از ادامه مداخله انصراف دهند.

کد اخلاقی کمیتهٔ اخلاق در پژوهش (باشناسهٔ IR.IAU.SEMNAN.REC.1398.001) از دانشگاه آزاد اسلامی سمنان اخذ گردید. علاوه بر موارد مذکور، از جمله مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی (به دلیل محدودیت در استفاده از دارو) این بود که افراد با شدت بالای افسردگی در آزمایش نباشند و آزمودنی‌ها تنها محدود به افسردگی‌های پایدار متوسط به پایین باشند.

ابتدا بر روی هر ۳ گروه پیش‌آزمون (افسردگی بک-۲) به‌عمل آمد. سپس برای گروه نخست، ۸ جلسه به صورت هر هفته یک جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری تلفنی و برای گروه دوم درمان شناختی رفتاری پیامکی آنلاین (با پیام‌رسان واتساپ) در ۸ جلسه

1 Structured Clinical Interview

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.20.8]

حدودا ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه (هر هفته یک جلسه) ارائه شد. پس از پایان این مدت برای سنجش میزان اثرگذاری مداخلات، از هر دو گروه آزمایش و گروه در انتظار درمان، پس‌آزمون گرفته شد.

داده‌ها با نرم‌افزار spss نسخه ۲۲ و به روش تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامهٔ افسردگی بک-۲(BDI-II): این پرسشنامه نسخهٔ ویرایش شدهٔ پرسشنامهٔ اولیهٔ بک است که سال ۱۹۹۶ توسط بک[1]و استیر[2]منتشر شد و شامل ۲۱ سوال از نوع آزمون‌های خودسنجی است که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، تغییر اشتها، از خودبیزاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته‌است. این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنهٔ نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. روایی و اعتبار نسخه اصلی در مطالعات تایید شده‌است از جمله در مطالعه کارمودی که در آن ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۱ و روایی ۰/۸۶ گزارش شد (کارمودی، ۲۰۰۵). روایی و اعتبار نسخهٔ فارسی این پرسشنامه در چندین پژوهش بررسی و تأیید شده‌است؛ ضریب پایایی ۰/۸۶ و (میانگین) ضریب روایی ۰/۸۲ گزارش شده‌است (رجبی و کارجو، ۱۳۹۲). آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۵۶ بود.

مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته(SCID): ابزاری برای تشخیص¬ گذاری اختلالات روانی است که نسخه اصلی آن توسط فرست[3]، اشپیتز[4]، گیبون[5] ویلیامز[6]در سال ۱۹۹۲ تدوین شده است (به نقل از شریفی و همکاران، ۱۳۸۴). برخی مطالعات برای نسخه اصلی ضریب ۰/۶ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیابها برای SCID گزارش کرده‌اند (همان) اما مطالعه دیگری که سال ۲۰۱۸ انجام شد میزان آلفای کرونباخ را بیش از ۰/۸ گزارش داده‌است (شانکمن، فانکوسر، کلین و همکاران، ۲۰۱۸). برای نسخه فارسی، که سال ۲۰۰۹ بر روی نمونه‌ای ۲۲۹ نفری اجرا شد، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط و خوب بود (با ضریب بالای ۰/۶) و توافق کلی یا ضریب کاپا مجموع بررسی کل ۵۲/. خوب و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بدست آمد (شریفی و همکاران، ۲۰۰۹). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۴۸ بود.

با توجه موارد مذکور در بخش مقدمه که شواهدی بر اثربخشی رفتاردرمانی شناختی به روش تلفنی و پیامکی آنلاین بودند، روش مداخله در این پژوهش با استفاده از مدل گام به گام مندرج در کتاب «دستنامهٔ درمان‌های شناختی رفتاری» دابسون اخذ شد (دابسون، ۲۰۱۰). مباحث مطرح در جلسه به لحاظ محتوا برای دو گروه به صورت یکسان اجرا گردید؛ ابتدا از شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایشی دعوت شد در یک جلسهٔ حضوری موارد ضروری، تذکرات، احتمالات (مثلا قطع اینترنت) بررسی و برای روز و ساعت معین در هفته برای پیامک و تماس تلفنی توافق شود. در روش تلفنی، روش دقیقا همان شیوه درمان حضوری است با این تفاوت که مباحث از طریق تلفن و با هماهنگی قبلی برای ساعت تماس انجام می‌شد. در روش پیامکی، ابتدای هر جلسه سوالاتی برای بازبینی خلق به صورت پیامک طرح می‌شد و آزمودنی پاسخ را در پیام متقابل می‌داد؛ توافق شده بود که پاسخ پیامکی تمرین‌ها قبل از شروع جلسه ارسال شود. به دلیل وقت‌گیر بودن تایپ پیام‌ها به آزمودنی توصیه شد از امکان تبدیل صوت به نوشتار استفاده کند. در جلسات نخست به دلیل زمانبر بودن تایپ و خوانش پیام‌ها (در مقایسه با روش تلفنی) مقداری بیشتر از زمان ۹۰ دقیقه‌ای یک جلسه تلفنی وقت صرف می‌شد ولی در ادامه برخی مزیت‌های این روش باعث شد تقریبا همان زمان ۹۰ دقیقه‌ای روش تلفنی، صرف هر جلسه شود؛ مثلا با توجه به اینکه تمرین‌ها و گفته‌های درمانگر به صورت پیام ضبط و نگهداری می‌شد، درمانجو نیازی به صرف وقت برای یادداشت مباحث و ... نداشت.

1 Beck
2 Steer
3 First
4 Spitzer
5 Gibbon
6 Williams

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.20.8]

مباحث مطرح در هر جلسه بطور خلاصه در جدول شماره یک آمده است:

جدول ۱. محتوای جلسه درمان شناختی رفتاری بر اختلال فسردگی پایدار

جلسه	محتوای جلسه
اول	بازبینی خلق، توضیح درباره دلایل و عوامل بیماری با تاکید بر مدل شناختی رفتاری، بررسی انتظارات مراجع از درمان؛ تهیه و تنظیم جدول خلق روزانه در منزل.
دوم	رابطه بین حالات خلقی و افکار خودآیند منفی، بررسی برگه پلزدن بین جلسات، آشنایی با شش تحریف شناختی؛ تهیه جدول افکار منفی و تحریف شناختی در منزل
سوم	چالش با افکار منفی، سنجش مراجع در تشخیص افکار اتوماتیک خود، ادامه بررسی انواع دیگر تحریف‌های شناختی؛ نوشتن افکار اتوماتیک منفی و ارتباط آن با خلق همان لحظه در منزل
چهارم	بحث درباره باورهای زیربنایی، قواعد و فرض‌ها، جدول موقعیت-فکر-احساس، بررسی برنامه روزانه مراجع و غلبه بر کم تحرکی؛ تهیه جدول مذکور در منزل و تدوین برنامه روزانه
پنجم	توسعهٔ آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی و تغییر آن‌ها و استفاده از تکنیک‌های مقابله با افکار اتوماتیک منفی؛ شرح روزانه ۴ فکر خودآیند و تکنیک مقابله با آن در منزل
ششم	استفاده از تکنیک‌های شناختی و رفتاری از جمله آموزش مهارت‌های اجتماعی و حل مسئله؛ تهیه جدول مسائل و تمرین با روش حل مسئله و تمرین یکی از مهارت‌های تدریس‌شده در منزل و محل کار
هفتم	آموزش باورهای سازگارانه جانشین، استفاده‌از تکنیک‌های رفتاری و شناختی و تمرین افکار جانشین؛ تهیه جدول باورها و فرض‌های زیربنایی و جانشینی باورهای جدید در منزل
هشتم	بازبینی خلق دو ماه اخیر؛ طبقه‌بندی باورهای هسته‌ای و اصلاح آن‌ها، مرور پیشرفت اهداف درمانی و تقویت مهارت‌ها وایجادانتظارات واقع‌بینانه؛ تهیه جدول خلق و انجام تمرینات موقعیت-فکر-احساس در منزل

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۰ نفر در ۳ گروه، شامل گروه آزمایشی درمان تلفنی (گروه اول)، ۱۰ نفر در گروه آزمایشی درمان شناختی رفتاری پیامکی آنلاین (گروه دوم) و ۱۰ نفر در گروه در انتظار درمان (گروه سوم) حاضر بودند. در گروه اول ۴ زن و ۶ مرد، در گروه دوم ۵ زن و ۵ مرد و در گروه گواه ۵ مرد و ۵ زن حضور داشتند؛ میانگین سن (و انحراف معیار) گروه اول ۳۳/۲۸ (۹/۱۴)، گروه دوم ۳۸/۱۱ (۹/۲۸) و گروه سوم ۲۹/۶۵ (۸/۴۵) بود؛ آزمون تی و خی دو نشان داد آزمودنی‌ها به لحاظ سن و جنس به طور همگن در گروه‌ها قرار گرفتند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی سه گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درمان تلفنی	۱۰	۱۹/۷۰	۳/۳۹	۷/۸۰	۴/۴۳
درمان پیامکی آنلاین	۱۰	۲۰/۱۰	۴/۸۰	۹/۹۰	۳/۵۳
در انتظار درمان	۱۰	۱۹/۳۰	۴/۰۶	۲۰/۷۰	۴/۰۲

همانگونه که از داده‌های جدول شماره ۲ بر می‌آید، میانگین نمرات افسردگی دو گروه آزمایش بعد از مداخله و بر اساس نمره پس‌آزمون به نحو معناداری کاهش یافته و به ترتیب به ۷/۸۰، ۹/۹۰ رسیده و نمره گروه در انتظار درمان تغییر زیادی نکرده‌است.

قبل از انجام تحلیل کوواریانس، نرمال‌بودن داده‌ها، برابری واریانس‌ها و یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد؛ برای بررسی نرمال‌بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیر افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده و مشخص شد توزیع داده‌های تحقیق،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.20.8]

نرمال بودند؛ سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ حاصل شد و میزان آماره (و سطح معناداری) به ترتیب برای گروه نلفنی ۰/۲۳۰ (۰/۷۱)، برای گروه پیامکی آنلاین ۰/۱۴۶ (۰/۱۷۹) و برای گروه در انتظار درمان ۰/۲۰۸ (۰/۰۹۶) بود.

همچنین برای سنجش شرط برابری واریانس‌ها، نتایج آزمون لوین یکسانی واریانس‌ها را تایید نمود؛ در این آزمون نیز آماره و سطح معناداری بین سه گروه به ترتیب برابر بود با ۱/۶۳ و ۰/۱۷۷ و مشخص شد تساوی واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و گروه‌ها متجانس هستند.

پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز بررسی و مورد تایید واقع شد؛به این ترتیب که همبستگی متغیر همپراش و مستقل انجام و در آن مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل بررسی شد و آماره حاصل و سطح معناداری به ترتیب ۰/۰۷ و ۰/۸۷۲ بود.

بنابراین با برقراری سه پیش‌فرض فوق، از تحلیل کواریانس، برای تعیین اثربخشی هرکدام از مداخله‌ها بر متغیر افسردگی پایدار استفاده‌شد که نتایج آن در جداول شماره ۳ و ۴ آمده‌است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کووارایانس جهت اثربخشی روش تلفنی بر افسردگی پایدار

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره	معناداری
افسردگی پایدار	گروه	۱۷۲/۰۹۲	۱	۱۷۲/۰۹۲	۷/۰۹	۰/۰۲
	خطا	۶۰۱/۰۹	۱۷	۲۴/۵۶		
	کل	۳۴۲/۰۳	۲۰			

داده‌های جدول شماره ۳ نشان می‌دهد با توجه به سطح اطمینان و خطای اندازه‌گیری، سطح معناداری در متغیر، کوچکتر از ۰/۰۵ محاسبه شد؛ به عبارت دیگر، با وجود تعدیل نمرات این متغیر، میزان نمرات افسردگی در دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش یافت. بنابراین با رد فرض صفر می‌توان نتیجه گرفت روش تلفنی بر کاهش افسردگی پایدار موثر بوده‌است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کووارایانس جهت اثربخشی روش پیامکی آنلاین بر افسردگی پایدار

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره	معناداری
افسردگی پایدار	گروه	۱۳۵/۰۷۸	۱	۱۳۵/۰۷۸	۶/۹۱	۰/۰۳
	خطا	۵۹۰/۰۸	۱۷	۲۲/۰۸		
	کل	۳۲۰/۰۱	۲۰			

داده‌های جدول شماره ۴ نشان می‌دهد با توجه به سطح اطمینان و خطای اندازه‌گیری، سطح معناداری در متغیر، کوچکتر از ۰/۰۵ محاسبه شد؛ به عبارت دیگر، با وجود تعدیل نمرات این متغیر، میزان نمرات افسردگی در دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش یافت. بنابراین با رد فرض صفر می‌توان نتیجه گرفت روش پیامکی آنلاین بر کاهش افسردگی پایدار موثر بوده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.20.8]

جدول ۳: مقایسهٔ زوجی گروه های آزمایش و در انتظار درمان به روش بونفرونی

	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدارP
درمان تلفنی	درمان پیامکی آنلاین	-۲/۳۵۰	۱/۶۳۰	۰/۶۷۰
	در انتظار درمان	-۱۱/۹۰	۱/۶۳۵	<۰/۰۰۱
درمان پیامکی آنلاین	در انتظار درمان	-۱۰/۳۵۰	۱/۷۴۰	<۰/۰۰۱

داده‌های جدول شماره ۳ نشان می‌دهد براساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، بین دو گروه آزمایشی (گروه تلفنی و گروه پیامکی آنلاین) با گروه در انتظار درمان، تفاوت معنادار می‌باشد (P<۰/۰۰۱) و ۶۷ درصد واریانس نمرات دو گروه آزمایشی، مربوط به تاثیر مداخله است،اما تفاوت معناداری بین اثربخشی دو گروه آزمایش (در افسردگی) مشاهده نشد؛ بنابراین دو مداخله تاثیر یکسانی بر کاهش افسردگی داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری تلفنی و درمان شناختی رفتاری پیامکی آنلاین بر اختلال افسردگی پایدار بود. ویژگی اصلی افسردگی پایدار (به عنوان یکی از انواع افسردگی ها)، وجود خلق افسرده در اکثر ساعات روز و در اکثر روزها به مدت ۲ سال (برای بزرگسالان) است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اگرچه تفکیک دقیق آمار شیوع افسردگی پایدار دشوار است ولی تخمین زده می‌شود ۲۵ تا ۴۰ درصد از مراجعان به مراکز روانپزشکی افسردگی مزمن (و پایدار) دارند (نوبل و همکاران، ۲۰۲۰). این وضعیت استفاده از روش‌های غیرحضوری را مهم می‌سازد؛ از جمله روش‌هایی که طی سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته‌اند مداخلات تلفنی و اینترنتی هستند که طیف وسیعی از تماس‌های صوتی و تصویری و متنی و پیامکی را شامل می‌شوند. (مارسل، نالینگ، هینشاو و آگولرا، ۲۰۱۹). یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو درمان شناختی رفتاری تلفنی و پیامکی آنلاین بر کاهش افسردگی پایدار آزمودنی‌ها موثراند و اثربخشی این دو روش تفاوت چندانی با هم ندارند که منطبق است با مطالعاتی که درمان‌های غیرحضوری را بر طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی موثر می‌دانند (ساکلینگام و همکاران، ۲۰۱۷) و (نواتنی، ۲۰۱۷).

یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری تلفنی در کاهش اختلال افسردگی پایدار مؤثر است و با پژوهش ساکلینگام و همکاران (۲۰۱۷) که اثربخشی روش تلفنی بر افسردگی را تایید کرده بود، همسوست؛ این نتیجه همچنین با نتایج حاصل از پژوهش‌های، فان و همکاران (۲۰۱۵) و مور و همکاران (۲۰۱۹) نیز همسو است؛ دراین دو پژوهش نیز درمان شناختی رفتاری تلفنی باعث کاهش افسردگی شدند با این تفاوت که در پژوهش فان و همکاران و مور و همکاران مداخله تلفنی برای کاهش افسردگی عمده صورت گرفته‌بود. روش تلفنی به لحاظ سادگی و در دسترس بودن و نیز کاهش هزینه‌ها به نسبت جلسات حضوری، سهولت بیشتری را برای مبتلایان فراهم می‌کند و منطبق با تحقیقات جدیدی است که به دنبال درمان‌های در دسترس و کم‌هزینه‌تر هستند (دیکرسون، لینچ، لئو و همکاران، ۲۰۱۸).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، اساسا درمان شناختی رفتاری برای افسردگی پایدار (فارغ از شیوه تلفنی یا پیامکی) علاوه بر پایش خلق و افکار، با استفاده از فعال‌سازی رفتاری باعث می‌شود افراد فعالیت‌های لذت‌بخش را تجربه کنند و این فرآیند اثر متقابل بر خلق و فکر و نهایتا کاهش افسردگی دارد؛ در شیوه تلفنی علاوه بر اینکه افراد از نظر محتوای درمان عینا همان مباحث و دستورالعمل‌های جلسات حضوری را دریافت می‌کنند و تفاوت خاصی از نظر میزان اثربخشی با روش حضوری ندارد (فان و همکاران، ۲۰۱۵) حتی از این مزیت جانبی برخوردار است که تلفن موجب افزایش دسترسی و نیز پایبندی به درمان و حتی باعث رضایت بیشتر بیماران می‌شود و از نظر هزینه و رضایت درمان نیز مقرون به صرفه‌تر است (مور و همکارن، ۲۰۱۹).

یافته دیگر این مطالعه حاکی از اثربخشی روش درمانی پیامکی آنلاین بر افسردگی پایدار بود. به عبارت دیگر مداخلهٔ شناختی رفتاری پیامکی آنلاین در کاهش افسردگی پایدار موثر است؛ یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج بررسی هارمن و همکاران (۲۰۱۷)، کرامر و همکاران

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.20.8]

(۲۰۱۴) و تاپوکا و همکاران (۲۰۱۸) همسوست با این تفاوت که این سه مطالعه، برای گروه سنی جوان و نوجوان بودند که ممکن است به دلیل آشنایی بیشتر این رده سنی با ابزارهای اینترنتی باشد و مؤید این است که خدمات مبتنی بر پیامک آنلاین نه تنها مؤثر است، بلکه در مقایسه با درمان سنتی حضوری و تلفنی از لحاظ دسترسی راحت‌تر و از نظر هزینه و زمان درمان به صرفه‌تر است، نیز مزایای مرتبط با ارتباطات نوشتاری (مانند رجوع و خوانش چندباره) را هم دارد و از فشار نشستن در مقابل درمانگر می‌کاهد؛ (هارمن و همکاران، ۲۰۱۷)، (کرامر و همکاران، ۲۰۱۴) و (تاپوکا و همکاران ، ۲۰۱۸). به این ترتیب به نظر می‌رسد می‌توان از درمان‌های آنلاین پیامکی برای درصد بزرگی از مبتلایان به دیگر طیف‌های افسردگی که تشخیص شدت خفیف و متوسط گرفته‌اند، استفاه کرد.

در تبیین این یافته نیز باید گفت مداخله رفتار درمانی شناختی ظاهرا متکی به وسیله یا روش حضوری و غیرحضوری نیست و به تنهایی گزینه‌ی مقرون به‌صرفه و غیرمتکی به داروست (دیکرسون، لینچ، لئو و همکاران، ۲۰۱۸) و با اتکا به شیوه‌های پایش خلق، فکر و احساس و فعال‌سازی رفتاری می‌تواند باعث کاهش افسردگی (از جمله نوع پایدار آن) باشد. در واقع مراجع در این روش نیز می‌تواند تمرینات را از روی متن پیامک‌ها انجام دهد، خلق خود را به مرور بهبود دهد، به خطاهای شناختی خود پی ببرد و رابطه بین خلق، فکر و رفتار و احساس را دریابد و با اصلاح این چرخه پیوسته افسردگی خود را بهبود دهد (دابسون، ۲۰۱۰). از طرفی روش پیامکی مزایای خاص خود را دارد؛ مزایایی که سال‌هاست برای درمان‌های حضوری مشکل برانگیز بوده‌اند؛ مانند طرح موضوعات حساس و نیز همرسانی (اشتراک گذاری) و بروز احساسات و افکار در یک محیط امن (مثل خانه) که ممکن است سبب کاهش شرم مراجع شود (تاپوکا و همکاران، ۲۰۱۸).

یک یافته دیگر مطالعه مربوط به نتایج مقایسه‌ای روش‌های مداخله بود که نشان داد بین دو شیوهٔ درمانی شناختی رفتاری تلفنی و پیامکی آنلاین تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو شیوه به یک اندازه در کاهش افسردگی مؤثراند. این یافته نیز همسو با پژوهش‌های، فان و همکاران (۲۰۱۵) و مور و همکاران (۲۰۱۹) است؛ در این مطالعه نیز روش آنلاین تفاوت معناداری با روش مقایسه‌ای نداشت؛ در مطالعهٔ فان و همکاران (۲۰۱۵) اثربخشی روش تلفنی در مقایسه با روش حضوری بر افسردگی مزمن بررسی شد و در پژوهش مور و همکاران، روش تلفنی با اینترنتی مقایسه شد و همانند پژوهش حاضر اندازهٔ اثر روش تلفنی در مقایسه با روش مقابل تقریبا یکسان بود و هر دو باعث کاهش علائم افسردگی گردید.

برای تبیین این یافته باید گفت اجزای اصلی، تمرینات، رویکردها، بررسی علائم، نوع نگاه درمانگر و مراجع به جلسات درمان و نیز محتوای محوری هر سه روش تلفنی و پیامکی آنلاین و روش سنتی حضوری یکی است و تنها تفاوت، در شیوه اجرا و ابزارهای مورد نیاز است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد چنانچه مداخله منطبق با پروتکل‌های دقیق و معتبر و تدوین شده درمان شناختی رفتاری انجام شود، می‌توان نتایج مطلوب و یکسانی را انتظار داشت. از طرفی درمان‌های تلفنی و پیامکی آنلاین (یا اینترنتی متنی) مزایای مشابه و مشترکی برای شرکت‌کنندگان دارند که روش حضوری کمتر واجد آن است؛ از جمله اینکه غیرحضوری بودن، باعث می‌شود مراجع در طول درمان سطح بالایی از خودافشایی را ابراز کند و نیز اتحاد درمانی مناسبی را بیافریند و از عوامل فرسایشی مستتر در روش حضوری کاسته شود (هارمن و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین روش‌های غیرحضوری تلفنی و آنلاین با «پذیرش» بیشتری از سوی مخاطب همراه هستند و این باعث ادامه روند درمان و تکمیل جلسات می‌شود و بر خلاف برخی نظرات، تماس با درمانگر در قالب ارتباط چتی (صوتی یا نوشتاری) می تواند یک رابطه درمانی پایدار و مثبت ایجاد کند (تاپوکا و همکاران، ۲۰۱۸).

در مجموع با توجه به یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که اختلال افسردگی پایدار (خفیف و متوسط) می‌تواند در نتیجه کاربرد مداخلات روانشناختی نظیر رفتار درمانی شناختی تلفنی و پیامکی آنلاین بهبود یابد و دو شیوه، هیچ‌گونه برتری‌ای به‌لحاظ اثربخشی نداشتند و هر دو درمان، به یک اندازه مؤثر بودند. اگرچه درمان‌های سنتی حضوری مزایایی (مانند تماس چشمی و ...) دارند، درمان تلفنی و درمان پیامکی آنلاین، هزینهٔ کمتر، انعطاف‌پذیری بیشتر در تنظیم وقت جلسات و... دارند که با یافته‌های جدید مانند پژوهش مارسل و همکاران تطابق دارد (مارسل و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از محدویت‌های این پژوهش عدم قابلیت تعمیم آن برای افسردگی‌های نیازمند دارو است که باید با احتیاط و همراه با پژوهش‌های مستقل دیگری بررسی شود. این پژوهش همچنین امکان آزمایش روی افسردگی‌های شدید، مزمن و اساسی را نداشت؛ محدودیت دیگر مطالعه حاضر، عدم پیگیری درمان بود که با توجه به اهمیت درمان‌های پیگیری، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی همراه با پیگیری انجام شود. این پژوهش همچنین محدود به یک اختلال بود و با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و مقایسهٔ آن با مطالعهٔ راتبون و همکاران (۲۰۱۷) و هارمن و همکاران (۲۰۱۷) که منحصر به افسردگی نبودند، پیشنهاد می شود دیگر اختلالات روانپزشکی متوسط و خفیف نظیر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.20.8]

اضطراب نیز با شیوه‌های تلفنی و پیامکی آنلاین بررسی شوند و اندازهٔ اثر آن در مقایسه با درمان حضوری سنجیده شود. محدودیت دیگر این مطالعه، تمرکز صرف به درمان فردی بود و با توجه به حضور گروه‌ها و کانال‌های فراوان در پیام‌رسان‌ها و گسترش اقبال جامعه به این ابزار، پیشنهاد می‌شود درمان‌های پیامکی آنلاین به صورت «گروهی» نیز اجرا و اثربخشی آن با درمان حضوری گروهی مقایسه شود.

منابع

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*، چاپ اول، ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۳). تهران: روان.

پارساپور، آ. (۱۳۹۹، ۹ تیر). کاربران ایرانی در کدام شبکه‌های اجتماعی بیشترین فعالیت را دارند؟ برگرفته از لینک https://dgto.ir/1qzd

رجبی، غ و کسمایی‌کارجو، س. (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ افسردگی بک ـ ویرایش دوم (BDI-II). *فصلنامه اندازه گیری تربیتی*، ۳(۱۰)، ۱۵۸-۱۳۹.

منتظری، ع؛ موسوی، ج؛ امیدواری، س؛ طاووسی، م؛ هاشمی، ا و رستمی، ط. (۱۳۹۲). افسردگی در ایران: مرور نظام مند متون پژوهشی. *پایش*، ۱۲(۶)، ۵۹۴-۵۶۷.

رسولیان، م. (۱۳۹۸، ۹ مرداد). آمار افسردگی در جامعه چقدر است؟ برگرفته از لینک https://b2n.ir/d80927

فرست، م؛ اسپیتزر، گ و میریام، و. (۱۹۹۷). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالهای محور I در(I-SCID)*، چاپ اول، ترجمه ونداد شریفی و همکاران (۱۳۸۴). تهران: مهرکاویان.

نصیرزاده، م؛ آخوندی، م؛ جمالیزاده، ا و خرمنیا، س. (۱۳۹۹). بررسی وضعیت استرس، اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری ناشی از شیوع بیماری کرونا (COVID-۱۹) در خانوارهای شهرستان انار در سال ۱۳۹۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۹(۸)، ۸۸۹-۸۹۸.

Carmody D. P. (2005). Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II with college students of diverse ethnicity. *International journal of psychiatry in clinical practice*, *9*(1), 22–28.

Dickerson, J. F., Lynch, F. L., Leo, M. C., DeBar, L. L., Pearson, J., & Clarke, G. N. (2018). Cost-effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Youth Declining Antidepressants. *Pediatrics*, *141*(2), e20171969.

Dobson, K. S. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* New York: Guilford Press.

Fann, J. R., Bombardier, C. H., Vannoy, S., Dyer, J., Ludman, E., Dikmen, S., Marshall, K., Barber, J., & Temkin, N. (2015). Telephone and in-person cognitive behavioral therapy for major depression after traumatic brain injury: a randomized controlled trial. *Journal of neurotrauma*, *32*(1), 45–57.

Hoermann, S., McCabe, K. L., Milne, D. N., & Calvo, R. A. (2017). Application of Synchronous Text-Based Dialogue Systems in Mental Health Interventions: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, *19*(8), e267.

Kramer, J., Conijn, B., Oijevaar, P., & Riper, H. (2014). Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, *16*(5), e141.

Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, G. N., & Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *45*(3), 319–329.

Marcelle, E. T., Nolting, L., Hinshaw, S. P., & Aguilera, A. (2019). Effectiveness of a Multimodal Digital Psychotherapy Platform for Adult Depression: A Naturalistic Feasibility Study. *JMIR mHealth and uHealth*, *7*(1), e10948.

Mohr, D. C., Lattie, E. G., Tomasino, K. N., Kwasny, M. J., Kaiser, S. M., Gray, E. , Schueller, S. M. (2019). A randomized noninferiority trial evaluating remotely-delivered stepped care for depression using internet cognitive behavioral therapy (CBT) and telephone CBT. *Behaviour Research and Therapy*, *123*, 103485.

Novotney, A. (2017). A growing wave of online therapy. *monitor on psychology*, 48(2), 48.

Nübel, J., Guhn, A., Müllender, S., Le, H. D., Cohrdes, C., & Köhler, S. (2020). Persistent depressive disorder across the adult lifespan: results from clinical and population-based surveys in Germany. *BMC psychiatry*, *20*(1), 58.

Patel, R. K., & Rose, G. M. (2020). Persistent depressive disorder (Dysthymia). *StatPearls [Internet]*. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541052/

Rajabi, G., & Karjo, K. (2013). Psychometric properties of a Persian-language version of the beck depression inventory–second edition (BDI-II-Persian). *Training Measurement, 3(10), 139-157.*

Topooco, N., Berg, M., Johansson, S., Liljethörn, L., Radvogin, E., Vlaescu, G., Nordgren, L. B., Zetterqvist, M., & Andersson, G. (2018). Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression: randomised controlled trial. *BJPsych open*, *4*(4), 199–207.

Reynolds, C. F. R., & Patel, V. (2017). Screening for depression: the global mental health ontext. World psychiatry : *official journal of the World Psychiatric Association* (WPA), 16(3), 316-317. doi:10.1002/wps.20459 .

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.20.8]

Shankman, S. A., Funkhouser, C. J., Klein, D. N., Davila, J., Lerner, D., & Hee, D. (2018). Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *International journal of methods in psychiatric research*, *27*(1), e1590.

Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabani, A., Shahrivar, Z., Davari-Ashtiani, R., Shooshtari, M. H., Seddigh, A., & Jalali, M. (2009). A Persian translation of the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: psychometric properties. *Comprehensive psychiatry*, *50*(1), 86–91.

Sockalingam, S., Cassin, S. E., Wnuk, S., Du, C., Jackson, T., Hawa, R., & Parikh, S. V. (2017). A Pilot Study on Telephone Cognitive Behavioral Therapy for Patients Six-Months Post-Bariatric Surgery. *Obesity surgery*, *27*(3), 670–675.

World Health Organization. (2020, January 30). *Depression*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.20.8]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.20.8]