MEJDS. 2022; 12:105.

Published online 2022 Sep. **Original Article**

Comparing the Effectiveness of Online Text Messenger-Based Cognitive-Behavioral Therapy (WhatsApp) and in-Person Cognitive-Behavioral Therapy on Persistent Depression

Raissi MR[1], *Asgharnejad Farid A[2], Jahan F[3], Moazedian A[3]

Author Address
1. PhD Student of Psychology, Semnan Center Branch Islamic Azad University, Semnan, Iran;
2. PhD in Psychology, Associate Professor of Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
3. PhD in Psychology, Assistant Professor of Psychology, Semnan Center Branch Islamic Azad University, Semnan, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** asgharnejadfarid.as@iums.ac.ir

Received: 2020 August 11; **Accepted:** 2020 September 14

Abstract

Background & Objectives: Depression disorders are prevalent and cause considerable suffering and disease burden. According to the World Health Organization, more than three–quarters of people in the developing world who have mental disorders (such as depression) do not receive any treatment because of limited geographical access to trained professionals, a therapist, expensive treatment sessions, and cultural problems. One solution is telemental health or using digital technology to provide long–distance mental health care, especially with the expansion of the Internet and smartphones in the last two decades. The ease and convenience of scheduling a therapy appointment online and chatting with a therapist from the privacy of one's own home—or wherever one may want—is a huge draw for consumers, many of whom are seeking therapy for the first time in their lives. It helps normalize mental health care, especially among generations who are so accustomed to interacting with people using technology, and eliminates so many barriers. The current study aimed to compare the effectiveness of online text messenger–based cognitive–behavior therapy (by WhatsApp messenger) with in–person cognitive–behavioral therapy on persistent depression.
Methods: This is a quasi–experimental study with a pretest–posttest design with a control group. The study population included all 18– to 55–year–old people referring to four counseling and psychology clinics in the west of Tehran City, Iran, in 2018. After observing the inclusion and exclusion criteria of the research and implementing the Beck Depression Inventory–II (BDI–II) (Beck et al., 1996), Structured Clinical Interview for DSM–5 (SCID–5–CV) (First et al., 2016), and Diagnosis by a psychiatrist and psychologist, 30 patients with persistent depression were selected as the study samples. They were chosen by convenience sampling and randomly divided into three groups: online text messenger–based cognitive–behavior therapy (by WhatsApp), individual in–person cognitive–behavior therapy, and controls. All study subjects completed the Beck Depression Inventory–II (Beck et al., 1996) before and after the treatment. The members of two experimental groups received cognitive–behavior therapy in 8 sessions, but the controls received no treatment. Data analysis was performed with descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (one–way analysis of variance and Chi–square tests to compare the age and gender of the groups, analysis of covariance, and Bonferroni's post hoc test) in SPSS version 22. The significance level of the tests was considered 0.05.
Results: The findings showed that both interventions, i.e., online text messenger–based cognitive–behavioral therapy (by WhatsApp messenger) and individual in–person cognitive–behavior therapy, significantly (both $p<0.001$) decreased persistent depression in patients compared to the control group. However, no significant difference was observed between the two mentioned methods ($p=0.690$).
Conclusion: According to the findings, persistent depression (mild and moderate) can be improved after using psychological interventions such as individual in–person cognitive–behavioral therapy and online text messenger–based cognitive–behavioral therapy (by WhatsApp messenger). None of the methods was more effective than the other in reducing persistent depression, and both are equally effective.
Keywords: Cognitive behavioral therapy, Persistent depression, Online text messenger (WhatsApp).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۰۵.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر بستر پیام‌رسان آنلاین متنی (واتساپ) و درمان شناختی‌رفتاری حضوری بر افسردگی مداوم

محمدرضا رئیسی[۱]، *علی‌اصغر اصغرنژاد فرید[۲]، فائزه جهان[۳]، آمنه معاضدیان[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران؛

۲. دکتری روان‌شناسی، دانشیار دانشگاه علوم‌پزشکی ایران، تهران، ایران؛

۳. دکتری روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** asgharnejadfarid.as@iums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۱ مرداد ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴ شهریور ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: به‌دلیل شیوع گستردهٔ افسردگی، مقایسهٔ روش‌های نوین درمان ضروری است. هدف این پژوهش، مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر بستر پیام‌رسان آنلاین متنی (واتساپ) و درمان شناختی‌رفتاری حضوری، بر افسردگی مداوم بود.

روش‌بررسی: روش این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی افراد ۱۸ تا۵۵سالهٔ مراجعه‌کننده به چهار کلینیک مشاوره و روان‌شناسی در غرب شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. تعداد سی بیمار مبتلا به افسردگی مداوم که داوطلب مشارکت در مطالعه بودند، به‌روش دردسترس انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی در سه گروه ده‌نفره (گروه درمان حضوری، گروه درمان واتساپی، گروه گواه) به‌عنوان نمونه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و نسخهٔ بالینی مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته (فرست و همکاران، ۲۰۱۶) بود. در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای، به‌صورت هفته‌ای یک جلسه مباحث درمان شناختی‌رفتاری مطرح شد که به‌لحاظ محتوا برای دو گروه به‌صورت یکسان اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، آزمون تعقیبی بونفرونی و آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌راهه و کای‌دو در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ انجام شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، هر دو مداخلهٔ درمانی یعنی درمان شناختی‌رفتاری فردی حضوری و درمان شناختی‌رفتاری واتساپی بر کاهش علائم افسردگی مداوم درمقایسه با گروه گواه تأثیر معنادار داشتند (p<۰/۰۰۱). مقایسهٔ این دو روش درمانی مشخص کرد، تفاوت معناداری بین دو روش مذکور نیست (p=۰/۶۹۰).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش، حمایتی تجربی برای اثربخشی روان‌درمانی‌های شناختی‌رفتاری حضوری و واتساپی در کاهش افسردگی مداوم فراهم می‌آورد و می‌توان از این دو روش به‌عنوان شیوه‌هایی کارآمد برای کاهش علائم افسردگی مداوم استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی شناختی‌رفتاری، افسردگی مداوم، پیام‌رسان آنلاین متنی (واتساپ).

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

۱ مقدمه

افسردگی[1] از اختلالات روانی بسیار شایع است که می‌تواند جمعیت بزرگی از بیماران و خانواده‌هایشان را تحت‌تأثیر قرار دهد؛ چنان‌که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ یکی از سه بیماری اصلی خواهد بود که بیشترین بار را به نظام سلامت تحمیل می‌کند (۱). براساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی[2]، حدود ۳۰۰میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می‌برند (۲). اهمیت این بیماری به‌حدی است که سازمان بهداشت جهانی مضمون روز جهانی بهداشت سال ۲۰۱۷ را «افسردگی: بیایید باهم حرف بزنیم»[3] اعلام کرد. برآوردهای سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد، درحالی‌که ۱۴درصد از وزن جهانی بیماری به اختلالات روانی منسوب است، بیشتر افراد مبتلا یعنی ۷۵درصد در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد، به معالجهٔ لازم خود دسترسی ندارند یا درمان‌نشده باقی می‌مانند (۳). باتوجه به یافته‌ها، شیوع زیاد افسردگی و بار درخورتوجهی که این بیماری به فرد، نظام سلامت و جامعه تحمیل می‌کند، اتخاذ شیوه‌های مناسب برای شناسایی عوامل خطر، پیشگیری، درمان و مدیریت بیماری مذکور ضروری به‌نظر می‌رسد (۴). این موضوع باعث شده است تا تحقیقات جدید به‌دنبال درمان‌های اثربخش‌تر و کم‌هزینه‌تر درمقایسه با درمان‌های دیگر ازجمله درمان دارویی باشد (۵).

یکی از درمان‌های افسردگی، درمان شناختی‌رفتاری[4] است. درمان شناختی‌رفتاری بر این فرض استوار است که باورهای نادرست و پردازش اطلاعات ناسازگار، پایه‌های تفکر منفی تکرارشونده را شکل می‌دهند و نقش علت و معلولی در پدیدارشدن و پایداری افسردگی دارند. این مدل شناختی فرض می‌کند، وقتی تفکر ناسازگار اصلاح شود، پریشانی و حال افسرده و نیز خطر بازگشت علائم کاهش می‌یابد. این روش از معروف‌ترین درمان‌های تجربی تأییدشده برای افسردگی است (۶). مطالعات متعددی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری را در درمان انواع افسردگی‌ها تأیید کرده‌اند؛ به‌طوری‌که درایسن و هولن در پژوهشی نه‌تنها تأثیر درمان شناختی‌رفتاری را بر اختلالات خُلقی و افسردگی تأیید کردند، بلکه آن را دارای اثر ماندگاری دانستند که تاحدی از عود مجدد پس از پایان درمان جلوگیری می‌کند؛ چیزی که نمی‌توان برای داروها گفت (۷). همچنین در مطالعه‌ای فراتحلیل، هافمن و همکاران اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری را بر طیفی از اختلالات روانی ازجمله افسردگی تأیید کردند (۶).

اما طیف گسترده‌ای از موانع مهم، در راه درمان وجود دارد؛ مانند گرانی جلسات درمانی، تمرکز درمانگران در شهرهای بزرگ و دسترسی محدود جغرافیایی به متخصصان آموزش‌دیده و درمان سنتی (چهره به چهره). به همین دلیل سال‌ها است مداخلات درمانی دیجیتالی[5] مطرح شده‌اند که سهولت دسترسی و نیز ناشناس‌بودن خدمات را افزایش می‌دهند. ابزار درمان دیجیتال اگرچه تلفن را نیز شامل می‌شود (سرویس پیام‌کوتاه، پیام متنی و...)، بیشتر بر اینترنت (ویدئوکنفرانس، چت[6] و...) متمرکز است (۸). پژوهش گستردهٔ اندرسون در گروه علوم رفتاری و یادگیری دانشگاه لینکوپینگ سوئد نشان داد، درمان‌های اینترنتی بر افسردگی، اضطراب، اختلالات خُلقی و روانی‌بدنی مؤثر است. نتایج این پژوهش حاصل بررسی بیش از صد آزمایش بود که طی پانزده سال انجام شد (۹). مجلهٔ انجمن روان‌شناسی آمریکا در مقاله‌ای با بررسی موج رو به رشد روان‌درمانگری آنلاین، ضمن اشاره به اینکه روان‌شناسی از راه دور ازطریق تلفن، وب‌کم، ایمیل یا پیام متنی، بیش از بیست سال است که در اغلب موارد استفاده می‌شود، رشد کاربران گوشی‌های هوشمند[7] را فرصت جدیدی می‌داند که درمانی دردسترس‌تر و ارزان‌تر ارائه می‌دهد. سهولت و راحتی برنامه‌ریزی یک قرار ملاقات درمانی آنلاین و صحبت با یک درمانگر از حریم خصوصی خانهٔ خود یا هر کجا که امکان دارد، فرصتی بزرگ برای مُراجعانی است که بسیاری از آن‌ها برای اولین‌بار در زندگی خود به‌دنبال درمان هستند (۱۰). چندین پژوهش نشان داد، درمان مبتنی‌بر پیام متنی (چت هم‌زمان) می‌تواند به‌عنوان درمان شخصی مؤثر باشد؛ به‌طوری‌که در بررسی نظام‌مندی که هارمن و همکارانش انجام دادند، ۲۴ مقاله بررسی شد تا تأثیر سیستم‌های گفت‌وگوی هم‌زمان مبتنی‌بر متن (چت) سنجیده شود. نتایج مشخص کرد، روان‌درمانی مبتنی‌بر پیام متنی، بهبودی معنادار و پایداری را در طیف وسیعی از اختلالات نظیر اضطراب، افسردگی، اختلالات خوردن[8] و اعتیاد به‌همراه دارد (۱۱). کرامر و همکارانش در مطالعه‌ای، ۲۶۳ نفر از افراد دارای نشانه‌های افسردگی را در گروه‌های نوجوان و جوان (گروه آزمایش) و گروه گواه تقسیم کردند و درمان با چت توسط متخصصان آموزش‌دیده ارائه شد. نتایج پس از نُه هفته نشان داد، در گروه آزمایش نشانه‌های افسردگی به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه بود (۱۲). در یکی از پژوهش‌های بسیار جدید، تاپوکو و همکاران، ۷۱ نوجوان افسرده را از پنجاه مدرسه انتخاب کردند و درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر چت اینترنتی را به آن‌ها ارائه دادند. پس از هشت هفته نتایج حاکی‌از کاهش درخورتوجه نشانه‌های افسردگی درمقایسه با گروه گواه بود. این نتایج در پیگیری شش ماه بعد نیز تکرار و مشخص شد، این مداخله به‌طور مؤثری 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 چتی می‌تواند رابطه‌ای درمانی پایدار و مثبت ایجاد کند (۱۳).

براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانیِ[9] انجمن روان‌پزشکی آمریکا[10]، افسردگی دائم[11] از ترکیب دو اختلال قدیمی یعنی اختلال افسردگی عمدهٔ مزمن[12] و اختلال افسرده‌خویی[13] شکل گرفته است. ویژگی اصلی این اختلال، خُلق افسرده در بیشتر ساعات روز و در بیشتر روزها به‌مدت دو سال (برای کودکان و

[1]. Depression
[2]. World Health Organization (WHO)
[3]. Depression: let's talk
[4]. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
[5]. Digital therapy interventions
[6]. Chat
[7]. Smartphone
[8]. Eating Disorders
[9]. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5)
[10]. American Psychiatric Association (APA)
[11]. Persistent depression
[12]. Chronic major
[13]. Dysthymic

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

نوجوانان یک سال) است. تفاوت دیگر DSM-5 با ویراست قبل یعنی DSM-IV از حیث اختلال افسردگی دائم، آن بود که قبل از اختلال افسردگی دائم، امکان دارد افسردگی عمده اتفاق بیفتد و در طول اختلال افسردگی دائم، ممکن است اپیزودهای افسردگی عمده روی دهد (۱۴). تخمین زده می‌شود، ۲۵تا۴۰درصد از مُراجعان به کلینیک‌های روان‌پزشکی، افسردگی مزمن دارند و حدود ۳۰درصد موارد افسردگی دارای دوره‌ای مزمن با نشانه‌هایی هستند که حداقل دو سال طول می‌کشد. شیوع دوازده‌ماههٔ افسردگی مزمن ۱/۵درصد و شیوع طول عمر آن ۳تا۶درصد است (۱۵). آمار شیوع افسردگی مداوم فقط در برخی کشورها آن هم به‌صورت تخمینی یا با استناد به گزارش شرکت‌های بیمه از طول مدت درمان برآورد شده است؛ مثلاً در ایالات متحده این رقم ۳درصد است (۱۵) و در آلمان دوسوم تشخیص‌های افسردگی، حداقل یک دوره دوساله را طی می‌کنند (۱۶). در ایران براساس مطالعهٔ ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها، افسردگی، سومین مشکل سلامتی کشور است (به‌نقل از ۴).

باتوجه به ضریب نسبتاً زیاد نفوذ اینترنت در ایران به‌ویژه اینترنت تلفن همراه و استفادهٔ گستردهٔ کاربران ایرانی از پیام‌رسان واتساپ[1]، به‌نظر می‌رسد، استفاده از ظرفیت این پیام‌رسان برای درمان‌های آنلاین تاکنون مغفول مانده است. باتوجه به اهمیت بیماری افسردگی و گرانی جلسات حضوری و دیگر موانع درمان‌های سنتی، لزوم ارائهٔ آسان و دردسترس مشاوره در اقصی نقاط کشور و با کمترین هزینه احساس شد؛ به‌ویژه که بخش زیادی از اوقات افراد بدون هدف در شبکه‌های مجازی می‌گذرد و می‌توان با ارائهٔ برنامه‌های مداخله‌ای متنی بر وب، از این پتانسیل درجهت ارتقای بهداشت روان بهترین بهره را برد. این پژوهش برای نخستین‌بار در ایران انجام شد و هدف آن مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر بستر پیام‌رسان آنلاین متنی (واتساپ) و درمان شناختی‌رفتاری حضوری بر افسردگی مداوم بود.

۲ روش‌بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمام افراد افسرده‌ای تشکیل دادند که سال ۱۳۹۸ به چهار مرکز مشاوره در غرب تهران مراجعه کردند. هشتاد و یک نفر از افرادی که تشخیص اولیهٔ افسردگی گرفتند و داوطلب شرکت در مطالعه بودند، از نظر نوع افسردگی با استفاده از مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته (SCID-5)[2] توسط روان‌پزشک بررسی شدند. تعداد ۴۷ نفر از آن‌ها براساس ملاک‌های DSM-5 دارای افسردگی دائمی بودند. پس از تکمیل پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ ویرایش دوم[3] (۱۷) مشخص شد، سی نفر افسردگی دائمی خفیف و متوسط و توانایی کار با پیام‌رسان‌های آنلاین را دارند و داوطلب شرکت در مطالعه هستند. این افراد وارد مطالعه شدند. آن‌ها به‌شیوهٔ دردسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه ده‌نفره قرار گرفتند. افراد نمونه براساس ملاک‌های ورود به پژوهش برگهٔ اطلاعات جمعیت‌شناسی را تکمیل کردند. مداخله برای یک گروه به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری حضوری فردی و برای یک گروه به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر پیام‌رسان متنی آنلاین (واتساپی) انجام شد و گروه سوم هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: تشخیص افسردگی مداوم براساس معیارهای DSM-5؛ درجهٔ افسردگی مساوی یا کمتر از متوسط براساس نمرهٔ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ ویرایش دوم؛ حداقل تحصیلات سوم راهنمایی؛ رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح؛ مصرف‌نکردن دارو در زمان انجام پژوهش؛ توانایی استفاده و امکان سخت‌افزاری استفاده از پیام‌رسان واتساپ؛ قرارداشتن در مقطع سنی ۱۸تا۵۵ سال؛ نداشتن بیماری شدید جسمانی و نداشتن هم‌زمان اختلال روانی دیگر (ازجمله اختلالات شخصیت)؛ سوءمصرف نداشتن مواد یا الکل؛ تحت درمان نبودن با شیوه‌های دیگر هم‌زمان با پژوهش. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش، اعلام مخالفت با ادامهٔ درمان در هر مرحله از پژوهش، وجود افکار خودکشی یا احتمال خطر خودکشی، نیاز به مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی دیگر و بیش از دو جلسه غیبت متوالی بود. در آغاز، هدف پژوهش برای همهٔ بیماران تشریح شد و بر محرمانه‌بودن اطلاعات و رازداری (مانند محتوای چت با درمانگر) تأکید شد؛ ضمن اخذ رضایت‌نامهٔ آگاهانهٔ کتبی، تأکید شد که آزمودنی‌ها هر زمان از پژوهش حق انصراف دارند.

کد اخلاقی کمیتهٔ اخلاق در پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی سمنان اخذ شد (شناسه: IR.IAU.SEMNAN.REC.1398.001). از هر سه گروه با استفاده از پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ ویرایش دوم (۱۷) پیش‌آزمون گرفته شد. سپس برای یک گروه هشت جلسه به‌صورت هفته‌ای یک جلسهٔ نوددقیقه‌ای درمان شناختی‌رفتاری حضوری فردی و برای گروه دوم درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر پیام‌رسان متنی آنلاین (با واتساپ) انجام شد. پس از پایان این مدت، برای سنجش میزان اثرگذاری مداخلات، از هر دو گروه و گروه گواه، پس‌آزمون با استفاده از پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ ویرایش دوم گرفته شد.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پیام‌رسان واتساپ: این پیام‌رسان که از سال ۲۰۰۹ آغاز به‌کار کرد، از پیام‌رسان‌های بسیار پرکاربرد در جهان است. پس از فیلترینگ تلگرام در سال ۲۰۱۸، به‌دلیل سادگی، رایگان‌بودن و امنیت زیاد، پیام‌رسان واتساپ در ایران نیز بسیار محبوب شد. به همین دلیل ابزار مناسب‌تر دردسترس برای پژوهش حاضر بود. واتساپ ابزار مناسب و راحتی برای ارسال پیام‌های متنی، صوتی و تماس صوتی و تصویری دارد. در این تحقیق از چت متنی برای ارتباط و مداخله استفاده شد.

ـ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ ویرایش دوم: این پرسش‌نامه که نسخهٔ ویرایش‌شدهٔ پرسش‌نامهٔ اولیهٔ بک است، توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ منتشر شد (۱۷). این پرسش‌نامه شامل ۲۱ سؤال از نوع ابزارهای خودسنجی است که آزمودنی‌ها باید روی مقیاسی چهاردرجه‌ای 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 خود بیزاری و... هستند. به این ترتیب

[1]. WhatsApp
[2]. The Structured Clinical Interview for DSM-5
[3]. Beck Depression Inventory–II

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

که دو ماده از آن به عاطفه، یازده ماده به شناخت، دو ماده به رفتارهای آشکار، پنج ماده به نشانه‌های جسمانی و یک ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب پرسش‌نامهٔ مذکور، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنهٔ نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است (۱۷). روایی و اعتبار نسخهٔ اصلی این پرسش‌نامه در مطالعات متعددی به تأیید رسید. در مطالعهٔ کارمودی، ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۱ و روایی ۰/۸۶ گزارش شد (۱۸). روایی و اعتبار نسخهٔ فارسی این پرسش‌نامه در چندین پژوهش بررسی و تأیید شد؛ ازجمله توسط رجبی و کارجو کسمایی که ضریب پایایی آن ۰/۸۶ و (میانگین) ضریب روایی ۰/۸۲ بود (۱۹).

ـ مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته (نسخهٔ بالینی): این مصاحبه براساس DSM-5 ابزاری برای تشخیص‌گذاری است که نسخهٔ پیشین آن در سال ۱۹۹۷ تدوین شد. برای این پژوهش، نسخهٔ جدید ارائه‌شده توسط فرست و همکاران در سال ۲۰۱۶ به‌کار رفت (۲۰). مطالعات مختلف حاکی‌از روایی و اعتبار مطلوب مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته است؛ به‌طوری‌که گرانت و همکاران (۲۱) و در ایران شریفی و همکاران (۲۲) در مطالعه‌ای به بررسی مشخصات هنجاری این ابزار در جمعیت ایرانی پرداختند و روایی و اعتبار نسخهٔ فارسی را تأیید کردند.

ـ درمان شناختی‌رفتاری: باتوجه به شواهد متعدد در اثربخشی درمانی شناختی‌رفتاری به‌روش حضوری (۶،۷) و اثربخشی آن در درمان اینترنتی با چت متنی (۱۳ـ۱۱)، پروتکل درمانی استفاده‌شده در این پژوهش، نسخهٔ کوتاه‌شدهٔ پروتکل درمان شناختی‌رفتاری برای افسردگی بود که روزلو و برنال[1] آن را طراحی کردند و این نسخه در پژوهش صمدزاده و همکاران به‌کار رفت (۲۳). در این برنامه هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه مباحث مطرح شد که به‌لحاظ محتوا برای دو گروه به‌صورت یکسان اجرا شد؛ با این تفاوت که برای گروه مشاوره با چت، ابتدا از مُراجعان دعوت شد در جلسه‌ای حضوری موضوعات ضروری، تذکرات و احتمالات (مثلاً قطع اینترنت) بررسی شود و برای روز و ساعت معین در هفته، به‌منظور انجام چت توافق صورت گرفت. مباحث مطرح در هر جلسه به‌طور خلاصه در جدول ۱ آمده است.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌راهه و کای‌دو به‌منظور مقایسهٔ سن و جنس گروه‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس و پیش‌فرض‌های آن و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ انجام شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

جدول ۱. خلاصهٔ محتوای جلسات مداخله

جلسه	خلاصهٔ محتوای جلسهٔ درمان شناختی‌رفتاری بر افسردگی
اول	بازبینی خُلق، توضیح دربارهٔ دلایل و عوامل بیماری با تأکید بر مدل شناختی‌رفتاری، بررسی انتظارات مُراجع از درمان، تهیه و تنظیم جدول خُلق روزانه در منزل
دوم	رابطهٔ بین حالات خُلقی و افکار خودآیند منفی، بررسی برگهٔ پل‌زدن بین جلسات، آشنایی با شش تحریف شناختی، تهیهٔ جدول افکار منفی و تحریف شناختی در منزل
سوم	چالش با افکار منفی، سنجش مُراجع در تشخیص افکار خودکار خویش، ادامهٔ بررسی انواع دیگر تحریف‌های شناختی، نوشتن افکار خودکار منفی و ارتباط آن با خُلق همان لحظه در منزل
چهارم	بحث دربارهٔ باورهای زیربنایی، قواعد و فرض‌ها، جدول موقعیت‌ـ فکرـ احساس، بررسی برنامهٔ روزانهٔ مُراجع و غلبه بر کم‌تحرکی، تهیهٔ جدول مذکور در منزل و تدوین برنامهٔ روزانه
پنجم	توسعهٔ آگاهی دربارهٔ باورهای زیربنایی و تغییر آن‌ها و استفاده از تکنیک‌های مقابله با افکار خودکار منفی، شرح روزانهٔ چهار فکر خودآیند و تکنیک مقابله با آن‌ها در منزل
ششم	استفاده از تکنیک‌های شناختی و رفتاری ازجمله آموزش مهارت‌های اجتماعی و حل مسئله، تهیهٔ جدول مسائل و تمرین با روش حل مسئله و تمرین یکی از مهارت‌های تدریس‌شده در منزل و محل کار
هفتم	آموزش باورهای سازگارانهٔ جانشین، استفاده از تکنیک‌های رفتاری و شناختی و تمرین افکار جانشین، تهیهٔ جدول باورها و فرض‌های زیربنایی و جانشینی باورهای جدید در منزل
هشتم	بازبینی خُلق دو ماه اخیر، طبقه‌بندی باورهای هسته‌ای و اصلاح آن‌ها، مرور پیشرفت اهداف درمانی و تقویت مهارت‌ها و ایجاد انتظارات واقع‌بینانه، تهیهٔ جدول خُلق و انجام تمرینات موقعیت‌ـ فکرـ احساس در منزل

۳ یافته‌ها

در این پژوهش سی نفر در سه گروه، شامل ده نفر در گروه آزمایشی درمان حضوری (گروه اول)، ده نفر در گروه آزمایشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر پیام‌رسان متنی (واتساپی) (گروه دوم) و ده نفر در گروه گواه (گروه سوم) حاضر بودند. در گروه اول چهار زن و شش مرد، در گروه دوم پنج زن و پنج مرد و در گروه گواه پنج مرد و پنج زن حضور داشتند. میانگین سن گروه اول ۳۳/۲۸ سال، گروه دوم ۳۸/۱۱

[1]. Rossello & Bernal

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

سال و گروه سوم ۲۹/۶۵ سال بود؛ آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌راهه و کای‌دو نشان داد، آزمودنی‌ها به‌لحاظ سن و جنس به‌طور همگن در گروه‌ها قرار داشتند (p>۰/۰۵).

قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال‌بودن داده‌ها، برابری واریانس‌ها و یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد. به‌منظور بررسی نرمال‌بودن داده‌ها، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای متغیر افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌کار رفت و مشخص شد، توزیع داده‌های تحقیق، نرمال بود (p>۰/۰۵). همچنین برای سنجش شرط برابری واریانس‌ها، نتایج آزمون لون یکسانی واریانس‌ها را تأیید کرد (p>۰/۰۵). پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز بررسی و تأیید شد (p>۰/۰۵)؛ بنابراین با برقراری سه پیش‌فرض مذکور، تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌ها به‌کار رفت.

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

گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درمان حضوری	۱۰	۲۰/۳۰	۳/۴۶	۸/۱۰	۴/۵۳
درمان واتساپی	۱۰	۲۰/۷۰	۴/۹۰	۱۰/۴۰	۳/۵۳
گواه	۱۰	۱۹/۵۰	۴/۰۸	۲۰/۹۰	۴/۰۱

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، تفاوت نمرهٔ افسردگی سه گروه بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون معنادار بود (p<۰/۰۰۱، F=۲۸/۰۵)؛ به عبارت دیگر، باوجود تعدیل نمرات این متغیر، میزان نمرات افسردگی در دو گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه کاهش یافت. مجذور اتا نیز مشخص کرد، حدود ۶۸ درصد از واریانس نمرات سه گروه مربوط به تأثیر مداخله بود.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور مقایسهٔ زوجی گروه‌های درمان و گروه گواه

گروه‌ها		تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p
درمان حضوری	درمان واتساپی	ـ۲/۲۵۰	۱/۸۳۰	۰/۶۹۰
	گواه	ـ۱۲/۹۰	۱/۸۳۵	<۰/۰۰۱
درمان واتساپی	گواه	ـ۱۰/۶۵۰	۱/۸۴۳	<۰/۰۰۱

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، براساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، بین دو گروه آزمایش (گروه درمان شناختی‌رفتاری حضوری و گروه درمان شناختی‌رفتاری واتساپی) با گروه گواه در متغیر افسردگی مداوم تفاوت معنادار وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ اما تفاوت معناداری بین اثربخشی دو گروه آزمایش بر افسردگی مداوم مشاهده نشد (p=۰/۶۹۰)؛ بنابراین دو مداخله تأثیر یکسانی بر کاهش افسردگی مداوم داشتند.

۴ بحث

هدف این پژوهش مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر پیام‌رسان آنلاین متنی (واتساپ) و درمان شناختی‌رفتاری حضوری فردی بر افسردگی مداوم بود. نتایج نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری حضوری فردی در کاهش افسردگی دائمی مؤثر بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های هافمن و همکاران (۶) و پژوهش درایسن و هولن (۷) همسوست.

نتایج دیگر پژوهش حاضر نشان داد، میزان افسردگی گروه تحت درمان بر بستر پیام‌رسان آنلاین متنی (واتساپ)، درمقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری داشت؛ به عبارت دیگر مداخلهٔ شناختی‌رفتاری با استفاده از پیام‌رسان آنلاین متنی (واتساپ) در کاهش افسردگی دائمی (خفیف و متوسط) مؤثر بود. اگرچه هیچ پژوهش داخلی در این باره وجود نداشت، یافته‌های پژوهش حاضر، باوجود تفاوت سنی جمعیت نمونه با نتایج مطالعات هارمن و همکاران (۱۱)، کرامر و همکاران (۱۲) و تاپوکو و همکاران (۱۳) هماهنگ است. عمدهٔ مطالعات پیشینه دارای گروه‌های سنی جوان و نوجوان بودند که ممکن است به‌دلیل آشنایی بیشتر این ردهٔ سنی با ابزارهای اینترنتی باشد. تفاوت دیگر پژوهش حاضر با سه مطالعهٔ اشاره‌شده در ابزار واتساپ است؛ بااین‌حال نتایج همسو مؤید موضوعاتی مانند این بود که سرویس‌های تلفنی مبتنی‌بر چت درمقایسه با درمان سنتی از لحاظ دسترسی راحت‌تر است و هزینه و زمان درمان را برای درمانگر و مُراجع به‌نحو مشهودی کاهش می‌دهد، مزایای مرتبط با ارتباطات نوشتاری (مانند رجوع و خوانش مجدد) را بیشتر می‌کند و از فشار نشستن درمقابل یک فرد می‌کاهد (۱۳ـ۱۱). به این ترتیب به‌نظر می‌رسد می‌توان از درمان‌های آنلاین و سادهٔ چت متنی برای درصد بزرگی از مبتلایان به دیگر طیف‌های افسردگی که تشخیص شدت خفیف و متوسط گرفته‌اند، استفاده کرد.

به‌علاوه، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد، بین دو شیوهٔ درمانی شناختی‌رفتاری حضوری و درمان واتساپی تفاوت معناداری وجود نداشت و هر دو شیوه به یک اندازه در کاهش افسردگی دائمی (خفیف و متوسط) مؤثر بودند؛ بااین‌حال روش‌های مذکور برای افسردگی‌های نیازمند دارو باید با احتیاط و همراه با پژوهش‌های مستقل دیگری بررسی شود.

از منظری دیگر، تاپوکو و همکارانش به نکتهٔ مهمی دربارهٔ مزایای مشاورهٔ متنی آنلاین اشاره کردند که سال‌ها است برای درمان‌های حضوری چالش‌برانگیز بوده‌اند؛ ازجمله طرح موضوعات حساس و نیز به اشتراک‌گذاری و بروز احساسات و افکار در محیطی امن (به‌عنوان مثال خانه) که ممکن است سبب کاهش شرم مُراجع شود (۱۳)؛ اگرچه

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

درمان‌های سنتی حضوری مزایایی (مانند تماس چشمی و...) دارد، درمان آنلاین متنی دارای هزینهٔ کمتر، انعطاف‌پذیری فوق‌العاده در تنظیم وقت جلسات در طول روز و... است که با یافته‌های جدیدی مانند پژوهش مارسل و همکاران مطابقت می‌کند (۸). باتوجه به نتایج حاصل از این پژوهش و مقایسهٔ آن با مطالعات اندرسون (۹) و هارمن و همکاران (۱۱) که منحصر به افسردگی نبودند، به‌نظر می‌رسد دیگر اختلالات روان‌پزشکی متوسط و خفیف نظیر اضطراب نیز قابل بررسی به شیوهٔ چت باشد و اندازهٔ اثر آن درمقایسه با دیگر درمان‌های آنلاین (تصویری، صوتی و...) سنجیده شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که امکان آزمایش روی افسردگی‌های شدید و مزمن و اساسی را نداشت؛ ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود با کنترل دارو و چک و پایش منظم افراد توسط تیمی درمانگر (روان‌پزشک و روان‌شناس)، پژوهش‌هایی دربارهٔ مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری متنی آنلاین و درمان شناختی‌رفتاری حضوری برای افسردگی‌های اساسی و شدید انجام شود. همچنین در این پژوهش امکان پیگیری درمان وجود نداشت. باتوجه به اهمیت دورهٔ پیگیری، توصیه می‌شود پژوهش‌هایی همراه با پیگیری انجام شود. باتوجه به حضور گروه‌ها و کانال‌های فراوان در پیام‌رسان‌ها، پیشنهاد می‌شود درمان‌های متنی آنلاین به‌طور گروهی نیز اجرا شود و مقایسهٔ اثربخشی آن با دیگر درمان‌های حضوری فردی و حضوری گروهی صورت گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های این تحقیق نتیجه‌گیری می‌شود، افسردگی دائمی (خفیف و متوسط) می‌تواند درنتیجهٔ کاربرد مداخلات روان‌شناختی نظیر درمان شناختی‌رفتاری حضوری و درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر پیام‌رسان آنلاین متنی (واتساپ) بهبود یابد و دو شیوه، هیچ‌گونه برتری به‌لحاظ اثربخشی بر کاهش افسردگی ندارند و هر دو درمان، به یک اندازه مؤثر هستند.

۶ تشکر و قدردانی

از همکاری همهٔ مسئولان و کادر چهار کلینیک مشاوره در غرب تهران به‌ویژه از بیماران محترم که با مشارکت جدی خود در پژوهش حاضر همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری رشتهٔ روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی سمنان با کد یا شمارهٔ ۱۰۲/۱۳۴ به‌تاریخ ۲۶ دی۱۳۹۷ است. همچنین مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه‌شده از کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی سمنان مصوب تاریخ ۲۶فروردین۱۳۹۸ صادر شده است (شناسه: IR.IAU.SEMNAN.REC.1398.001). از تمامی شرکت‌کنندگان در طرح رضایت‌نامهٔ آگاهانهٔ کتبی همراه با حق انصراف از پژوهش در هر مرحله‌ای گرفته شد. همچنین بر حفظ اطلاعات و اسرار بیماران تأکید شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

برای انجام این پژوهش از منابع مالی هیچ نهاد و سازمانی استفاده نشده است.

مشارکت نویسندگان

سهم شخصی همهٔ نویسندگان در انجام این پژوهش یکسان بود و همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند. نویسندگان درمقابل تمامی جنبه‌های انجام پژوهش منجربه شکل‌گیری مقاله ازجمله مسئولیت رعایت دستورالعمل‌ها و راهنماهای عمومی و اختصاصی اخلاق در پژوهش مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در طراحی، انجام و انتشار مقاله را می‌پذیرند و پاسخ‌گو هستند و از درستکاری و توانمندی علمی افرادی که مراحل مختلف کار را انجام دادند، اطمینان خاطر دارند.

References

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006;3(11):442. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442
2. World Health Organization. Depression [Internet]. 2020 Jan 01[cited 2020 Jul 11]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
3. World Health Organization. Mental health gap action programme [Internet]. 2019 [cited 2020 July 08]. https://www.who.int/publications/i/item/9789241596206
4. Montazeri A, Mousavi SJ, Omidvari S, Tavousi M, Hashemi A, Rostami T. Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000–2010). Payesh. 2013;12(6):567–94. [Persian] http://payeshjournal.ir/article-1-333-en.html
5. Dickerson JF, Lynch FL, Leo MC, DeBar LL, Pearson J, Clarke GN. Cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy for depressed youth declining antidepressants. Pediatrics. 2018;141(2):e20171969. https://doi.org/10.1542/peds.2017-1969
6. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. Cogn Ther Res. 2012;36(5):427–40. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

7. Driessen E, Hollon SD. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. Psychiatr Clin North Am. 2010;33(3):537–55. https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.005
8. Marcelle ET, Nolting L, Hinshaw SP, Aguilera A. Effectiveness of a multimodal digital psychotherapy platform for adult depression: a naturalistic feasibility study. JMIR Mhealth Uhealth. 2019;7(1):e10948. https://doi.org/10.2196/10948
9. Andersson G. Internet-delivered psychological treatments. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12(1):157–79. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006
10. Novotney A. A growing wave of online therapy. Monitor on Psychology. 2017;48(2):48.
11. Hoermann S, McCabe KL, Milne DN, Calvo RA. Application of synchronous text-based dialogue systems in mental health interventions: systematic review. J Med Internet Res. 2017;19(8):e267. https://doi.org/10.2196/jmir.7023
12. Kramer J, Conijn B, Oijevaar P, Riper H. Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2014;16(5):e141. https://doi.org/10.2196/jmir.3261
13. Topooco N, Berg M, Johansson S, Liljethörn L, Radvogin E, Vlaescu G, et al. Chat- and internet-based cognitive–behavioural therapy in treatment of adolescent depression: randomized controlled trial. BJPsych Open. 2018;4(4):199–207. https://doi.org/10.1192/bjo.2018.18
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
15. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
16. Nübel J, Guhn A, Müllender S, Le HD, Cohrdes C, Köhler S. Persistent depressive disorder across the adult lifespan: results from clinical and population-based surveys in Germany. BMC Psychiatry. 2020;20(1):58. https://doi.org/10.1186/s12888-020-2460-5
17. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
18. Carmody DP. Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II with college students of diverse ethnicity. Int J Psychiatry Clin Pract. 2005;9(1):22–8. https://doi.org/10.1080/13651500510014800
19. Rajabi G, Karju Kasmai S. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition. Educational Measurement. 2013;3(10):139-58. [Persian] https://jem.atu.ac.ir/article_5657.html?lang=en
20. First MJ, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Structures Clinical Interview for DSM-5-Clinican version (SCID-5-CV). Arlington: American Psychiatric Association; 2016.
21. Grant JE, Steinberg MA, Kim SW, Rounsaville BJ, Potenza MN. Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling. Psychiatry Res. 2004;128(1):79–88. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.05.006
22. Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A Persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition: psychometric properties. Compr Psychiatry. 2009;50(1):86–91. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2008.04.004
23. Samadzade N, Poursharifi H, Poursharifi J. The effect of cognitive-behavioral therapy on the self-care behaviors and symptoms of depression and anxiety in women with type 2 diabetes: a case study. Feyz. 2015;19(3):255–64. [Persian] http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-2704-en.html

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]