

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

Raissi MR<sup>1</sup>, \*Asgharnejad Farid A<sup>2</sup>, Jahan F<sup>3</sup>, Moazedian A<sup>3</sup>

## 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](mailto: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).

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بستر پیام‌رسان آنلاین متنی (واتساپ) و درمان شناختی رفتاری حضوری بر افسردگی مداوم

محمدرضا رئیسی<sup>۱</sup>، \*علی اصغر اصغرثراد فرید<sup>۲</sup>، فائزه جهان<sup>۳</sup>، آمنه معاضدیان<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

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

۲. دکتری روان‌شناسی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛

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

\*رایانامه نویسنده مسئول: asgharnejadfarid.as@iums.ac.ir

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

### چکیده

**زمینه و هدف:** به دلیل شیوع گسترده افسردگی، مقایسه روش‌های نوین درمان ضروری است. هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بستر پیام‌رسان آنلاین متنی (واتساپ) و درمان شناختی رفتاری حضوری، بر افسردگی مداوم بود.

**روش بررسی:** روش این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی افراد ۱۸ تا ۵۵ ساله 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، به روش در دسترس انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی در سه گروه دهنفره (گروه درمان حضوری، گروه درمان واتساپی، گروه گواه) به‌عنوان نمونه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساختاریافته (فرست و همکاران، ۲۰۱۶) بود. در هشت جلسه نود دقیقه‌ای، به‌صورت هفته‌ای یک جلسه مباحث درمان شناختی رفتاری 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 نسخه ۲۲ انجام شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، هر دو مداخله درمانی یعنی درمان شناختی رفتاری فردی حضوری و درمان شناختی رفتاری واتساپی بر کاهش علائم افسردگی مداوم در مقایسه با گروه گواه تأثیر معنادار داشتند ( $p < 0/001$ ). مقایسه این دو روش درمانی مشخص کرد، تفاوت معناداری بین دو روش مذکور نیست ( $p = 0/690$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش، حمایتی تجربی برای اثربخشی روان‌درمانی‌های شناختی رفتاری 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 شناختی رفتاری، افسردگی مداوم، پیام‌رسان آنلاین متنی (واتساپ).

(سرویس پیام کوتاه، پیام متنی و...)، بیشتر بر اینترنت (ویدئوکنفرانس، چت<sup>۱</sup> و...) متمرکز است (۸). پژوهش گسترده اندرسون در گروه علوم رفتاری و یادگیری دانشگاه لینکولن نشان داد، درمان‌های اینترنتی بر افسردگی، اضطراب، اختلالات خلقی و روانی بدنی مؤثر است. نتایج این پژوهش حاصل بررسی بیش از صد آزمایش بود که طی پانزده سال انجام شد (۹). مجله انجمن روان‌شناسی آمریکا در مقاله‌ای با بررسی موج رو به رشد روان‌درمانگری آنلاین، ضمن اشاره به اینکه روان‌شناسی از راه دور از طریق تلفن، وب‌کم، ایمیل یا پیام متنی، بیش از بیست سال است که در اغلب موارد استفاده می‌شود، رشد کاربران گوشی‌های هوشمند<sup>۲</sup> را فرصت جدیدی می‌داند که درمانی در دسترس‌تر و ارزان‌تر ارائه می‌دهد. سهولت و راحتی برنامه‌ریزی یک قرار ملاقات درمانی آنلاین و صحبت با یک درمانگر از حریم خصوصی خانه خود یا هر کجا که امکان دارد، فرصتی بزرگ برای مراجعانی است که بسیاری از آن‌ها برای اولین بار در زندگی خود به دنبال درمان هستند (۱۰). چندین پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر 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 گفت‌وگویی هم‌زمان مبتنی بر متن (چت) سنجیده شود. نتایج مشخص کرد، روان‌درمانی مبتنی بر پیام متنی، بهبودی معنادار و پایداری را در طیف وسیعی از اختلالات نظیر اضطراب، افسردگی، اختلالات خوردن<sup>۳</sup> و اعتیاد به همراه 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 آموزش دیده ارائه شد. نتایج پس از نه 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 مبتنی بر چت اینترنتی را به آن‌ها ارائه دادند. پس از هشت هفته نتایج حاکی از کاهش درخور توجه 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 روانی<sup>۴</sup> انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۵</sup>، افسردگی دائم<sup>۱۱</sup> از ترکیب دو اختلال قدیمی یعنی اختلال افسردگی عمده<sup>۱۲</sup> و اختلال افسرده‌خویی<sup>۱۳</sup> شکل گرفته است. ویژگی اصلی این اختلال، خلق افسرده در بیشتر ساعات روز و در بیشتر روزها به‌مدت دو سال (برای کودکان و

افسردگی از اختلالات روانی بسیار شایع است که می‌تواند جمعیت بزرگی از بیماران و خانواده‌هایشان را تحت تأثیر 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<sup>۲</sup>، حدود ۳۰۰ میلیون 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: بیابید باهم حرف بزنیم»<sup>۳</sup> اعلام کرد. برآوردهای سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد، درحالی‌که ۱۴ درصد از وزن جهانی بیماری به اختلالات روانی منسوب است، بیشتر افراد مبتلا یعنی ۷۵ درصد در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد، به معالجه لازم خود دسترسی ندارند یا درمان نشده باقی می‌مانند (۳). با توجه به یافته‌ها، شیوع زیاد افسردگی و بار درخور توجهی 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 به دنبال درمان‌های اثربخش‌تر و کم‌هزینه‌تر درمقایسه با درمان‌های دیگر از جمله درمان دارویی باشد (۵).

یکی از درمان‌های افسردگی، درمان شناختی‌رفتاری<sup>۴</sup> 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 خلقی 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 از جمله افسردگی تأیید کردند (۶).

اما طیف گسترده‌ای از موانع مهم، در راه وجود دارد؛ مانند گرانی جلسات درمانی، تمرکز درمانگران در شهرهای بزرگ و دسترسی محدود جغرافیایی به متخصصان آموزش دیده و درمان سنتی (چهره به چهره). به همین دلیل سال‌ها است مداخلات درمانی دیجیتال<sup>۵</sup> مطرح شده‌اند که سهولت دسترسی و نیز ناشناس‌بودن خدمات را افزایش می‌دهند. ابزار درمان دیجیتال اگرچه تلفن را نیز شامل می‌شود

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

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

شناختی رفتاری مبتنی بر 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؛ درجه افسردگی مساوی یا کمتر از متوسط براساس نمره پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم؛ حداقل تحصیلات سوم راهنمایی؛ رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح؛ مصرف نکردن دارو در زمان انجام پژوهش؛ توانایی استفاده و امکان سخت‌افزاری استفاده از پیام‌رسان واتساپ؛ قراردادن در مقطع سنی ۱۸ تا ۵۵ سال؛ نداشتن بیماری شدید جسمانی و نداشتن هم‌زمان اختلال روانی دیگر (از جمله اختلالات شخصیت)؛ سوءمصرف نداشتن مواد یا الکل؛ تحت درمان نبودن با شیوه‌های دیگر هم‌زمان با پژوهش. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش، اعلام مخالفت با ادامه 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 همه بیماران تشریح شد و بر محرمانه‌بودن اطلاعات و رازداری (مانند محتوای چت با درمانگر) تأکید شد؛ ضمن اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، تأکید شد که آزمودنی‌ها هر زمان از پژوهش حق انصراف دارند.

کد اخلاقی کمیته اخلاق در پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی سمنان اخذ شد (شناسه: IR.IAU.SEMNAN.REC.1398.001). از هر سه گروه با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم (۱۷) پیش‌آزمون گرفته شد. سپس برای یک گروه هشت جلسه به صورت هفته‌ای یک جلسه نود دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری حضوری فردی و برای گروه دوم درمان شناختی رفتاری مبتنی بر 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 پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم گرفته شد.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت. 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، به دلیل سادگی، رایگان بودن و امنیت زیاد، پیام‌رسان واتساپ در ایران نیز بسیار محبوب شد. به همین دلیل ابزار مناسب‌تر در دسترس 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.

پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم: این پرسش‌نامه که نسخه ویرایش شده پرسش‌نامه اولیه 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 بی‌بازی و... هستند. به این ترتیب

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، ۲۵ تا ۴۰ درصد از مراجعان به کلینیک‌های روان‌پزشکی، افسردگی مزمن دارند و حدود ۳۰ درصد موارد افسردگی دارای دوره‌ای مزمن با نشانه‌هایی هستند که حداقل دو سال طول می‌کشد. شیوع دوازده‌ماهه افسردگی مزمن ۱/۵ درصد و شیوع طول عمر آن ۳ تا ۶ درصد است (۱۵). آمار شیوع افسردگی مداوم فقط در برخی کشورها آن هم به صورت تخمینی یا با استناد به گزارش شرکت‌های بیمه از طول مدت درمان برآورد شده است؛ مثلاً در ایالات متحده این رقم ۳ درصد است (۱۵) و در آلمان دوسوم تشخیص‌های افسردگی، حداقل یک دوره دوساله را طی می‌کنند (۱۶). در ایران براساس مطالعه ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها، افسردگی، سومین مشکل سلامتی کشور است (به نقل از ۴).

باتوجه به ضریب نسبتاً زیاد نفوذ اینترنت در ایران به‌ویژه اینترنت تلفن همراه و استفاده گسترده کاربران ایرانی از پیام‌رسان واتساپ<sup>۱</sup>، به نظر 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 ارائه آسان و در دسترس 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 ارائه برنامه‌های مداخله‌ای متنی بر وب، از این پتانسیل در جهت ارتقای بهداشت روان بهترین بهره را برد. این پژوهش برای نخستین بار در ایران انجام شد و هدف آن مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بستر پیام‌رسان آنلاین متنی (واتساپ) و درمان شناختی رفتاری حضوری بر افسردگی مداوم بود.

## ۲ روش بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه 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 اولیه افسردگی گرفتند و داوطلب شرکت در مطالعه بودند، از نظر نوع افسردگی با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5)<sup>۲</sup> توسط روان‌پزشک بررسی شدند. تعداد ۴۷ نفر از آن‌ها براساس ملاک‌های DSM-5 دارای افسردگی دائمی بودند. پس از تکمیل پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم<sup>۳</sup> (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 به‌شیوه در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه دهنه‌فره قرار گرفتند. افراد نمونه براساس ملاک‌های ورود به پژوهش برگه اطلاعات جمعیت‌شناسی را تکمیل کردند. مداخله برای یک گروه به‌شیوه شناختی رفتاری حضوری فردی و برای یک گروه به‌شیوه

3. Beck Depression Inventory-II

1. WhatsApp

2. The Structured Clinical Interview for DSM-5

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 پرسش‌نامه مذکور، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است (۱۷). روایی و اعتبار نسخه اصلی این پرسش‌نامه در مطالعات متعددی به تأیید رسید. در مطالعه کارمودی، ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۱ و روایی ۰/۸۶ گزارش شد (۱۸). روایی و اعتبار نسخه فارسی این پرسش‌نامه در چندین پژوهش بررسی و تأیید شد؛ از جمله توسط رجبی و کارجو کسمایی که ضریب پایایی آن ۰/۸۶ و (میانگین) ضریب روایی ۰/۸۲ بود (۱۹).

– مصاحبه بالینی ساختاریافته (نسخه بالینی): این مصاحبه براساس DSM-5 ابزاری برای تشخیص‌گذاری است که نسخه پیشین آن در سال ۱۹۹۷ تدوین شد. برای این پژوهش، نسخه جدید ارائه شده توسط فرست و همکاران در سال ۲۰۱۶ به کار رفت (۲۰). مطالعات مختلف حاکی از روایی و اعتبار مطلوب مصاحبه بالینی ساختاریافته است؛ به طوری که 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 نسخه فارسی را تأیید کردند.

– درمان شناختی رفتاری: با توجه به شواهد متعدد در اثربخشی درمانی شناختی رفتاری به روش حضوری (۶،۷) و اثربخشی آن در درمان اینترنتی با چت متنی (۱۳-۱۱)، پروتکل درمانی استفاده شده در این پژوهش، نسخه کوتاه شده پروتکل درمان شناختی رفتاری برای افسردگی بود که روزلو و برنال<sup>۱</sup> آن را طراحی کردند و این نسخه در پژوهش صمدزاده و همکاران به کار رفت (۲۳). در این برنامه هشت جلسه نود دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه مباحث مطرح شد که به لحاظ محتوا برای دو گروه به صورت یکسان اجرا شد؛ با این تفاوت که برای گروه مشاوره با چت، ابتدا از مراجعان دعوت شد در جلسه‌ای حضوری موضوعات ضروری، تذکرات و احتمالات (مثلاً قطع اینترنت) بررسی شود و برای روز و ساعت معین در هفته، به منظور انجام چت توافق صورت گرفت. مباحث مطرح در هر جلسه به طور خلاصه در جدول ۱ آمده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل آزمون‌های تحلیل واریانس یک راهه و کای دو به منظور مقایسه سن و جنس گروه‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس و پیش فرض‌های آن و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات مداخله

جلسه	خلاصه محتوای جلسه درمان شناختی رفتاری بر افسردگی
اول	بازبینی خلق، توضیح درباره دلایل و عوامل بیماری با تأکید 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 پل زدن 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 خودکار خویش، ادامه بررسی انواع دیگر تحریف‌های شناختی، نوشتن افکار خودکار 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 کم‌حرکی، تهیه جدول مذکور در منزل و تدوین برنامه روزانه
پنجم	توسعه آگاهی درباره باورهای زیربنایی و تغییر آن‌ها و استفاده از تکنیک‌های مقابله با افکار خودکار منفی، شرح روزانه چهار فکر خودآیند و تکنیک مقابله با آن‌ها 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 تدریس شده در منزل و محل کار
هفتم	آموزش باورهای سازگارانۀ جانشین، استفاده از 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 و ایجاد انتظارات واقع‌بینانه، تهیه جدول خلق و انجام تمرینات موقعیت-فکر-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 شناختی رفتاری مبتنی بر 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

در این پژوهش سی نفر در سه گروه، شامل ده نفر در گروه آزمایشی درمان حضوری (گروه اول)، ده نفر در گروه آزمایشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر 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

<sup>1</sup>. Rossello & Bernal

سال و گروه سوم ۲۹/۶۵ سال بود؛ آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌راهه و کای دو نشان داد، آزمودنی‌ها به لحاظ سن و جنس به‌طور همگن در گروه‌ها قرار داشتند ( $p > 0/05$ ).  
قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال بودن داده‌ها، برابری واریانس‌ها و یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد. به‌منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف برای متغیر افسردگی

در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌کار رفت و مشخص شد، توزیع داده‌های تحقیق، نرمال بود ( $p > 0/05$ ). همچنین برای سنجش شرط برابری واریانس‌ها، نتایج آزمون لون یکسانی واریانس‌ها را تأیید کرد ( $p > 0/05$ ). پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز بررسی و تأیید شد ( $p > 0/05$ )؛ 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 واتس‌آپی	۱۰	۲۰/۷۰	۴/۹۰	۱۰/۴۰	۳/۵۳
گواه	۱۰	۱۹/۵۰	۴/۰۸	۲۰/۹۰	۴/۰۱

نمرات افسردگی در دو گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه کاهش یافت. معذور اما نیز مشخص کرد، حدود ۶۸ درصد از واریانس نمرات سه گروه مربوط به تأثیر مداخله بود.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، تفاوت نمره افسردگی سه گروه بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون معنادار بود ( $p < 0/001$ )،  $F=28/05$ ؛ به عبارت دیگر، با وجود تعدیل نمرات این متغیر، میزان

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

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p
درمان واتس‌آپی	-۲/۲۵۰	۱/۸۳۰	۰/۶۹۰
گواه	-۱۲/۹۰	۱/۸۳۵	<۰/۰۰۱
گواه	-۱۰/۶۵۰	۱/۸۴۳	<۰/۰۰۱

گروه‌های سنی جوان و نوجوان بودند که ممکن است به دلیل آشنایی بیشتر این رده سنی با ابزارهای اینترنتی باشد. تفاوت دیگر پژوهش حاضر با سه مطالعه اشاره شده در ابزار واتس‌آپی است؛ با این حال نتایج همسو مؤید موضوعاتی مانند این بود که سرویس‌های تلفنی مبتنی بر چت درمقایسه با درمان سنتی از لحاظ دسترسی راحت‌تر است و هزینه و زمان درمان را برای درمانگر و مراجع 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 (۱۳-۱۱). به این ترتیب به‌نظر می‌رسد می‌توان از درمان‌های آنلاین و ساده 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 شیوه درمانی شناختی رفتاری حضوری و درمان واتس‌آپی تفاوت معناداری وجود نداشت و هر دو شیوه به یک اندازه در کاهش افسردگی دائمی (خفیف و متوسط) مؤثر بودند؛ با این حال روش‌های مذکور برای افسردگی‌های نیازمند دارو باید با احتیاط و همراه با پژوهش‌های مستقل دیگری بررسی شود.

از منظری دیگر، تاپوکو و همکارانش به نکته مهمی درباره مزایای مشاوره متنی آنلاین اشاره کردند که سال‌ها است برای درمان‌های حضوری چالش برانگیز بوده‌اند؛ از جمله طرح موضوعات حساس و نیز به اشتراک‌گذاری و بروز احساسات و افکار در محیطی امن (به‌عنوان مثال خانه) که ممکن است سبب کاهش شرم مراجع شود (۱۳)؛ اگرچه

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، براساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، بین دو گروه آزمایش (گروه درمان شناختی رفتاری حضوری و گروه درمان شناختی رفتاری واتس‌آپی) با گروه گواه در متغیر افسردگی مداوم تفاوت معنادار وجود داشت ( $p < 0/001$ )؛ اما تفاوت معناداری بین اثربخشی دو گروه آزمایش بر افسردگی مداوم مشاهده نشد ( $p = 0/690$ )؛ بنابراین دو مداخله تأثیر یکسانی بر کاهش افسردگی مداوم داشتند.

#### ۴ بحث

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیام‌رسان آنلاین متنی (واتس‌آپی) و درمان شناختی رفتاری حضوری فردی بر افسردگی مداوم بود. نتایج نشان داد، درمان شناختی رفتاری 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 (واتس‌آپی)، درمقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری داشت؛ به عبارت دیگر مداخله شناختی رفتاری با استفاده از پیام‌رسان آنلاین متنی (واتس‌آپی) در کاهش افسردگی دائمی (خفیف و متوسط) مؤثر بود. اگرچه هیچ پژوهش داخلی در این باره وجود نداشت، یافته‌های پژوهش حاضر، با وجود تفاوت سنی جمعیت نمونه با نتایج مطالعات هارمن و همکاران (۱۱)، کرامر و همکاران (۱۲) و تاپوکو و همکاران (۱۳) هماهنگ است. عمده مطالعات پیشینه دارای

## ۷ بیانیه‌ها

### تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی سمنان با کد یا شماره ۱۰۲/۱۳۴ به تاریخ ۲۶ دی ۱۳۹۷ است. همچنین مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه شده از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی سمنان مصوب تاریخ ۲۶ فروردین ۱۳۹۸ صادر شده است (شناسه: IR.IAU.SEMNAN.REC.1398.001). از تمامی شرکت‌کنندگان در طرح رضایت‌نامه آگاهانه 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 منافی ندارند.

### منابع مالی

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

### مشارکت نویسندگان

سهم شخصی همه نویسندگان در انجام این پژوهش یکسان بود و همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند. نویسندگان در مقابل تمامی جنبه‌های انجام پژوهش منجر به شکل‌گیری مقاله از جمله 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.

درمان‌های سنتی حضوری مزایایی (مانند تماس چشمی و...) دارد، درمان آنلاین متنی دارای هزینه کمتر، انعطاف‌پذیری فوق‌العاده در تنظیم وقت جلسات در طول روز و... است که با یافته‌های جدیدی مانند پژوهش مارسل و همکاران مطابقت می‌کند (۸). با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و مقایسه آن با مطالعات اندرسون (۹) و هارمن و همکاران (۱۱) که منحصر به افسردگی نبودند، به نظر می‌رسد دیگر اختلالات روان‌پزشکی متوسط و خفیف نظیر اضطراب نیز قابل بررسی به شیوه چت باشد و اندازه اثر آن در مقایسه 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؛ از این رو پیشنهاد می‌شود با کنترل دارو و چک و پایش منظم افراد توسط تیمی درمانگر (روان‌پزشک و روان‌شناس)، پژوهش‌هایی درباره مقایسه 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. با توجه به اهمیت دوره پیگیری، توصیه می‌شود پژوهش‌هایی همراه با پیگیری انجام شود. با توجه به حضور گروه‌ها و کانال‌های فراوان در پیام‌رسان‌ها، پیشنهاد می‌شود درمان‌های متنی آنلاین به‌طور گروهي نیز اجرا شود و مقایسه اثربخشی آن با دیگر درمان‌های حضوری فردی و حضوری گروهی صورت گیرد.

## ۵ نتیجه‌گیری

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

## ۶ تشکر و قدردانی

از همکاری همه 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.

## 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>

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.* 5<sup>th</sup> 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](https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593)
16. Nübel J, Guhn A, Müllender S, Le HD, Cöhrdes 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](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-Clinician 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.comppsy.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>