



Comparing the effectiveness of cognitive behavioral skills training, mindfulness skills, and cognitive behavioral self-help skills based on virtual space on depression and social health of women with depression

Fereshteh Amini¹, Marjan Jafariroshan², Lida Leilabadi³

1. Ph.D Candidate in General Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: f.amini09@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: marjan.jafariroshan@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: Lida.leilabadi@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 28 July 2023
Received in revised form
27 August 2023
Accepted 02 October
2023
Published Online 22
December 2023

Keywords:
cognitive behavioral
skills,
mindfulness skills,
cognitive behavioral self-
help skills based on
virtual space,
depression,
social health

ABSTRACT

Background: Depressed women also show an obvious disorder in social health, and although this problem plays an essential role in the health of the family and society, it has been less investigated. Therefore, comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy as a common treatment for depression disorders with mindfulness therapy as one of the third wave psychotherapy treatments and virtual space-based treatments as an available and low-cost treatment to improve Psychological, emotional and social injuries of depressed women can be helpful.

Aims: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of training cognitive-behavioral skills, mindfulness skills and cognitive-behavioral self-help skills based on virtual space on depression and social health of women with depression.

Methods: The present research method was a semi-experimental type of pre-test-post-test with a two-month follow-up. The statistical population of the research included all the women suffering from depression in the two cities of Tehran in 1400, and among these women, 60 people (15 people from the cognitive-behavioral group, 15 people from the mental-awareness group, 15 people from the virtual cognitive-behavioral self-help group and 15 people (control group) were selected purposefully non-randomly. The data collection tools in this research were social health (Keyes, 2004) and depression (Beck, 1961) questionnaires. After completing the research questionnaires, the participants of the cognitive-behavioral group (Lopez et al., 2019) in 12 sessions, the participants of the mind-awareness group (Kabat Zain, 1990) in 8 sessions and the participants of the cognitive-behavioral self-help group based on on virtual space (Richards et al., 2018) were trained in 7 sessions.

Results: The findings showed that regarding the difference in the effectiveness of the three treatment groups on depression, respectively cognitive-behavioral therapy, cognitive-behavioral self-help based on virtual space and mindfulness were effective ($P < 0.05$), but regarding the difference in the effectiveness of the three groups The treatment on social health was first mind-awareness, then cognitive-behavioral therapy and finally cognitive-behavioral self-help based on virtual space were effective ($P < 0.05$).

Conclusion: It is suggested that the therapists of counseling and psychological centers influence different aspects of psychotherapy of depressed people by combining three cognitive behavioral therapies, mindfulness and virtual cognitive behavioral self-help.

Citation: Amini, F., Jafariroshan, M., & Leilabadi, L. (2023). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral skills training, mindfulness skills, and cognitive behavioral self-help skills based on virtual space on depression and social health of women with depression. *Journal of Psychological Science*, 22(131), 39-60. [10.52547/JPS.22.131.39](https://doi.org/10.52547/JPS.22.131.39)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 131, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.131.39](https://doi.org/10.52547/JPS.22.131.39)



✉ **Corresponding Author:** Marjan Jafariroshan, Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: marjan.jafariroshan@gmail.com, Tel: (+98) 9125209866

Extended Abstract

Introduction

One of the most important factors affecting women's mental health is depression (Aziza et al., 2019). Various studies show that women are twice as likely to be depressed as men. Also, research findings in Iran show that the range of disorders related to depression fluctuates between 11.9 and 23.8 percent and, like most global studies, it is one of the most common disorders in Iran (Nezami et al., 2020). The destructive effect of depression on the ability to establish healthy relationships and social functioning has been confirmed in various studies (Tao et al., 2020). Social health requires social support from emotional, instrumental and informational aspects and needs more attention in depressed people (Miri et al., 2020). Therefore, depression is a challenging issue that involves different dimensions of health, and for this reason, different theories have been proposed to explain the causes of depression, which has led to the emergence of different and diverse treatment methods.

One of the psychological treatments for depression is cognitive behavioral therapy, which emphasizes the role of beliefs, cognitions, schemas, and the information processing system in creating mental disorders (Ecker et al., 2019). When a person suffering from depression undergoes cognitive behavioral therapy for depression, he can face his fears, calm his mind and engage in social interactions (Ansari Asl, 2019). Mindfulness interventions are among other effective interventions on depression and its related consequences. Mindfulness training creates a different attitude or relationship with thoughts, feelings and emotions, which includes maintaining full and moment-to-moment attention and having an attitude of acceptance and avoiding judgment (Harp et al., 2022). Mindfulness training teaches depressed people how to disengage habitual skills and direct information-processing resources toward neutral goals, such as breathing or feeling in the moment, and prepare the situation for change. Therefore, the use of attention in this therapeutic method prevents the increase or continuation of depression and defective processing cycles become

less accessible (Hoseyni et al., 2018). Also, some researchers believe that a small number of people with mental disorders can benefit from face-to-face psychological treatments. Therefore, one of the solutions that can partially solve these problems is the use of self-help treatments, offline and using the Internet. Teaching cognitive behavioral self-help skills based on virtual space is the use of books, computers, the Internet, audio tapes or video programs by the person herself to understand and solve her problem (Marcelle et al., 2019). It can be said that this treatment method includes cognitive interventions that correct false beliefs or neutralize negative schemas by using positive schemas, and by teaching appropriate behavioral methods to the client, it improves efficiency, self-esteem, care of himself and create a positive mood, as a result of which his depression is reduced (O'Mara et al., 2018).

The major gap in the researches conducted in the past is that in previous studies in Iran, self-help treatments based on virtual space have received very little research attention and the effectiveness of these interventions has not been compared with classical therapeutic interventions in this field. The current research seeks to answer this basic question: Is there a significant difference between the effectiveness of cognitive behavioral skills training, mindfulness skills training, and cognitive behavioral self-help skills based on virtual space on depression and social health of women with depression?

Method

The current research design was a semi-experimental type of pre-test-post-test and two-month follow-up. The statistical population of the study included all women suffering from depression in the district 2 of Tehran city in 2021, who had not undergone any other treatment intervention during the research period and had not completed a successful treatment period before. The studied sample is based on the type of research design (semi-experimental), the conditions of their access, considering the criteria for entering the research and based on the formula provided by Tabachnick & Fidell (2013) for experimental designs that the amount of people The sample in each group should not be less than 15 people, 60 people (15 people for each experimental group and 15 people for

the control group) from four centers (Jahan Hekmat and Herbad neurology clinics and Aieneh mehr and Fahm counseling centers) as They were selected purposefully and were randomly replaced in three experimental groups (cognitive behavioral therapy, mindfulness, and cognitive behavioral self-help skills based on virtual space training) and a control group. The measurement tools in this research included social health questionnaire (Keyes, 2004), depression questionnaire (Beck, 1996). Also, in this research, from three training protocols, including comprehensive cognitive behavioral therapy protocol (Lopez, 2019) in 12 sessions of 60 to 90 minutes and one group session per week for three months, Kabat-Zinn mindfulness protocol (1990) in 8 sessions. 90 minutes and one weekly group session during two months and the intervention protocol of Richards et al. (2018) was used in seven sessions of 50-60 minutes on the Internet platform.

Results

According to the demographic information of the participants in this study, the largest number of participants in the study were married in terms of marital status (12 people in the mindfulness skills

group, 9 people in the cognitive-behavioral group, 10 people in the cognitive behavioral self-help skills based on virtual space and 11 people in the control group), the largest number were in the age range of 30-40 years (10 people in the mindfulness skills group, 12 people in the cognitive-behavioral group, 9 people in the cognitive behavioral self-help skills based on virtual space and 10 people in the control group) and the most people in terms of educational level have a bachelor's degree (7 people in the group of mindfulness skills, 6 people in the cognitive-behavioral group, 5 people in the cognitive behavioral self-help skills based on virtual space and 5 people were in the witness group). Also, there was no statistically significant difference between the three groups in terms of demographic characteristics, and the three groups were homogeneous in terms of these variables ($P>0.05$).

The results of comparing the average scores of the experimental groups in the three stages of pre-test, post-test and follow-up in the depression variable are shown in Table 1 and the comparison of the average score of the social health variable in the three experimental groups in the three stages of pre-test, post-test and follow-up are shown in Table 2.

Table 1. The results of comparing the average of the experimental groups in the three stages of pre-test, post-test and follow-up in depression

variable	stage	Group	Mean difference	standard error	P	Effect size	
depression	Pre- test	mindfulness	cognitive behavioral	0.467	1.165	0.692	0.006
			cognitive self-help	0.333	1.306	0.800	0.002
		cognitive behavioral	cognitive self-help	0.133-	1.316	0.920	0.000
	Post-test	Mindfulness	cognitive behavioral	6.200*	0.859	<0.001	0.650
			cognitive self-help	3.400*	0.960	0.001	0.309
		cognitive behavioral	cognitive self-help	2.800*-	0.808	0.002	0.300
	Follow up	Mindfulness	cognitive behavioral	7.733*	0.928	<0.001	0.713
			cognitive self-help	3.667*	1.088	0.002	0.289
		cognitive behavioral	cognitive self-help	4.067*-	0.879	<0.001	0.433

Table 2. The results of comparing the average of the experimental groups in the three stages of pre-test, post-test and follow-up in social health

variable	stage	health		Group	Mean difference	standard error	P	Effect size
social health	Pre- test	mindfulness	cognitive behavioral		0.800	1.164	0.498	0.017
			cognitive self-help		0.000	1.142	1	0.00
		cognitive behavioral	cognitive self-help		0.800-	1.281	0.537	0.14
	Post-test	Mindfulness	cognitive behavioral		5.533*	1.555	0.001	0.311
			cognitive self-help		14.533*	1.603	<0.001	0.746
		cognitive behavioral	cognitive self-help		9.00*	1.890	<0.001	0.448
	Follow up	Mindfulness	cognitive behavioral		7.800*	1.223	<0.001	0.592
			cognitive self-help		17.00*	1.387	<0.001	0.843
		cognitive behavioral	cognitive self-help		9.200*	1.324	<0.001	0.633

Conclusion

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive behavioral skills training, mindfulness skills training and cognitive behavioral self-help skills based on virtual space on depression and social health of women with depression. The results showed that the impact of research interventions on depression was higher in cognitive behavioral training, cognitive behavioral self-help skills based on virtual space, and mindfulness training respectively. Therefore, the results of the present study with the results of researches Aghaeepour Gavasaraee et al., (2019), Samadzadeh et al., (2018), Manicavasgar et al., (2011), it is consistent with the finding that cognitive behavioral therapy is more effective for depression than mindfulness-based therapy. Also, the results of this research are consistent with the results of the studies of Qamari Givi et al. (2011), Hosseini Beheshtian (2010) that face-to-face cognitive behavioral therapy is more effective on depression compared to virtual space-based cognitive behavioral therapy. In explaining the alignment of the results of the above research, it can be said that the mindfulness method does not emphasize on behavioral techniques and the reconstruction of incompatible beliefs and is not designed for the active stage of depression, but specifically for relatively recovered patients with depression and to prevent relapse. designed. Therefore, since in cognitive behavioral therapy, the effort to evaluate and reconstruct the underlying assumptions and beliefs that characterize the cognitive content of the person is emphasized, the greater effect of this therapy on the recovery of depression is expected, because cognitive behavioral therapy is Specifically, it moderates depression by addressing dysfunctional cognitive beliefs that imply depression recurrence.

Also, the results of the present study showed that the impact of research interventions on social health showed higher effectiveness in mindfulness training, cognitive behavioral training, and cognitive behavioral self-help skills based on virtual space, respectively. Therefore, the results of the present study are consistent with the results of Abbasi et al.'s (2019) and Dowell (2018) researches that

mindfulness-based therapy has more lasting effects on adaptation, health, and social functioning compared to cognitive behavioral therapy. In explaining the alignment of these results, it can be said that cognitive behavioral therapy follows a challenge with the content of cognitive distortions that cause psychological problems, but it requires patient vigilance and learning new ways to view these processes in an open way without condemning them, judging or limiting them, and neglecting to focus on their true content. Based on this, mindfulness can be considered as behavioral, cognitive, and emotional regulation, and in such a situation, instead of asking people to be outside of focusing on these mental situations (which is common in traditional cognitive behavior) they are asked to direct all their awareness to the content of thought without reacting to mental events, and they should be viewed only as mental processes (the concept of metacognition) And this can be an effective way to stay in the moment and have a higher awareness, which makes people maintain their self-confidence in the face of stress and problems. Also, people learn self-expression methods should replace social avoidance and social misbehavior.

One of the limitations of the present study was that considering that the statistical population of the research was depressed women, the generalization of the findings to depressed men should be done with caution. Also, another limitation of the current research was not considering the moderating role of demographic factors. Therefore, if possible, it is suggested to carry out studies with the current study style on men as well. Also, the moderating role of demographic factors should be considered in future studies. Finally, it is suggested to use mindfulness treatments along with cognitive behavioral treatments in psychological counseling and service centers to help depressed women.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of general psychology in the Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University, Central Tehran Branch. The current research was conducted with the IR.IAU.CTB.REC.1401.092 code of ethics from the Ethics Committee of Islamic Azad University, Central Tehran Branch. At the beginning of the intervention sessions, brief explanations were given to the participants about the objectives of the study, how to cooperate and the benefits of participating in the study. The participants participated in the present study with their consent. Also, the research participants were assured of privacy. It should be noted that in order to comply with the ethical principle of justice in the research, after completing the research, the members of the control group were allowed to undergo free and intensive training in one of the three research interventions.

Funding: This research is in the form of a doctoral dissertation without financial support.

Authors' contribution: This article was extracted from the doctoral thesis of the first author as the main author and was done with the guidance of the second author and the advice of the third author.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: All the participants in the current research and the officials of the medical centers and psychological clinics participating in the current research are thanked and appreciated for their cooperation with the researchers.



مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری، مهارت‌های ذهن آگاهی و مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان دارای افسردگی

فرشته امینی^۱، مرجان جعفری روشن^{۲*}، لیدا لیل آبادی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۰۶

بازنگری: ۱۴۰۲/۰۶/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۱۰

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۱۰/۰۱

کلیدواژه‌ها:

مهارت‌های شناختی رفتاری،
مهارت‌های ذهن آگاهی،
مهارت‌های خودیاری شناختی
رفتاری مبتنی بر فضای مجازی،
افسردگی،
سلامت اجتماعی

زمینه: زنان افسرده اختلال آشکاری در سلامت اجتماعی نیز نشان می‌دهند و با این که این مشکل نقش اساسی در سلامت خانواده و جامعه ایفا می‌کند، کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. لذا مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری به عنوان یک درمان رایج اختلالات افسردگی با درمان ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان‌های موج سوم روان‌درمانی و درمان‌های مبتنی بر فضای مجازی به عنوان یک درمان دردسترس و کم‌هزینه جهت بهبود آسیب‌های روانی، عاطفی و اجتماعی زنان افسرده می‌تواند کمک‌کننده باشد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری، مهارت‌های ذهن آگاهی و مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان دارای افسردگی انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به افسردگی منطقه دو شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که از بین این زنان، ۶۰ نفر (۱۵ نفر گروه شناختی رفتاری، ۱۵ نفر گروه ذهن آگاهی، ۱۵ نفر گروه خودیاری شناختی رفتاری مجازی و ۱۵ نفر گروه گواه) به صورت غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه‌های سلامت اجتماعی (کینز، ۲۰۰۴) و افسردگی (بک، ۱۹۶۱) بود. پس از تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، شرکت کنندگان گروه شناختی رفتاری (لوپز و همکاران، ۲۰۱۹) در ۱۲ جلسه، شرکت کنندگان گروه ذهن آگاهی (کابات زین، ۱۹۹۰) در ۸ جلسه و شرکت کنندگان گروه خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی (ریچاردز و همکاران، ۲۰۱۸) در ۷ جلسه تحت آموزش قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که در مورد تفاوت اثربخشی سه گروه درمان بر افسردگی به ترتیب درمان شناختی رفتاری، خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی و ذهن آگاهی موثر بودند ($P < ۰/۰۵$) ولی در مورد تفاوت اثربخشی سه گروه درمان بر سلامت اجتماعی ابتدا ذهن آگاهی، سپس درمان شناختی رفتاری و در نهایت خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی اثربخش بودند ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود درمانگران مراکز مشاوره و روانشناختی با ترکیب سه درمان شناختی رفتاری، ذهن آگاهی و خودیاری شناختی رفتاری مجازی باهم جنبه‌های مختلف روان‌درمانی افراد افسرده را تحت تأثیر قرار دهند.

استناد: امینی، فرشته؛ جعفری روشن، مرجان؛ و لیدا لیل آبادی، (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری، مهارت‌های ذهن آگاهی و مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان دارای افسردگی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۳۱، ۳۹-۶۰.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۳۱، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.131.39](https://doi.org/10.52547/JPS.22.131.39)



مقدمه

زنان زیربنای سلامت خانواده‌ها و جوامع هستند و اهمیت ویژه‌ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارند. به عبارت دیگر سلامت زنان از مفاهیم زیربنایی توسعه و رفاه اقتصادی-اجتماعی است (قزل و همکاران، ۱۴۰۱). یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان زنان، افسردگی^۱ است (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۹). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که زنان دو برابر بیشتر از مردان افسرده می‌شوند. همچنین یافته‌های حاصل از مطالعات کشوری نشان می‌دهد که در ایران طیف اختلالات مربوط به افسردگی بین ۱۱/۹ و ۲۳/۸ درصد در نوسان بوده و مانند اکثر بررسی‌های جهانی در ایران نیز یکی از شایع‌ترین اختلالات به شمار می‌رود (نظامی و همکاران، ۱۴۰۰). ویژگی مشترک تمام اختلالات افسردگی وجود اندوه، احساس تهی بودن یا خلق تحریک‌پذیر همراه تغییرات شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری روی ظرفیت کارکردی فرد تأثیر منفی می‌گذارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

افسردگی پیامدهای قابل توجهی به همراه دارد، به طوری که افراد مبتلا به اختلال افسردگی نه تنها از خلق نابهنجار رنج می‌برند، بلکه، فرآیندهای شناختی آن‌ها مثل توانایی تصمیم‌گیری، سوگیری‌های شناختی، قدرت برنامه‌ریزی و انجام تکالیف و بازداری شناختی نیز مختل می‌گردد (موریارتی و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین تأثیر مخرب اختلال افسردگی بر توانایی برقراری ارتباطات سالم و کارکرد اجتماعی فرد در مطالعات مختلف تأیید شده است (تائو و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت^۲ که در سال ۱۹۴۸ منتشر شد سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری یا معلولیت. در این تعریف بعد اجتماعی سلامت نیز برای اولین بار معرفی شد (به نقل از شربتیان، ۱۳۹۸). سلامت اجتماعی^۳ بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد و زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می‌داند که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند (کامپل بال و مارموت، ۲۰۲۰). سلامت اجتماعی نیازمند حمایت اجتماعی

از جنبه‌های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی است و نیاز به توجه بیشتر در افراد افسرده می‌باشد (میری و همکاران، ۱۳۹۸).

بنابراین افسردگی یک مسئله چالش برانگیز است که ابعاد مختلف سلامت را درگیر می‌کند و به همین دلیل در تبیین علل افسردگی نظریه‌های متفاوتی مطرح شده است که روش‌های درمانی نیز بر اساس نظریه‌های موجود ایجاد شده‌اند. یکی از درمان‌های روانشناختی برای افسردگی، درمان شناختی رفتاری^۴ است که تأکید این نوع درمان بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرحواره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی می‌باشد (ایکر و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع درمان شناختی رفتاری رویکردی است مبتنی بر عقل سلیم که بر دو اصل بنیادی استوار است: نخست، اینکه شناخت‌واره‌ها اثری کنترل‌کننده بر هیجان‌ها و رفتارها دارند و دوم، اینکه چگونگی عملکرد یا رفتار اثری قوی در الگوهای فکری و هیجان‌های فرد می‌گذارند (وو و همکاران، ۲۰۲۰). لذا فرد مبتلا به افسردگی زمانی که تحت درمان شناختی رفتاری افسردگی قرار می‌گیرد، می‌تواند با ترس‌های خود روبرو شود، ذهن خود را آرام کند و به تعاملات اجتماعی پردازد (انصاری اصل، ۱۳۹۹).

به طوری که ذهن آرام، روشی قدرتمند برای درک بیشتر روان و علل روانشناختی رنج و یک راه مؤثر برای پایان دادن به رنج است و مداخلات ذهن آگاهی که باعث توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت می‌شود (سلوی و گیفتسون، ۲۰۲۱)، از دیگر مداخلات مؤثر بر افسردگی و سلامت اجتماعی است. آموزش ذهن آگاهی باعث ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می‌شود که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است (هارپ و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین ذهن آگاهی مجموعه‌ای است از تکنیک‌های طراحی شده جهت ترغیب تماس عمدی و بدون ارزیابی با حوادثی که در اینجا و اکنون رخ می‌دهند و آگاهی لحظه به لحظه، خالی از قضاوت است (علی‌شیری و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین آموزش ذهن آگاهی به افراد افسرده می‌آموزد چگونه مهارت‌های عاداتی را از حالت نیرومندی خارج و منابع پردازش اطلاعات را به طرف اهداف خنثی مانند تنفس یا حس لحظه متوجه کرده و شرایط

³. Social health

⁴. cognitive behavioral therapy

¹. depression

². world Health Organization

را برای تغییر آماده نمایند. لذا به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی جلوگیری می‌کند و چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار می‌گیرند (حسینی و همکاران، ۱۳۹۷).

ولی تعداد کمی از مبتلایان به افسردگی می‌توانند از درمان‌های روانشناختی به شکل حضوری بهره‌مند شوند. لذا یکی از راهکارهایی که می‌تواند تا حدی این مشکلات را حل کند استفاده از درمان‌های خودیاری، غیرحضوری و استفاده از اینترنت است. آموزش مهارت‌های خودیاری^۱ شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی عبارت است از استفاده از کتاب، کامپیوتر، اینترنت، نوارهای صوتی و یا برنامه‌های ویدیویی توسط خود فرد برای فهم و حل مشکلش (مارسل و همکاران، ۲۰۱۹). می‌توان گفت این روش درمانی دربرگیرنده مداخله‌های شناختی است که به اصلاح باورهای نادرست یا خنثی‌سازی طرحواره‌های منفی با استفاده از طرحواره‌های مثبت می‌پردازد و با آموزش شیوه‌های رفتاری مناسب به درمانجو، باعث ارتقای کارآمدی، عزت‌نفس، خودمراقبتی، ایجاد رابطه مثبت با دیگران و به تبع، کاهش افسردگی او می‌شود (اومور و همکاران، ۲۰۱۸).

در برخی از پژوهش‌ها اثربخشی این درمان‌ها بر افسردگی و سلامت اجتماعی مورد مقایسه قرار گرفته است. از جمله نتایج مطالعات آقائی‌پور گواسرائی و همکاران (۱۳۹۸)، صمدزاده و همکاران (۱۳۹۷) و مانیکواسگار^۲ و همکاران (۲۰۱۱) نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی اثربخشی بالاتری دارد. یافته‌های مطالعات رئیسی و همکاران (۱۴۰۰)، قمری‌گیوی و همکاران (۱۳۹۰)، حسینی‌بهشتیان (۱۳۸۹) نیز نشان دادند که درمان شناختی رفتاری حضوری در مقایسه با درمان شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی بر افسردگی اثربخشی بالاتری دارد. همچنین نتایج پژوهش‌های طباطبایی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۸)، عباسی و همکاران (۱۳۹۸)، نوروزی و همکاران (۱۳۹۵) و دوول (۲۰۱۸) نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر سازگاری، سلامت و کارکرد اجتماعی اثرات بادوام بیشتری دارد. نتایج مطالعه قربانی (۱۴۰۱) نشان داد که درمان شناختی رفتاری آنلاین بیشتر از ذهن‌آگاهی آنلاین بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس افراد تأثیر گذار است.

^۱. Self-help Skills

اما شکاف عمده پژوهش‌های انجام شده در گذشته این است که در مطالعات پیشین داخل کشور درمان‌های خودیاری مبتنی بر فضای مجازی توجه پژوهشی بسیار کمی دریافت کرده‌اند و مشخص نیست که میزان اثربخشی این مداخلات با مداخلات درمانی کلاسیک این حوزه چه تفاوت‌هایی دارد، و لیکن پژوهش‌های مختلفی اثربخشی دو مدل آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری و آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی را در افراد مبتلا به افسردگی نشان داده‌اند، اما پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری، آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و آموزش مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان دارای افسردگی تفاوت معناداری دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری دو ماهه بود.

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به افسردگی منطقه دو شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که به دلیل مشکلات افسردگی به مراکز درمانی و کلینیک‌های شخصی منطقه دو شهر تهران مراجعه کرده بودند و بر اساس ارزیابی‌های به عمل آمده توسط بالین‌گران این مراکز، مراجعه آنان اقدام اولیه درمان بود و پیش‌تر از این بیشتر از سه جلسه تحت هیچ مداخله روان‌درمانی قرار نگرفته بودند. همچنین این افراد بر اساس مصاحبه تشخیصی، معاینه وضعیت روانی و پرسشنامه‌های مربوطه تشخیص قطعی اختلال افسردگی اساسی بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) را دریافت کرده بودند. نمونه مورد مطالعه بر اساس نوع طرح نیمه‌آزمایشی بودن، شرایط دسترسی به آن‌ها، در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش و بر اساس فرمول ارائه شده توسط تاباچنیک و فیدل (۲۰۱۳) و پالانت (۲۰۰۲) برای طرح‌های آزمایشی مبنی بر اینکه حجم افراد نمونه در هر گروه نباید کمتر از ۱۵ نفر باشد، ۶۰ نفر (۱۵ نفر به ازای هر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) از چهار مرکز (کلینیک اعصاب و روان جهان حکمت)، (کلینیک اعصاب و روان هیربد)، (مرکز مشاوره آینه مهر) و (مرکز مشاوره فهم) به

^۲. Manicavasgar

صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و یک گروه گواه جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اختلال افسردگی اساسی بر اساس معیارهای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، تأیید اختلال افسردگی اساسی شرکت‌کننده توسط روان‌پزشک یا متخصص بالینی در مصاحبه بالینی، عدم مشارکت در جلسات روان‌درمانی همزمان، حداقل سواد دوره متوسطه اول، عدم مصرف داروی پزشکی به طور همزمان و سوءمصرف و وابستگی به مواد مخدر، حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال، دسترسی به اینترنت حداقل دو بار در هفته برای گروه مداخله شناختی رفتاری مجازی و تعهد به شرکت در جلسات درمانی. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزش، وقوع ناگهانی تروما، سوگ و مشکلات سازگاری برای افراد در بازه‌زمانی اجرای جلسات و عدم انجام دستورالعمل‌ها و تمرینات مربوطه در جلسات.

(ب) ابزار

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش عبارت بود از:

پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴): این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال بوده و هدف آن بررسی میزان سلامت اجتماعی از ابعاد مختلف (سلامت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی) است و توسط کیز در بنیاد علمی مک‌آرتور ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است و در چندین دوره مطالعاتی روایی و پایایی آن مورد آزمون واقع شده است. طیف پاسخگویی به سؤالات آن بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ تا ۵ (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) است. بنابراین حداقل نمره کسب شده در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر نمره ۱۰۰ می‌باشد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعه‌های مختلف داخلی نیز به تأیید رسیده است. باباپور و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۱ برای همبستگی اجتماعی، ۰/۷۰ برای شکوفایی اجتماعی، ۰/۷۷ برای انسجام

اجتماعی، که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین اهری (۱۳۹۲) روایی سازه و پایایی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده است و پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد (صبوری، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر، پایایی نمره کل پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶): پرسشنامه افسردگی بک اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران طراحی شد. در سال ۱۹۹۶، بک و همکارانش برای تحت پوشش قرار دادن طیف وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلالات افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجدیدنظر اساسی در آن انجام دادند. بنابراین پرسشنامه افسردگی بک-۲ از ۲۱ سؤال تشکیل شده است که برای سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده مورد استفاده قرار می‌گیرد. 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 تخصیص یافته است. در این پرسشنامه هر سؤال ۴ گزینه دارد که از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. از این رو این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است. نتایج فراتحلیل نیز برای تعیین همسانی درونی، دامنه این ضریب را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و همبستگی بین دو فرم بازنگری شده و اصلی را برابر با ۰/۸۹ گزارش کرده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). فتی و همکاران (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ای ۰/۸۱ و ضریب همبستگی با پرسشنامه اضطراب بک را ۰/۶۱ گزارش دادند. همچنین در پژوهشی در نمونه‌ای شامل ۳۵۴ نفر از افرادی که تشخیص افسردگی اساسی داشتند و در مراحل بهبودی بودند روایی درونی ۰/۹۱ به دست آمده است (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

مداخلات آموزشی مورد استفاده در پژوهش حاضر به صورت زیر بود:

- درمان شناختی رفتاری: جهت اجرای آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری، از پروتکل درمان شناختی رفتاری جامع لوپزو همکاران (۲۰۱۹)

در ۱۲ جلسه ۱ تا ۱/۵ ساعته و در طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه گروهی استفاده شد.

جدول ۱. پروتکل جلسات آموزشی مهارت‌های شناختی رفتاری بر اساس اقتباسی از پروتکل جامع لویز و همکاران (۲۰۱۹)

جلسه	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	آموزش روانی	مروری بر افسردگی، القای آگاهی از افسردگی و ارائه اطلاعاتی در مورد علائم شناختی، فیزیکی و رفتاری افسردگی از دیدگاه شناختی رفتاری، آموزش در مورد علائم افسردگی و ارتباط بین رفتار و خلق و خو	رسم نمودار دماسنج خلق
دوم	انتخاب اهداف	تأمل در اهداف بلندمدت و توسعه ساختاری برای دستیابی به این اهداف و شناسایی اهداف درمانی واقع‌بینانه، تعریف اهداف/ارزش‌ها	تهیه لیستی از اهداف درمانی، اهداف بلندمدت زندگی و ارزش‌های زندگی
سوم	ارزیابی شناخت‌های فعال فرد	شناسایی افکار خودکار شرکت‌کنندگان، باورها و اسناد اصلی و آموزش تمرین‌هایی برای شناسایی تفکرهای ناکارآمد، بررسی و مرور ارتباط بین شناخت و رفتار مراجعان با مشارکت اعضای گروه و بررسی چگونگی تمایز بین افکار مفید و غیر مفید	ضبط فکر
چهارم	ساخت‌دهی مجدد افکار اتوماتیک منفی	آموزش نحوه تغییر الگوهای فکری مراجعان از منفی به مثبت با استفاده از رل‌پلی، آموزش چالش شناختی با تحریف‌های فکری اتوماتیک و بازسازی افکار بعد از حذف تحریف‌های شناختی	تهیه ی پروفایل شناختی برای هر فرد
پنجم	تکلیف طرحواره	شناسایی چالش با افکار و باورهای مرکزی مراجعان (طرحواره‌ها) به شکل رل‌پلی	انجام تکنیک طرحواره
ششم	آموزش سایر تکنیک‌های شناختی	آموزش جداسازی خود از افکار منفی و آموزش تکنیک حواس‌پرتی	بحث در مورد استفاده از تکنیک‌های شناختی تا جلسه بعد
هفتم	آموزش فعال‌سازی رفتاری	برنامه‌ریزی فعالیت‌های معطوف به کاهش مشکلات رفتاری هر مراجع با کمک درمانگر و اعضا افزایش مشارکت در فعالیت‌های مثبت و ساختاردهی فعالیت‌ها	تکلیف شناخت خزانه رفتاری خود
هشتم	آموزش مهارت‌های بین‌فردی	آموزش مهارت‌های بین‌فردی، شناسایی الگوهای مخرب بین‌فردی و آموزش قاطعیت با استفاده از رل‌پلی	تکرار مهارت‌های ذکر شده در این جلسه در طول هفته
نهم	آموزش حل مسئله مبتنی بر مشکلات مؤثر در افسردگی مراجعان	پرداختن به مشکلات مربوط به علائم افسردگی به طور کلی، مانند عدم تحرک و رفتارهای اجتنابی آموزش حل فعال مشکل و پرداختن به مشکلات مؤثر در ایجاد سیکل معیوب درمان‌دگی و شناسایی مشکلات خاص مراجعان	یادداشت کردن مشکلات خاصی که فرد می‌خواهد برای حل آن تلاش کند
دهم	پرداختن به سبک‌های مقابله‌ای	آموزش شناسایی سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار و آموزش ارتباط بین سبک‌های حل مسئله و چرخه‌ی درمان‌دگی، شناسایی سبک‌های مقابله‌ای هر فرد و میزان سازگاری یا ناسازگاری آن برای حل چالش‌های افراد	نوشتن تجارب مقابله با مشکلات
یازدهم	تعمیم جلسات	شناسایی علائم هشداردهنده شخصی و زنجیره معیوب شناختی رفتاری و راه‌اندازهای آن توسط هر مراجع، بحث درباره چگونگی تعمیم دستاوردها به بیرون از جلسات درمانی و بحث بر سر چالش‌ها و نقاط ضعف هر مراجع در انجام تکنیک‌ها	بررسی چالش‌ها و نقاط ضعف فرد در انجام تکنیک‌ها
دوازدهم	جلسه پایانی و پیشگیری از عود	برنامه‌ریزی برای جلوگیری از عود مجدد خلق‌وخوی افسردگی در آینده استراتژی‌های پیشگیری از عود و درخواست جلسات درمانی در صورت نیاز	برنامه‌ریزی برای جلوگیری از عود مجدد خلق‌وخوی افسردگی در آینده

فضای مجازی بر اساس رویکرد مداخله‌ای ریچاردز و همکاران (۲۰۱۸) در هفت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و در بستر اینترنت ارائه شد.

آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی: جهت اجرای آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی، از پروتکل ذهن آگاهی کابات زین (۱۹۹۰) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه گروهی استفاده شد. آموزش مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی (پلتفرم واتساپ): جلسات آموزشی خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزشی مهارت‌های ذهن آگاهی بر اساس پروتکل کابات زین (۱۹۹۰)

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی و بیان قوانین	آشنایی و ایجاد ارتباط و توضیح قواعد و قوانین جلسات	یادداشت کردن این که هر فرد از جلسات چه می‌خواهد
دوم	آگاهی هیجانی و نقش آن در کاهش آسیب‌پذیری هیجانی	بحث درباره آگاهی بیشتر از احساسات، افکار لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه، انجام تمرین کشمش‌ها و واریسی بدن و تمرین مهارت‌های «چه» و «چگونه»	انجام مهارت‌های ذهن آگاهی نسبت به هیجانات
سوم	یادگیری و اتخاذ موضع غیر قضاوتی	توجه به احساسات، افکار و گسترش پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند و تمرین گوش دادن بدون قضاوت و رل‌پلی بین اعضا	پیدا کردن مهارتی که بیشترین مشکل را با آن دارند
چهارم	مهارت‌های پاسخ‌گویی	مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند، تمرین تنفس، تمرین قدم زدن آگاهانه	تمرین مهارت‌های آموخته شده
پنجم	جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی	جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی، آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها و جستجوی حس‌های فیزیکی	تمرین مهارت‌های جلوگیری از تثبیت افکار منفی
ششم	افزایش قدرت پذیرش	تمرین بارومتر جسمانی، خواندن جدول تجارب ناخوشایند هر کدام از اعضا و ارتباط آن با احساسات تمرین تغییر عادات قدیمی فکر کردن و بالا بردن قدرت پذیرش امور ناخواسته	تمرکز بر اینجا و اکنون و تمرین رهایی ذهن
هفتم	گفت‌وگو در مورد عود	آگاهی از تغییرات جزئی خلق، و احساسات بدنی خود (تهیه امضاء مارپیچ و برنامه عمل)	تکمیل تهیه امضاء مارپیچ و برنامه عمل
هشتم	بحث گروهی در مورد احساسات و تأثیرات ناشی از جلسات	بحث گروهی در مورد احساسات اعضا به پایان جلسات و مروری بر تغییرات انجام شده و ابعاد ذهن آگاهی، برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی	تمرین تعهدات

جدول ۳. پروتکل جلسات درمانی خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر وب بر اساس اقتباسی از پروتکل ریچاردز و همکاران (۲۰۱۸)

جلسات	اهداف	خلاصه و محتوای جلسه	تکالیف
اول	ارائه اطلاعات در مورد افسردگی و درمان	در این جلسه مقدمه اصلی CBT تشریح می‌شود، اطلاعاتی در مورد افسردگی ارائه می‌گردد و برخی از ایده‌های کلیدی نحوه فاصله گرفتن از افسردگی معرفی می‌شود. همچنین کاربران تشویق می‌شوند تا مشکلات فعلی خود را در ارتباط با افسردگی بررسی کنند.	یادداشت کردن مشکلات فعلی خود را در ارتباط با افسردگی
دوم	دستیابی به خلق‌وخو	به اعضا آموزش داده می‌شود تا حالات خلقی‌شان تمرکز کنند و نظاره‌گر آن‌ها باشند، و اطلاعاتی در مورد سواد هیجانی ارائه می‌شود. به کاربران یاد داده می‌شود تا جنبه‌های مختلف احساسات، واکنش‌های فیزیکی، کنش و بی‌عملی و نحوه ارتباط آن‌ها را بررسی کنند.	بررسی نحوه ارتباط فکر، احساس کنش های بدنی و عمل
سوم	شناسایی افکار منفی	مدل مداخله‌ای جلسه بر روی یادداشت و ردیابی افکار متمرکز است. کاربران می‌توانند ارتباط بین شناخت و خلق‌وخوی خود را کشف کرده و آن‌ها را به صورت گرافیکی ترسیم کنند.	کشف ارتباط بین شناخت و خلق‌وخوی خود و ترسیم گرافیکی این ارتباط
چهارم	تغییر و فعال‌سازی رفتار	محتوای مداخله‌ای این جلسه بر تغییر رفتار به عنوان راهی برای بهبود خلق‌وخو تمرکز دارد. ایده‌ای درباره فعال‌سازی رفتاری گنجانده شده است و کاربران می‌توانند فعالیت‌ها را برنامه‌ریزی و برای جلسه بعد ثبت کنند و رابطه رفتارها را با خلق‌وخو نشان دهند.	برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و کشف رابطه رفتارها با خلق‌وخو
پنجم	چالش با افکار	در این جلسه مداخله‌ای ضمن آموزش تحریف‌های عمده‌ی فکری و نحوه‌ی چالش با آن‌ها، از کاربران خواسته می‌شود برای به چالش کشیدن الگوهای تفکر تحریف شده یا بیش از حد منفی با سوابق فکری و همچنین افکار مقابله‌ای مفید برنامه‌ای شناختی برای خود تنظیم کنند.	تنظیم برنامه‌ای شناختی برای خود
ششم	شناسایی باورهای مرکزی	در این جلسه مداخله‌ای به تشریح نقشی که باورهای مرکزی عمیقاً در خلق‌وخو و افسردگی بازی می‌کنند، پرداخته می‌شود. همچنین مجموعه‌ای از فعالیت‌های تعاملی موجود برای شناسایی، به چالش کشیدن، و تعادل هر گونه باور اصلی غیر مفید معرفی می‌گردد.	تغییر باور اصلی غیر مفید
هفتم	جمع‌بندی جلسات	در این جلسه اعضا تشویق می‌شوند تا همه مهارت‌ها و ایده‌هایی را که تاکنون جمع‌آوری کرده‌اند، در کنار هم قرار دهند، علائم هشداردهنده‌شان را یادداشت کنند و برای خوب ماندن برنامه‌ریزی کنند.	برنامه‌ریزی برای خوب ماندن

ج) روش اجرا

این طرح شامل سه مداخله درمان شناختی رفتاری، ذهن آگاهی و آموزش مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی و دو متغیر وابسته شامل نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه افسردگی و پرسشنامه سلامت اجتماعی است. در این پژوهش ابتدا پیش‌آزمون برای گروه گواه و سه گروه آزمایش انجام و بعد از اجرای مداخلات برای سه گروه آزمایش، پس‌آزمون برای سه گروه آزمایش و گروه گواه اجرا گردید و پس از گذشت ۲ ماه مرحله پیگیری انجام شد. بنابراین در ابتدای این پژوهش، ابتدا از دانشگاه معرفی‌نامه جهت اجرای پژوهش برای مراکز مشاوره و روانشناختی شهر تهران اخذ گردید. سپس چهار مرکز (کلینیک اعصاب و روان جهان حکمت، کلینیک اعصاب و روان هیرید، مرکز مشاوره آیین مهر و مرکز مشاوره فهم) به صورت دردسترس انتخاب شدند و با مدیر واحد روان‌درمانی این مراکز تماس گرفته شد و اهداف جلسات درمانی توضیح داده شد و از آنان خواسته شد تا درمانجویان زن که بر اساس ارزیابی‌های اولیه آنان واجد اختلال افسردگی اساسی هستند و در حال حاضر بیش از سه جلسه، جلسات روان‌درمانی را طی نکرده‌اند و اولین مراجعه آنان برای روان‌درمانی است و همچنین به شرکت در جلسات رایگان گروه درمانی تمایل دارند را به پژوهشگر معرفی نمایند، در این بخش بیش از ۹۰ نفر از افراد از ۴ مرکز مذکور معرفی شدند که بعد از مصاحبه اولیه و بررسی چک لیست معیارهای ورود به پژوهش تعداد ۳۰ نفر از این افراد از مطالعه کنار گذاشته شدند و ۶۰ نفر باقی ماند که پس از اخذ رضایت کتبی و تکمیل ابزارهای پژوهش در ۴ گروه (سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه) به شکل تصادفی جای‌گذاری شدند. پس از این مرحله دو گروه آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری به مدت ۱۲ جلسه و آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه به شکل حضوری و هفتگی تحت آموزش قرار گرفتند و گروه آموزش مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی نیز به شکل هفتگی و به مدت ۷ هفته در پلتفرم واتساپ به شکل آفلاین در جلسات مشارکت نمودند و گروه گواه در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، پس از پایان جلسات از تمامی اعضای ۴ گروه مجدداً مقیاس‌های آزمون جمع‌آوری شد و در فاصله ۴ هفته نیز آزمون پیگیری به عمل آمد. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و برای بررسی تغییرات بین

گروهی از آزمون تعقیبی بونفرونی و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

ابتدا مشخصات جمعیت شناختی زنان مبتلا به افسردگی مورد مطالعه بررسی شد و نتایج آن نشان داد بیشترین تعداد افراد شرکت‌کننده در پژوهش از نظر وضعیت تأهل، متأهل بوده (۱۲ نفر در گروه مهارت‌های ذهن آگاهی، ۹ نفر در گروه شناختی رفتاری، ۱۰ نفر در گروه خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی و ۱۱ نفر در گروه گواه)، بیشترین تعداد از نظر وضعیت سنی در طیف ۴۰-۳۰ سال قرار داشتند (۱۰ نفر در گروه مهارت‌های ذهن آگاهی، ۱۲ نفر در گروه شناختی رفتاری، ۹ نفر در گروه خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی و ۱۰ نفر در گروه گواه) و بیشترین افراد از نظر سطح تحصیلی دارای مدرک لیسانس (۷ نفر در گروه مهارت‌های ذهن آگاهی، ۶ نفر در گروه شناختی رفتاری، ۵ نفر در گروه خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی و ۵ نفر در گروه گواه) بودند. در ادامه شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی و سلامت اجتماعی به تفکیک گروه‌های مهارت‌های ذهن آگاهی، شناختی رفتاری، خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی و گواه در جدول ۴ آورده شده است.

با توجه به یافته‌های جدول، میانگین نمرات متغیرهای افسردگی و سلامت اجتماعی در گروه‌های مهارت‌های ذهن آگاهی، شناختی رفتاری، خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی و گواه در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییراتی داشته است. این تغییرات مؤید آن است که در گروه‌های آموزش، نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در متغیر افسردگی کاهش و در متغیر سلامت اجتماعی افزایش داشته است. بیشترین تغییر نمره متغیر افسردگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون به ترتیب در گروه مهارت‌های شناختی رفتاری، مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی و مهارت‌های ذهن آگاهی بود. همچنین بیشترین تغییر نمره متغیر سلامت اجتماعی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون به ترتیب در گروه مهارت‌های ذهن آگاهی، مهارت‌های شناختی رفتاری و مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی بود. هم‌چنین در دوره پیگیری نتایج نشان

داد، نمرات متغیرها نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییرات زیادی نداشته‌اند. سپس پیش‌فرض‌های ضروری برای انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر اجرا شد. سپس پیش‌فرض‌های ضروری برای انجام تحلیل واریانس آمیخته اجرا شد. بنابراین پیش از گزارش نتیجه تحلیل واریانس، مفروضات آزمون از جمله تبعیت از توزیع نرمال در متغیرهای وابسته، فرضیه همگنی و تشابه واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین و کرویت داده‌ها با استفاده از آزمون ماچلی بررسی و ارائه شده است. بررسی‌ها برای مفروضه نرمال بودن با توجه به آماره آزمون شاپیر-ویلک در گروه‌ها در هر سه مرحله پژوهش حاکی از برقراری آن در تمامی گروه‌ها بود ($P > 0/05$). به منظور بررسی یکسانی ماتریس‌های کواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود ($F = 42/752$)، ام‌باکس، $P = 0/054$ و $F = 1/332$). برای بررسی مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برای متغیر افسردگی ($P = 0/002$) و $W = 0/804$ و سلامت اجتماعی ($P = 0/744$ و $W = 0/989$) بدست آمد

که برای متغیر افسردگی برقرار نبود به جای نتایج آزمون گرین هاوس گیسر از تصحیح شده هاین فلت و برای سلامت اجتماعی از آزمون گرین هاوس گیسر گزارش کرد. افزون بر آن به منظور بررسی واریانس‌های خطا متغیر زمان در مراحل مختلف آزمایش از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون برای متغیر افسردگی در هر سه مرحله پیش‌آزمون ($P = 0/491$) و $F(3, 56) = 0/816$ ، پس‌آزمون ($P = 0/190$) و $F(3, 56) = 1/644$ و پیگیری ($P = 0/360$) و $F(3, 56) = 1/070$ و سلامت اجتماعی در هر سه مرحله پیش‌آزمون ($P = 0/787$) و $F(3, 56) = 0/354$ ، پس‌آزمون ($P = 0/290$) و $F(3, 56) = 1/279$ و پیگیری ($P = 0/376$) و $F(3, 56) = 1/055$ برقرار بود. افزون بر این بررسی داده‌های پرت از اکسپلور SPSS استفاده شد، که یافته‌ها حاکی از عدم وجود داده پرت بود. در ادامه نتایج حاصل از این آزمون ارائه شده است. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (آماره لامبدای ویلکز) در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر متغیرهای افسردگی، سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن را نشان می‌دهد.

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی و سلامت اجتماعی به تفکیک گروه‌های مهارت‌های ذهن‌آگاهی، شناختی رفتاری، خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی و گواه (تعداد: ۶۰)

متغیر	مرحله	مهارت‌های ذهن‌آگاهی		شناختی رفتاری		خودیاری شناختی		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۲/۱۳	۳/۱۵	۳۱/۶۶	۳/۲۲	۳۱/۸۰	۳/۹۴	۳۲/۷۳	۳/۹۵
	پس‌آزمون	۲۸/۵۳	۲/۷۴	۲۲/۳۳	۱/۸۷	۲۵/۱۳	۲/۵۰	۳۱/۹۳	۳/۹۱
	پیگیری	۲۹/۴۰	۳/۰۸	۲۱/۶۶	۱/۸۳	۲۵/۷۳	۲/۸۶	۳۲/۱۳	۳/۴۸
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	۴۷/۷۳	۲/۷۶	۴۸/۵۳	۳/۵۶	۴۷/۷۳	۳/۴۵	۴۸/۸۰	۲/۷۵
	پس‌آزمون	۷۳/۲۶	۳/۲۶	۶۷/۷۳	۵/۰۶	۵۸/۷۳	۵/۲۸	۵۱/۱۳	۲/۵۵
	پیگیری	۷۳/۰۶	۳/۵۳	۶۵/۲۶	۳/۱۵	۵۶/۰۶	۴/۰۴	۴۹/۸۶	۲/۹۲
شکوفایی اجتماعی	پیش‌آزمون	۷/۳۳	۱/۶۳	۷	۱/۴۱	۷/۴۰	۰/۹۱	۷/۲۰	۱/۰۱
	پس‌آزمون	۱۳/۴۰	۱/۵۴	۱۱/۶۶	۲/۳۱	۹/۹۳	۲/۶۳	۷/۸۰	۱/۳۷
	پیگیری	۱۳/۶۰	۱/۸۰	۱۱/۱۳	۲/۰۶	۹/۴۶	۲/۶۴	۷/۵۳	۱/۲۴
همبستگی اجتماعی	پیش‌آزمون	۵/۳۳	۰/۸۱	۵/۳۳	۱/۰۴	۵/۲۰	۱/۲۶	۵/۷۳	۱/۲۲
	پس‌آزمون	۹/۸۶	۰/۷۴	۹	۱/۷۳	۷/۴۶	۱/۳۰	۶/۳۳	۱/۵۸
	پیگیری	۱۰/۱۳	۰/۷۴	۸/۵۳	۱/۴۵	۶/۷۳	۱/۹۰	۵/۹۳	۱/۷۰
انجام اجتماعی	پیش‌آزمون	۷/۲۶	۰/۷۰	۷/۸۰	۱/۴۷	۷/۱۳	۱/۷۲	۷/۲۰	۰/۸۶
	پس‌آزمون	۱۲/۴۶	۱/۲۴	۱۱/۶۶	۱/۷۵	۹/۱۳	۱/۰۶	۷/۵۳	۱/۴۰
	پیگیری	۱۱/۹۳	۱/۲۲	۱۱	۱/۴۶	۸/۸۶	۲/۳۵	۷/۴۰	۱/۶۸
پذیرش اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۴/۶۶	۰/۸۹	۱۴/۸۰	۰/۸۶	۱۵/۰۶	۱/۰۳	۱۵	۱/۱۹
	پس‌آزمون	۱۹/۱۳	۰/۷۴	۱۸/۳۳	۱/۱۷	۱۷/۶۰	۲/۲۶	۱۵/۵۳	۱/۵۹
	پیگیری	۱۹/۳۳	۱/۲۳	۱۸/۲۶	۱/۰۳	۱۶/۶۶	۱/۸۷	۱۵/۲۶	۱/۳۸
مشارکت اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۳/۱۳	۱/۳۰	۱۳/۶۰	۰/۹۸	۱۲/۹۳	۱/۳۳	۱۳/۶۶	۱/۱۱
	پس‌آزمون	۱۸/۴۰	۲/۳۲	۱۷/۰۶	۱/۷۰	۱۴/۶۰	۱/۹۱	۱۳/۹۳	۰/۷۹
	پیگیری	۱۸/۰۶	۲/۴۰	۱۶/۳۳	۱/۴۹	۱۴/۳۳	۱/۳۴	۱۳/۷۳	۰/۹۶

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (آماره لامبدای ویلکز) در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	P	اندازه اثر
افسردگی	زمان	۰/۳۲۵	۵۷/۱۵۳	(۲, ۵۵)	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۵
	اثر تعاملی	۰/۵۰۸	۷/۳۹۰	(۶, ۱۱۰)	<۰/۰۰۱	۰/۲۸۷
سلامت اجتماعی	زمان	۰/۰۶۶	۳۹۰/۱۰۰	(۲, ۵۵)	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۴
	اثر تعاملی	۰/۱۳۴	۳۱/۶۸۲	(۶, ۱۱۰)	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۳
مؤلفه‌های سلامت اجتماعی	گروه	۰/۱۳۶	۱۰/۱۶۸	(۱۵, ۱۴۳/۹۵۱)	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۶
	زمان	۰/۰۴۹	۹۰/۶۲۶	(۱۰, ۴۷)	<۰/۰۰۱	۰/۹۵۱
	اثر تعاملی	۰/۰۹۴	۵/۷۲۹	(۳۰, ۱۳۸/۶۳۰)	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۶

می‌دهد که اثر تعاملی زمان×گروه بر متغیرهای افسردگی، سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن معنادار می‌باشد. هم‌چنین معناداری اثر متقابل زمان×گروه بدین معنی است که در طول زمان (از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری) میانگین متغیرهای افسردگی، سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در یکی از گروه‌های مستقل با تغییر همراه بوده است.

جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای افسردگی، سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن نشان می‌دهد.

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در مؤلفه‌های سلامت اجتماعی نشان داد اثر بین‌آزمودنی (گروه) ($\eta^2 = ۰/۴۸۶$ ، $p < ۰/۰۰۱$ ، $F = ۱۰/۱۶۸$) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی تفاوت دارند. منطبق بر جدول ۵ نتیجه تحلیل واریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که اثر درون‌آزمودنی (زمان) در متغیرهای افسردگی، سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای مستقل میانگین با تغییر همراه بوده است، و همچنین نتایج نشان

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع تغییرات	MS آزمایش	MS خطا	درجه آزادی	آماره F	p	مجذور اتا
افسردگی	گروه‌ها	۴۱۷/۸۴۴	۱۶/۷۶۲	(۳, ۵۶)	۲۴/۹۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۲
	مراحل	۵۴۸/۰۴۹	۶/۹۷۶	(۱/۸۱۰, ۱۰۱/۳۵۳)	۷۸/۵۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
سلامت اجتماعی	تعامل مراحل با گروه	۸۵/۶۴۷	۶/۹۷۶	(۵/۴۳۰, ۱۰۱/۳۵۳)	۱۲/۲۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
	گروه‌ها	۱۹۳۳/۷۹۸	۲۱/۸۱۴	(۳, ۵۶)	۸۸/۶۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۲۶
شکوفایی اجتماعی	مراحل	۳۷۹۰/۰۷۲	۸/۸۳۵	(۲, ۱۱۲)	۴۲۹/۰۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۸۵
	تعامل مراحل با گروه	۵۳۱/۸۴۳	۸/۸۳۵	(۶, ۱۱۲)	۶۰/۲۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۶۳
همبستگی اجتماعی	گروه‌ها	۱۲۳/۵۶۳	۴/۷۴۹	(۳, ۵۶)	۲۶/۰۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۲
	مراحل	۲۲۳/۲۸۹	۲/۵۲۲	(۲, ۱۱۲)	۸۸/۵۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۳
انسجام اجتماعی	تعامل مراحل با گروه	۳۱/۱۶۳	۲/۵۲۲	(۶, ۱۱۲)	۱۲/۳۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۸
	گروه‌ها	۵۵/۳۰۴	۳/۰۱۶	(۳, ۵۶)	۱۸/۳۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۶
پذیرش اجتماعی	مراحل	۱۵۰/۳۹۲	۱/۳۴۶	(۱/۸۲۰, ۱۰۱/۹۲۸)	۱۱۱/۶۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۶
	تعامل مراحل با گروه	۱۹/۶۰۰	۱/۳۴۶	(۵/۴۶۰, ۱۰۱/۹۲۸)	۱۴/۵۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۸
	گروه‌ها	۱۰۰/۷۹۱	۳/۲۱۷	(۳, ۵۶)	۳۱/۳۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۷
	مراحل	۱۴۲/۸۵۰	۱/۶۶۲	(۲, ۱۱۲)	۸۵/۹۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۶
	تعامل مراحل با گروه	۲۰/۷۰۲	۱/۶۶۲	(۶, ۱۱۲)	۱۲/۴۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۰
	گروه‌ها	۴۹/۷۲۴	۲/۳۸۷	(۳, ۵۶)	۲۰/۸۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۷
	مراحل	۱۳۹/۷۵۶	۱/۵۱۷	(۲, ۱۱۲)	۹۲/۱۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۲

متغیر	منابع تغییرات	MS آزمایش	MS خطا	درجه آزادی	آماره F	P	مجذور اتا
مشارکت اجتماعی	تعامل مراحل با گروه	۱۷/۲۰۷	۱/۵۱۷	(۶, ۱۱۲)	۱۱/۳۴۳	< ۰/۰۰۱	۰/۳۷۸
	گروه‌ها	۸۰/۶۸۷	۲/۹۶۸	(۳, ۵۶)	۲۷/۱۸۳	< ۰/۰۰۱	۰/۵۹۳
	مراحل	۱۲۴/۷۱۷	۲/۱۵۲	(۲, ۱۱۲)	۵۷/۹۶۵	< ۰/۰۰۱	۰/۵۰۹
	تعامل مراحل با گروه	۲۲/۷۰۹	۲/۱۵۲	(۶, ۱۱۲)	۱۰/۵۵۵	< ۰/۰۰۱	۰/۳۶۱

با توجه به جدول ۶، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای افسردگی ($F=۱۲/۲۷۷$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۳۹۷$)، سلامت اجتماعی ($F=۶۰/۲۰۰$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۷۶۳$)، شکوفایی اجتماعی ($F=۱۲/۳۵۷$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۴۳۸$)، همبستگی اجتماعی ($F=۱۲/۴۶۰$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۴۰۰$)، انسجام اجتماعی ($F=۱۴/۵۵۶$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۳۷۸$) و مشارکت اجتماعی ($F=۱۰/۵۵۵$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۳۶۱$) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر اصلی عامل درون‌گروهی بر افسردگی ($F=۷۸/۵۵۹$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۵۸۴$)، سلامت اجتماعی ($F=۴۲۹/۰۰۷$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۶۱۳$)، شکوفایی اجتماعی ($F=۸۸/۵۴۳$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۶۶۶$)، همبستگی اجتماعی

($F=۱۱۱/۶۹۲$)، انسجام اجتماعی ($F=۳۱/۳۲۶$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۶۲۷$)، پذیرش اجتماعی ($F=۲۶/۹۲۸$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۵۷۲$)، سلامت اجتماعی ($F=۲۷/۱۸۳$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۵۹۳$) و مشارکت اجتماعی ($F=۲۰/۸۲۹$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۵۲۷$) است. در ادامه نتایج اثر اصلی عامل بین‌گروهی نیز بر افسردگی ($F=۵۷/۹۶۵$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۵۰۹$)، سلامت اجتماعی ($F=۸۸/۶۴۸$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۵۸۲$)، همبستگی اجتماعی ($F=۱۸/۳۳۸$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۴۹۶$)، همبستگی اجتماعی ($F=۲۶/۹۲۸$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۵۷۲$)، مشارکت اجتماعی ($F=۱۰/۵۵۵$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۳۶۱$)، شکوفایی اجتماعی ($F=۱۲/۳۵۷$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۴۳۸$)، همبستگی اجتماعی ($F=۱۲/۴۶۰$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۴۰۰$)، انسجام اجتماعی ($F=۱۴/۵۵۶$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۳۷۸$) و مشارکت اجتماعی ($F=۱۰/۵۵۵$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۳۶۱$) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر اصلی عامل درون‌گروهی بر افسردگی ($F=۷۸/۵۵۹$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۵۸۴$)، سلامت اجتماعی ($F=۴۲۹/۰۰۷$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۶۱۳$)، شکوفایی اجتماعی ($F=۸۸/۵۴۳$, $p<۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۶۶۶$)، همبستگی اجتماعی

جدول ۷. نتایج مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در افسردگی

متغیر	مرحله	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی‌داری
افسردگی	پیش‌آزمون	شناختی رفتاری	۱/۰۶۷	۱/۱۹۴	۱
		خودیاری شناختی	-۱/۱۳۳	۱/۱۹۴	۱
		شناختی رفتاری	-۲/۲۰۰	۱/۱۹۴	۰/۴۲۴
	پس‌آزمون	شناختی رفتاری	-۲/۲۶۷	۰/۸۱۱	۰/۰۴۳
		خودیاری شناختی	-۴/۸۶۷	۰/۸۱۱	< ۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	-۲/۶۰۰	۰/۸۱۱	۰/۰۱۳
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	شناختی رفتاری	-۲/۴۶۷	۰/۷۵۳	۰/۰۱۱
		خودیاری شناختی	-۵/۱۳۳	۰/۷۵۳	< ۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	-۲/۶۶۷	۰/۷۵۳	۰/۰۰۵
	پس‌آزمون	شناختی رفتاری	-۰/۶۶۷	۱/۰۲۹	۱
		خودیاری شناختی	-۱/۶۰۰	۱/۰۲۹	۰/۷۵۴
		شناختی رفتاری	-۰/۹۳۳	۱/۰۲۹	۱
پیگیری	پیش‌آزمون	شناختی رفتاری	۵/۵۳۳	۰/۸۵۸	< ۰/۰۰۱
		خودیاری شناختی	۱۰/۸۰۰	۰/۸۵۸	< ۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	۵/۲۶۷	۰/۸۵۸	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	شناختی رفتاری	۷/۲۰۰	۰/۸۷۴	< ۰/۰۰۱
		خودیاری شناختی	۱۳/۱۳۳	۰/۸۷۴	< ۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	۱۳/۱۳۳	۰/۸۷۴	< ۰/۰۰۱

متغیر	مرحله	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی داری
شکوفایی اجتماعی	پیش‌آزمون	شناختی رفتاری	۵/۹۳۳	۰/۸۷۴	<۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	۰/۲۶۷	۰/۳۹۹	۱
		خودیاری شناختی	-۰/۴۰۰	۰/۳۹۹	۱
	پس‌آزمون	شناختی رفتاری	-۰/۶۶۷	۰/۳۹۹	۰/۶۰۳
		شناختی رفتاری	۱/۲۰۰	۰/۳۳۲	۰/۰۰۴
		خودیاری شناختی	۲/۲۶۷	۰/۳۳۲	<۰/۰۰۱
پیگیری	پیش‌آزمون	شناختی رفتاری	۱/۰۶۷	۰/۳۳۲	۰/۰۱۳
		شناختی رفتاری	۱/۳۳۳	۰/۳۶۰	۰/۰۰۳
		خودیاری شناختی	۲/۶۶۷	۰/۳۶۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	شناختی رفتاری	۱/۳۳۳	۰/۳۶۰	۰/۰۰۳
		شناختی رفتاری	-۰/۰۶۷	۰/۳۹۷	۱
		خودیاری شناختی	۰/۱۳۳	۰/۳۹۷	۱
همبستگی اجتماعی	پیش‌آزمون	شناختی رفتاری	۰/۲۰۰	۰/۳۹۷	۱
		شناختی رفتاری	۰/۹۳۳	۰/۳۱۰	۰/۰۲۴
		خودیاری شناختی	۲	۰/۳۱۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	شناختی رفتاری	۱/۰۶۷	۰/۳۱۰	۰/۰۰۷
		شناختی رفتاری	۱/۴۰۰	۰/۳۶۳	۰/۰۰۲
		خودیاری شناختی	۲/۴۶۷	۰/۳۶۳	<۰/۰۰۱
انسجام اجتماعی	پیش‌آزمون	شناختی رفتاری	۱/۰۶۷	۰/۳۶۳	۰/۰۲۹
		شناختی رفتاری	-۰/۲۶۷	۰/۳۱۴	۱
		خودیاری شناختی	-۰/۵۳۳	۰/۳۱۴	۰/۵۷۱
	پس‌آزمون	شناختی رفتاری	-۰/۲۶۷	۰/۳۱۴	۱
		شناختی رفتاری	۱	۰/۳۴۶	۰/۰۳۳
		خودیاری شناختی	۲	۰/۳۴۶	<۰/۰۰۱
پذیرش اجتماعی	پیش‌آزمون	شناختی رفتاری	۱/۴۰۰	۰/۴۲۰	۰/۰۰۹
		شناختی رفتاری	۲/۶۰۰	۰/۴۲۰	<۰/۰۰۱
		خودیاری شناختی	۱/۲۰۰	۰/۴۲۰	۰/۰۳۶
	پس‌آزمون	شناختی رفتاری	-۰/۱۳۳	۰/۳۶۷	۱
		شناختی رفتاری	-۰/۴۰۰	۰/۳۶۷	۱
		خودیاری شناختی	-۰/۲۶۷	۰/۳۶۷	۱
مشارکت اجتماعی	پیش‌آزمون	شناختی رفتاری	۱/۱۳۳	۰/۳۰۷	۰/۰۰۳
		شناختی رفتاری	۲/۰۶۷	۰/۳۰۷	<۰/۰۰۱
		خودیاری شناختی	۰/۹۳۳	۰/۳۰۷	۰/۰۲۲
	پس‌آزمون	شناختی رفتاری	۱/۵۳۳	۰/۳۰۳	<۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	۲/۴۰۰	۰/۳۰۳	<۰/۰۰۱
		خودیاری شناختی	۰/۸۶۷	۰/۳۰۳	۰/۰۳۶

متغیر	مرحله	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی‌داری
پیگیری	شناختی رفتاری	خودیاری شناختی	۱/۲۰۰	۰/۳۶۷	۰/۰۱۱
		شناختی رفتاری	۱/۴۰۰	۰/۲۴۰	<۰/۰۰۱
	ذهن آگاهی	خودیاری شناختی	۳/۰۶۷	۰/۲۴۰	<۰/۰۰۱
		خودیاری شناختی	۱/۶۶۷	۰/۲۴۰	<۰/۰۰۱

تفاوت معناداری بین میانگین گروه‌های آموزشی مهارت‌های ذهن آگاهی، مهارت‌های شناختی رفتاری و مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی در مرحله پیش‌آزمون در متغیرهای افسردگی، سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن مشاهده نشد. بنابراین نتایج نشان می‌دهد، به ترتیب آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی، شناختی رفتاری و خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی بیشترین تأثیر را در بهبود افسردگی، سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در زنان دارای افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری، آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی و آموزش مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان دارای افسردگی انجام شد. نتایج نشان داد میزان تأثیر مداخلات پژوهش بر افسردگی به ترتیب در آموزش شناختی رفتاری، آموزش مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی و آموزش ذهن آگاهی اثربخشی بالاتری نشان داد. بنابراین نتایج مطالعه حاضر با نتایج پژوهش‌های آقائی‌پور گواسرائی و همکاران (۱۳۹۸)، صمدزاده و همکاران (۱۳۹۷) و مانی‌کواسگار و همکاران (۲۰۱۱) مبنی بر اینکه درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی اثربخشی بالاتری دارد، همسو می‌باشد. همچنین نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج مطالعات قمری گیوی و همکاران (۱۳۹۰)، حسینی‌بهشتیان (۱۳۸۹) مبنی بر اینکه درمان شناختی رفتاری حضوری در مقایسه با درمان شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی بر افسردگی اثربخشی بالاتری دارد، همسو می‌باشد.

در تبیین همسویی نتایج پژوهش‌های فوق می‌توان گفت آقائی‌پور گواسرائی و همکاران (۱۳۹۸) نتایج مطالعه خود را به این شکل استدلال کردند که روش ذهن آگاهی بر فنون رفتاری و بازسازی باورهای ناسازگار تأکید نمی‌ورزد و جهت مرحله فعال افسردگی طراحی نگردیده، بلکه به

طور خاص برای بیماران نسبتاً بهبود یافته مبتلا به افسردگی و جهت پیشگیری از عود طراحی شده است. پس از آنجا که در درمان شناختی رفتاری، بر تلاش برای ارزیابی و بازسازی فرضیات و باورهای زیر بنایی که مشخص‌کننده محتوای شناختی فرد است، تأکید می‌شود تأثیر بیشتر این درمان بر بهبودی افسردگی امری مورد انتظار می‌باشد، زیرا درمان شناختی رفتاری به طور خاص افسردگی را با خطاب قرار دادن باورهای شناختی ناکارآمد که دلالت بر وقوع مجدد افسردگی دارند، تعدیل می‌کند. همچنین صمدزاده و همکاران (۱۳۹۷) بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه خود معتقدند که شناخت‌ها و نگرانی‌های منفی بیماران در مورد کنترل دیابت موجب کاهش نشانه‌های روان‌درستی در فرد بیمار می‌شود و این رفتارها موجب ادامه چرخه منفی افکار ناکارآمد و کاهش کنترل علائم روانی بیمار می‌گردد. بنابراین درمان شناختی رفتاری به عنوان یکی از درمان‌های مطرح برای بیماری‌های مزمن، می‌تواند با استمداد از اصول بنیادین این مدل و با توجه به تأثیر متقابل بین شناخت‌های فرد بیمار در مورد عارضه، احساسات و رفتارهایش، به عنوان راهبرد درمانی مؤثر و کارآمد در درمان مشکلات روانی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد و از این نظر در درمان علائم روانی می‌تواند بر درمان ذهن آگاهی پیشی بگیرد. مانی‌کواسگار و همکاران (۲۰۱۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به افسردگی دارای تحریفات شناختی درباره خود، دیگران و جهان هستند که باورهای منفی آن‌ها را تداوم می‌بخشد و با در نظر گرفتن این موضوع، درمان شناختی رفتاری اغلب بر استراتژی‌های رفتاری خاص همراه با بازسازی شناختی با هدف تغییر افکار خودآیند منفی تأکید می‌کند. در واقع تفاوت این درمان با درمان ذهن آگاهی در استفاده از تکنیک‌های فعال‌سازی رفتاری است که می‌تواند افزایش فعالیت‌ها را در پی داشته باشد و افزایش فعالیت‌ها می‌تواند سبب افزایش انگیزه‌ها و کاهش بیشتر افسردگی شود. قمری گیوی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اگرچه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر کامپیوتر در درمان

افراد مبتلا به افسردگی اثربخش است و می‌تواند تکنیک‌های شناختی رفتاری را در قالب فرمت‌های کامپیوتری و مبتنی بر وب ارائه کند، ولی برتر از درمان به روش معمول بالینی نیست و در استفاده از برنامه‌های درمانی مبتنی بر رایانه این نکته را باید در نظر گرفت که این نوع درمان‌ها را نمی‌توان بدون تمایز برای همه مراجعان ارائه نمود و رایانه‌ها جایگزین مناسبی برای درمان همه اختلالات نیستند و نیز این نوع درمان‌ها به خصوص برای بیمارانی که شدت علائم در آن‌ها بیشتر است و یا از شرایط پیچیده و چالش‌انگیزی رنج می‌برند، چندان مناسب نیست. نتایج مطالعه حسینی بهشتیان (۱۳۸۹) نیز حاکی از این بود که هرچه انتظار درمانجو از نتیجه درمان بیشتر باشد میزان بهبودی او بیشتر است و تقریباً همه درمان‌های حضوری از جمله درمان شناختی رفتاری حضوری چنین انتظاری را در مراجع خود ایجاد می‌کند ولی میزان انتظار مثبتی که در روش‌های مجازی ایجاد می‌شود کمتر از روش‌های حضوری است. همچنین وی معتقد است روان‌درمانی در واقع نوعی رابطه میان فردی است و همه درمانگران اعتقاد راسخ دارند که برای موفقیت در درمان باید یک رابطه درمانی نیرومند بین بیمار و درمانگر برقرار شود و درمان شناختی رفتاری به ایجاد این رابطه اهمیت بسیاری می‌دهد. در درمان شناختی رفتاری مجازی نیز بیمار و درمانگر می‌تواند ارتباط درمانی با یکدیگر برقرار کنند ولی میزان برقراری ارتباط در این روش درمانی به اندازه درمان‌های حضوری نیست و در نتیجه میزان تأثیر درمان مجازی نیز از درمان حضوری کمتر خواهد بود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد میزان تأثیر مداخلات پژوهش بر سلامت اجتماعی به ترتیب در آموزش ذهن آگاهی، آموزش شناختی رفتاری، آموزش مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی اثربخشی بالاتری نشان داد. بنابراین نتایج مطالعه حاضر با نتایج پژوهش‌های عباسی و همکاران (۱۳۹۸) و دوول (۲۰۱۸) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر سازگاری، سلامت و کارکرد اجتماعی اثرات بادوام بیشتری دارد، همسو می‌باشد.

در تبیین همسویی این نتایج می‌توان گفت بر اساس نظر طباطبایی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۸) درمان شناختی رفتاری در پی چالش با محتوای تحریفات شناختی که سبب مشکلات بهداشت روانی است، می‌باشد ولی ذهن آگاهی از بیمار می‌خواهد، روش‌های نوینی را فراگیرد تا به شکل باز تنها به مشاهده

این فرآیندهای ذهنی پردازد، بدون آن که آن‌ها را محکوم سازد، درباره آن‌ها قضاوت نماید و یا آن‌ها را محدود سازد و از تمرکز بر محتوای واقعی آن‌ها غافل بماند. بر این اساس ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان تنظیم‌بخشی رفتاری، شناختی و عاطفی در نظر گرفته شود و در چنین وضعیتی به جای آنکه از افراد خواسته شود تا خارج از تمرکز بر این موقعیت‌های ذهنی قرار گیرد (آنچه در شناختی رفتاری سنتی رایج است) از آن‌ها خواسته می‌شود تمامی آگاهی خود را بدون واکنش به رویدادهای ذهنی، به محتوای فکر معطوف دارند و به آن‌ها تنها به عنوان فرآیندهای ذهنی نگریسته شود (مفهوم فراشناخت) و این امر می‌تواند راهی مؤثر برای ماندن در لحظه و آگاهی بالاتر باشد که این آگاهی موجب می‌شود افراد در مواجهه با استرس و مشکلات، اعتماد به نفس خود را حفظ کرده، شیوه‌های ابراز وجود را جایگزین اجتناب از اجتماع و رفتارهای اجتماعی نادرست کنند. همچنین عباسی و همکاران (۱۳۹۸) به این نتیجه رسیدند که ذهن آگاهی به فرد اجازه می‌دهد با هشیار بودن نسبت به اجزای مختلف رفتاری که انجام می‌دهد به پایش رفتار خود و جلوگیری از رفتار ناخواسته پردازد. سطح نگرانی فردی که دارای ذهن آگاهی بیشتری است با آگاهی از اتفاقات پیرامون به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد. افزایش ذهن آگاهی باعث تقویت فرد در مواجهه با موقعیت‌های نگران‌کننده می‌شود. بنابراین یکی از دلایل تأثیر درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، تقویت انگیزه‌های بیماران و افزایش هوشیاری آن‌ها نسبت به عملکردشان در زمینه‌های مختلف از جمله کارکرد اجتماعی است. دوول (۲۰۱۸) نیز معتقد است اهداف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عبارتند از آگاهی بیشتر از حس‌های بدنی، احساسات و افکار لحظه به لحظه، کمک به شرکت‌کنندگان برای گسترش راه‌های متفاوت ارتباط با حواس، افکار و احساسات به ویژه شناخت و پذیرش افکار و احساسات ناخواسته‌ای که به گونه خودکار و عاداتی باعث مشکلات دائمی می‌شوند. بنابراین ذهن آگاهی با هشیار نمودن فرد نسبت به اجزای مختلف رفتارهایی که انجام می‌دهد باعث زیر نظر گرفتن رفتار خود و جلوگیری از رفتارهای ناخواسته اجتماعی می‌شود.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش زنان افسرده بود، تعمیم یافته‌ها به مردان افسرده را با احتیاط مواجه می‌کند. همچنین نقش تعدیل‌کنندگی عوامل جمعیت‌شناختی در نظر گرفته نشده است که این یکی از محدودیت‌های پژوهش بود. بنابراین

گردید و شرکت‌کنندگان در پژوهش بر اساس میل و رضایت شخصی، در جلسات مداخله‌ای شرکت کردند. همچنین در مورد حفظ حریم خصوصی به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد. لازم به ذکر است، جهت رعایت مسائل اخلاقی به اعضای گروه گواه که در این پژوهش شرکت داشتند اجازه داده شد پس از اتمام پژوهش، به صورت آزادانه و به شکل فشرده به انتخاب خود تحت آموزش یکی از مهارت‌های شناختی رفتاری، مهارت‌های ذهن‌آگاهی و مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی قرار بگیرند.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که در نتایج پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و مسئولین مراکز درمانی و کلینیک‌های روانشناختی شرکت‌کننده در پژوهش حاضر برای همکاری با پژوهشگر تشکر و قدردانی می‌شود.

پیشنهاد می‌شود در صورت امکان در آینده مطالعاتی با سبک مطالعه حاضر روی مردان نیز اجرا گردد و در پژوهش‌های آتی برای بررسی‌های جامع‌تر در مورد اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری، ذهن‌آگاهی و شناختی رفتاری مجازی در درمان افراد افسرده، نقش تعدیل‌کنندگی عوامل جمعیت شناختی مانند میزان تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، وضعیت تأهل و یا شدت افسردگی در نظر گرفته شود.

در نهایت پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره و روانشناختی برای کمک زنان افسرده از درمان‌های ذهن‌آگاهی در کنار درمان‌های شناختی رفتاری استفاده شود تا به کمک تکنیک‌های مورد استفاده در این درمان‌ها، فرد با ارزش قائل شدن برای خود و اعتماد به نفس بالاتر از روابط اجتماعی مطلوب و سلامت اجتماعی بیشتری بهره‌مند گردد. در واقع با توجه به اینکه پرداختن به ذهن‌آگاهی نقش محوری در کارکرد و سلامت اجتماعی دارد، درمان شناختی رفتاری، علائم افسردگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و درمان شناختی رفتاری مجازی با کم کردن هزینه‌ها و در دسترس بودن به مراجعان کمک می‌کند پیشنهاد می‌شود درمانگران با ترکیب این سه درمان باهم جنبه‌های مختلف روان‌درمانی افراد افسرده را تحت تأثیر قرار دهند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی در دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است. پژوهش حاضر با کسب کد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1401.092 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی انجام شده است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی در ابتدای جلسات به شرکت‌کنندگان توضیح مختصر در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و مزایای شرکت در مطالعه، هدف از جلسات درمانی ارائه

منابع

آقائی‌پور گواسرائی، م.، طاوولی، آ.، کمال، ا.، و غفوری غلامی، ز. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی سه روش درمانگری مبتنی بر طرحواره، شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی همسران جانبازان. *نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷ (۱)، ۱۲۳-۱۳۴.

<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2890>

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۲۲). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ویرایش پنجم (متن بازنگری شده)*. ترجمه مهدی گنجی (۱۴۰۱). تهران: انتشارات ساوالان.

انصاری اصل، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی اساسی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ای، سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد.

<https://civilica.com/doc/1222913/>

حسینی، ز.، یوسفی افراشته، مو، و مروتی، ذ. (۱۳۹۷). فراتحلیل اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و اضطراب (پژوهش‌های منتشرشده در ایران بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۵). *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۶ (۸)، ۶۵۹-۶۴۶.

<https://doi.org/10.18502/ssu.v26i8.237>

حسینی بهشتیان، م. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری حضوری و درمان شناختی رفتاری اینترنتی آفلاین بر میزان افسردگی دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱ (۱)، ۱۴۴-۱۳۰.

https://jcps.atu.ac.ir/article_2096.html

رئیس، م.، اصغرزادفرید، ع.، جهان، ف.، و معاضدیان، آ. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری پیامکی آنلاین و درمان شناختی رفتاری تلفنی بر اختلال افسردگی پایدار. *رویش روانشناسی*، ۱۰ (۵)، ۱۵۰-۱۴۰.

<https://www.magiran.com/paper/2312944?lang=en>

شربتیان، م. (۱۳۹۸). بررسی شاخص‌های سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس. *فصلنامه مطالعات فرهنگی اجتماعی خراسان*، ۱۴ (۱)، ۴۷-۲۳.

<https://doi.org/10.22034/fakh.2020.177733.1320>

صمدزاده، ا.، صالحی، م.، بنی جمالی، ش.، و احدی، ح. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با ذهن‌آگاهی بر روان‌درستی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷ (۶۸)، ۴۹۹-۴۹۱.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1397.17.68.11.9>

قربانی، ع. (۱۴۰۱). رابطه سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی (مورد مطالعه: دانشجویان زن دانشگاه پیام‌نور گنبد کاووس). *دوفصلنامه مسائل اجتماعی ایران*، ۱۳ (۱)، ۱۷۹-۱۵۵.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.24766933.1401.13.1.3.6>

قرزل، م.، پورامینی، ف.، حسینی نژاد، ا. (۱۴۰۱). تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران. *مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری*، ۴ (۱۱)، ۱۷۸-۱۶۷.

<https://ensani.ir/file/download/article/1668488535-10286-11-15.pdf>

قمری گیوی، ح.، ایمانی، ح.، آق، ع.، محمدی پور ریک، ن.، و مهرآبادی، س. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رایانه در مقایسه با درمان به شیوه بالینی و سنتی در افسردگی اساسی. *مجله کومش*، ۱۳ (۲)، ۲۱۸-۲۲۴.

<https://www.sid.ir/paper/36928/fa>

عزیزی، آ.، دست باز، ا.، حسینی، ص.، و عابدی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری بر افسردگی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان مطلقه افسرده. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۵ (۵۷)، ۲۱۷-۲۰۴.

https://journals.tabrizu.ac.ir/article_10891.html

علی شیر، ع.، تاجری، ب.، کاوه، و.، احدی، ح. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و خودمراقبتی بر تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۳)، ۵۷۲-۵۵۷.

<https://psychologicalscience.ir/article-1-1756-fa.html>

میری، ه.، ذوالقدر، خ.، قاسمی، ع. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار شهر مشهد. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸ (۸۴)، ۲۳۰۲-۲۲۹۵.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.84.10.7>

نظامی، ل.، علیوندی وفا، م.، خادمی، ع.، و باباپور خیرالدین، ج. (۱۴۰۰). الگویابی بومی آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی به افسردگی مداوم در زنان-روش زمینه‌ای. *فصلنامه زن و جامعه*، ۱۲ (۴۸)، ۶۵-۵۳.

<https://doi.org/10.30495/jzv.2021.26520.3422>

نوروزی، م.، میکائیلی منیع، ف.، و عیسی زادگان، ع. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش بر کاهش اختلال اضطراب اجتماعی. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۱ (۴۴)، ۳۴-۱.

<https://civilica.com/doc/1619002/>

References

Aghaeepour Gavasarae, M., Tavoli, A., Kamal, A., & Ghafoory Gholamy, Z. (2018). Effectiveness of schema therapy, cognitive-behavioral therapy, and mindfulness-Based stress reduction on reducing the anxiety and depression in spouses of veterans. *Journal of Clinical Psychology and Personality*,

- 17(1), 123-134. (Persian).
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2890>
- Alishiri, M., Tajeri, B., Kaveh, V., Ahadi, H. (2022). Comparing efficacy mindfulness training & self-care training on body image in women with breast cancer. *Journal of Psychological Science*, 22 (123), 557-552. (Persian).
<https://psychologicalscience.ir/article-1-1756-fa.html>
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition (text revision). Translated by Mehdi Ganji (2022). Tehran: Savalan Publications.
- Ansari Asl, M. (2019). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on major depression of women referring to counseling centers. *Third International Conference on Psychology, Counseling, Education*. (Persian). <https://civilica.com/doc/1222913/>
- Azizi, A., Dast Baz, A., Hosseini, S., & Abedi, M. (2019). Comparing the effectiveness of metacognitive and cognitive-behavioral therapy on depression, resilience and quality of life of depressed divorced women. *New Psychological Research Quarterly*, 15 (57), 217-204. (Persian).
https://journals.tabrizu.ac.ir/article_10891.html
- Campbell Barr, E., & Marmot, M. (2020). Leadership, social determinants of health and health equity: the case of Costa Rica. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 44 (139), 1-5.
<https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.139>
- Dowell, A. (2018). *Correlates of Treatment Preference in a Randomized Trial Comparing Mindfulness Meditation versus Cognitive-Behavioral Therapy*. Master Thesis, Faculty of Education University of Ottawa, Canada. <http://dx.doi.org/10.20381/ruor-21591>
- Ecker, AH., Johnson, AL., Sansgiry, S., Fletcher, TL., Hundt, N., & Petersen, NJ. (2019). Brief cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in veterans with chronic illnesses. *General Hospital Psychiatry*, 58, 27-32.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.02.002>
- Ghazel, M., Pouramini, F., Hosnejad, A. (2022). The effect of emotion regulation training on the reduction of anxiety and depression of female heads of households in Tehran. *Studies and Research in Behavioral Sciences*, 4(11), 167-178. (Persian).
<https://ensani.ir/file/download/article/1668488535-10286-11-15.pdf>
- Ghorbani, A. (2022). The Relationship between Social Health and Marital Satisfaction (Case study: female students of Payame Noor Gonbad Kavous University). *Social Problems of Iran*, 13 (1), 155-179. (Persian).
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.24766933.1401.13.1.3.6>
- Harp, N. R., Freeman, J. B., Neta, M. (2022). Mindfulness-based stress reduction triggers a long-term shift toward more positive appraisals of emotional ambiguity. *Journal of Experimental Psychology: General*, 16 (5), 417-428.
<https://doi.org/10.1037/xge0001173>
- Hoseyni, Z., Yousefi Afrashteh, M., & Morovati, Z. (2018). Meta-analysis of the effectiveness of mindfulness-based treatments on depression and anxiety (studies published in Iran between 1380 and 1395). *Scientific Research Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd*, 26 (8), 646-659. (Persian).
<https://doi.org/10.18502/ssu.v26i8.237>
- Hosseini Beheshtian, M. (2010). Comparison of the effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Off-Line Internet-Based cognitive behavioral therapy with on Depressed Students. *Clinical Psychology Quarterly*, 1 (1), 130-144. (Persian).
https://jcps.atu.ac.ir/article_2096.html
- Manicavasgar, V., Parker, G., & Perich, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Journal of Affective Disorders*, 130 (1), 138-144.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.027>
- 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), 10-19.
<https://doi.org/10.2196/10948>
- Miri, H., Zolghadr, Kh., Qasemi, A. (2020). A comparison of the effect of social support on the social health of female - headed and non - headed households in mashhad. *Journal of Psychological Science*, 18 (84), 2295-2302. (Persian).
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.84.10.7>
- Moriarty, AS., Coventry, PA., Hudson, JL., Cook, N., Fenton, OJ., & Bower, P. (2019). The role of relapse prevention for depression in collaborative care: a systematic review. *Journal Affect Disorder*, 265, 618-644. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.105>

- Nezami, L., Alivandi Vafa, M., khademi, A., & Babapour Kheiroddin, J. (2020). Native Modeling of Psychosocial Vulnerability to Persistent Depression of Women: A Grounded Theory Study. *Women and Society Quarterly*, 12 (48), 53-65. (Persian). <https://doi.org/10.30495/jzv.2021.26520.3422>
- Nowrozi, M., Mikaili Mani, F., and Iszadegan, A. (2015). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness and acceptance therapy on reducing social anxiety disorder. *New Psychological Research Quarterly*, 11 (44), 1-34. (Persian). <https://civilica.com/doc/1619002/>
- O'moore KA, Newby JM, Andrews G, Hunter DJ, Bennell K, Smith J, & Williams AD. (2018). Internet Cognitive-Behavioral Therapy for Depression in Older Adults with Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial. *Arthritis care & research*, 70 (1), 61-70. <https://doi.org/10.1002/acr.23257>
- Raisi, M., Asgharnejad Farid, A., Jahan, F., & Moazedian, A. (2021). omparison The Effectiveness of Online Text Messenger-Based Cognitive-Behavioral Therapy and Telephone-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Persistent Depression Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 10(5), 140-150. (Persian). <https://www.magiran.com/paper/2312944?lang=en>
- Qamari Givi, H., Imani, H., Agh, A., Mohammadipour Rik, N., and Mehrabadi, S. (2011). Efficiency of computerized cognitive behavioral therapy versus clinical intervention for the treatment of major depression. *Koomesh Journal*, 13(2), 218-224. (Persian). <https://www.sid.ir/paper/36928/fa>
- Samadzadeh, A., Salehi, M., Banijamali, S.S., Ahadi, H. (2018). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with Mindfulness Training on Psychological Well-being in Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Psychological Science*. 17(68), 491-499. (Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1397.17.68.11.9>
- Selvi, U., Giftson, T. (2021). Mindfulness Practice in Social Work Education and Practice. *International Journal of Aquatic Science*, 12 (2), 673-678.
- Sharbatian, M. (2018). A study of the social health indicators of women in Ferdows city. *Khorasan Social Cultural Studies Quarterly*, 14 (1), 23-47. (Persian). <https://doi.org/10.22034/fakh.2020.177733.1320>
- Tao, H., Wang, C., Guo, G., & Guo, M. (2020). Comorbidity between neurotic depression and post-traumatic stress disorder (PTSD). *World Journal of Neuroscience*, 10 (3), 135-140. <https://doi.org/10.4236/wjns.2020.103015>
- Wu, Q., Li, J., Parrott, S., Lopez-Lopez, JA., Davies, SR., & Caldwell, DM. (2020). Costeffectiveness of different formats for delivery of cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review based economic model. *Value Health*, 23,1662-1670. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.07.008>