



A research synthesis of effective components of depression treatment to develop a web-based package

Ali. Fathi¹, Roya. Koochak Entezar*² & Fatemeh. Golshani³

1. PhD student in General Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

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

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

ARTICLE INFORMATION

ABSTRACT

Article type

Original research

Pages: 11-25

Corresponding Author's Info

Email:

Royakentezar@yahoo.com

Article history:

Received: 2022/08/18

Revised: 2022/12/11

Accepted: 2022/12/18

Published online:

2023/08/27

Keywords:

Depression, Intervention,
Research synthesis, Thematic
Analysis, Web-based
Application.

Background and Aim: Treating depression as one of the most common mental disorders has always been a challenge. The aim of this study was to thematically analyze depression and find related topics in order to develop a web-based treatment package. In this research, depression and its treatment have been studied from different aspects. **Methods:** In order to achieve this qualitative research goal, research synthesis and thematic analysis techniques have been used. After analyzing related articles, 114 Persian and English articles indexed in reliable scientific databases were targeted. **Results:** The results of the study showed that depression treatment contains eighteen sub-themes which are classified into 4 main themes. Sub-themes such as "behavior modification and adjustment, reward, behavioral activation, improvement of sleep quality" were categorized as behavioral components of depression. Another major theme was the cognitive component, which included problem solving skill, changing inefficient schemas, reducing rumination, challenging negative beliefs, decision-making skill, reducing self-criticism, fixing cognitive errors and mindfulness skill. Another main theme was related to the emotional component, which included three themes of strengthening of internal motivation, self-compassion and emotion regulation skill. Finally, the communication component was identified as the last main theme and included three components of empathy skill, effective communication skill and assertiveness skill. **Conclusion:** Based on the results of the thematic (theme) analysis that was done on 114 scientific research articles with the topic of depression, 4 main themes with 18 secondary primary themes were obtained to prepare the structure and content of depression intervention software.



This work is published under CC BY-NC 4.0 license.

© 2023 The Authors.

How to Cite This Article:

Fathi, A., Koochak Entezar, R., & Golshani, F. (2023). A research synthesis of effective components of depression treatment to develop a web-based package. *jayps*, 4(6): 11-25.



سنتز پژوهی مؤلفه‌های مؤثر بر درمان افسردگی جهت تهیه بسته درمانی مبتنی بر وب

علی فتحی^{۱*}، رویا کوچک انتظار^{۲*} و فاطمه گلشنی^۳

۱. دانشجوی دکتری رشته 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

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: پژوهشی صفحات: ۱۱-۲۵	زمینه و هدف: درمان افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی همواره امری چالش‌برانگیز بوده است. هدف از مطالعه‌ی حاضر تحلیل موضوعی افسردگی و یافتن مضامین مرتبط با آن به منظور تدوین بسته درمانی مبتنی بر وب بوده است. در این تحقیق افسردگی و درمان آن از جوانب مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. روش پژوهش: این پژوهش از نوع کیفی بوده و برای دستیابی به تبیین فوق از روش سنتزپژوهی و تکنیک تحلیل مضمون بهره گرفته شده است. به همین منظور پس از واکاوی و غربالگری مقالات مرتبط، ۱۱۴ مقاله فارسی و انگلیسی نمایه شده در پایگاه‌های معتبر علمی به صورت هدفمند مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج پژوهش حاکی از آن بوده که درمان افسردگی حاوی هجده مضمون فرعی می‌باشد که در چهار مضمون اصلی طبقه بندی می‌شوند. چهار مضمون فرعی اصلاح و تعدیل رفتار، پاداش، فعال سازی رفتاری و ارتقاء کیفیت و بهداشت خواب تحت عنوان مؤلفه رفتاری افسردگی دسته بندی شدند. مضمون اصلی دیگر بیانگر مؤلفه شناختی بود که شامل مهارت حل مساله، اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد، کاهش نشخوار فکری، اصلاح باورهای منفی، مهارت تصمیم‌گیری، کاهش خودانتقادگری، چالش با خطاهای شناختی و مهارت ذهن‌آگاهی بوده است. مضمون اصلی دیگر مربوط به مؤلفه هیجانی بود که شامل سه مضمون تقویت انگیزه‌های درونی، شفقت به خود و مهارت تنظیم هیجان بود و در نهایت مؤلفه ارتباطی به عنوان آخرین مضمون اصلی شامل سه مؤلفه مهارت همدلی و مهارت ارتباط موثر و مهارت جرات‌ورزی بوده است. نتیجه‌گیری: براساس نتایج تحلیل تماتیک (موضوعی) که بر روی ۱۱۴ مقاله علمی پژوهشی با موضوعیت افسردگی صورت گرفته، ۴ مضمون اصلی با ۱۸ مضمون اولیه فرعی برای تهیه ساختار و محتوای نرم‌افزار مداخله در افسردگی به دست آمد.
اطلاعات نویسنده مسئول ایمیل: Royakentezar@yahoo.com	
سابقه مقاله	
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۲۷	
تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۲۰	
تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۹/۲۷	
تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۶/۰۵	
واژگان کلیدی	
اپلیکیشن مبتنی بر وب، افسردگی، تحلیل موضوعی، سنتزپژوهی، مداخله.	

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

فتحی، علی، کوچک انتظار، رویا، و گلشنی، فاطمه. (۱۴۰۲). سنتز پژوهی مؤلفه‌های مؤثر بر درمان افسردگی جهت تهیه بسته درمانی مبتنی بر وب. مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان، ۴(۶): ۱۱-۲۵.

مقدمه

افسردگی^۱ یکی از ناتوان کننده‌ترین اختلال‌های روان پزشکی است. چنین اختلالی هر فردی را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. ویژگی اصلی اختلال‌های افسردگی این است که افراد ملالت یا غم توانگاهی را احساس می‌کنند (زتلی، ۲۰۰۷). دو مورد از علائم اصلی دوره افسردگی، غمگینی یا خلق افسرده و کاهش علاقه و لذت نسبت به بیشتر فعالیت‌ها است. علائم دیگر ممکن است شامل بی‌خوابی یا پرخوابی، کاهش یا افزایش بیش از حد وزن، احساس گناه یا بی‌ارزشی، خستگی، ناتوانی در تمرکز، مشکل در تصمیم‌گیری، کندی روانی-حرکتی یا بی‌قراری و افکار عودکننده درباره مرگ یا خودکشی باشد (لیهی، ۲۰۱۲). افرادی که علائم افسردگی دارند بیش از دیگران به بیماری‌های شایع جسمانی مبتلا می‌شوند. و حتی در حین انجام وظیفه، کارایی شان به علت ناتوانی در تمرکز، بازدهی کم و ناتوانی در ساماندهی کارها کاهش می‌یابد. متأسفانه ۷۶ درصد افراد مبتلا به افسردگی متوسط و ۶۱ درصد افراد مبتلا به افسردگی شدید، هرگز تحت درمان قرار نمی‌گیرند (لیهی، ۲۰۱۲). با شناسایی دقیق افسردگی و عوامل مداخله‌گر در آن، به منظور یافتن روش‌هایی کارآمد و موثر جهت کاهش یا رفع آن به چالش کشیده می‌شود. اگرچه تحقیقات در زمینه آسیب‌شناسی روانی ممکن است جالب و ارزشمند به نظر برسند، اما کمکی به آنهایی که رنج می‌برند نخواهند کرد، مگر این‌که به راهی عملی منجر شوند. به همین خاطر، رویکرد کلی در این پژوهش، به دست آوردن تعریفی دقیق از نشانه‌های رفتاری، شناختی و هیجانی افسردگی به منظور جمع‌بندی ارائه نتایج حاصله جهت تدوین بسته درمانی برای افراد درمان‌جو بوده است. مدل‌های رفتاری افسردگی ریشه در مدل شرطی‌سازی عامل فرست (۱۹۷۳) دارد. برطبق این مدل، افسردگی زنجیره‌ای از فقدان، کاهش یا عدم پاداش و ناتوانی در

کسب پاداش‌ها است. در مدل‌های رفتاری، افسردگی برحسب نوع ارتباط بین فرد و محیط در نظر گرفته می‌شود؛ یا به عبارت دیگر افسردگی معلول عدم دستیابی به تقویت‌کننده‌ها یا عدم وابستگی بین رفتارهای فرد و تقویت‌کننده‌ها می‌باشد. بنابراین براساس این دیدگاه افسردگی پدیده درون‌زادی تلقی نمی‌شود، بلکه بیشتر قسمتی از ارتباط بین شخص و محیط می‌باشد (زتلی، ۲۰۰۷). طبق نظریه یادگیری اجتماعی رفتار افسرده از طریق مشاهده، تقلید و تقویت آموخته می‌شود. در مدل‌های شناختی افسردگی، علائم شناختی، انگیزشی و جسمانی افسردگی یا از طریق افزایش تحریف‌ها ایجاد می‌شوند و یا از طریق سوگیری تحریف‌ها و سبک‌های فکری تداوم می‌یابند. آرون تی بک و همکارانش بر این باورند که فرد افسرده از نگرش منفی در مورد خود، جهان و آینده رنج می‌برد. به عبارتی بیمار بر این عقیده است که "من یک بازنده هستم"، "در این تجربه هیچ چیز ارزشمندی وجود ندارد" و "آینده پر از شکست است" (بک و آلفورد، ۲۰۰۸) سلیگمن و همکاران (۱۹۷۸) افسردگی را ناشی از خودانتقادگری و درماندگی پیامد الگوهای خاص انتظارات یا اسنادهایی دانستند که فرد آن‌ها را برای توجیه شکست خود ایجاد می‌کند. افسردگی نتیجه تمایل فرد برای اسناد دادن شکست به صفات درونی و پایدار (مثلاً ناتوانی) به جای اسناد دادن آن به صفات درونی اما ناپایدار (مثلاً تلاش نکردن) است. مدل درماندگی آموخته‌شده سلیگمن بعدها توسط آبرامسون و همکاران (۱۹۸۹) به مدل ناامیدی افسردگی تغییر پیدا کرد. برطبق مدل ناامیدی، علائم اختصاصی افسردگی (مثل بی‌انرژی بودن، فقدان رفتارهای هدفمند، عزت نفس پایین، افکار خودکشی و غمگینی) تا حدودی نتیجه تفسیرهای خاص افراد درباره رویدادهای ناخوشایند است (آبرامسون و همکاران، ۱۹۸۹)؛ هوکسما (۱۹۹۱) به جای تمرکز بر محتوای افکار، برسبک تفکر تاکید دارد.

1. Depression

آورده که می‌تواند ویژگی‌های تکنیک‌های شناختی-رفتاری را در قالب فرمت‌های کامپیوتری و مبتنی بر وب ارائه کند (وانتلند، ۲۰۰۴). در مطالعه ویتفیلد (۲۰۰۶) که در آن از یک بسته نرم‌افزاری جدید برای درمان افسردگی اساسی استفاده شد، کاهش معنی‌داری در نشانه‌های افسردگی بیماران مشاهده گردید (ویتفیلد، ۲۰۰۶). پیشرفت در مداخلات درمان شناختی-رفتاری اینترنت محور به هنگامی که فرد پشت یک رایانه می‌نشست، راه را برای شکل‌های جدیدی نظیر نرم‌افزارهای مبتنی بر گوشی‌های هوشمند هموار کرد. در سال ۲۰۰۷ که نخستین گوشی هوشمند مدرن به بازار عرضه شد، فرصت‌های تازه‌ای فراتر از برنامه‌های رایانه‌ای به وجود آمدند. این امر در بازبینی سیستماتیک دانکر (۲۰۱۳) از برنامه‌های گوشی‌های هوشمندی که سلامت روان را هدف قرار داده بودند مورد بررسی قرار گرفت. مزیت‌های این نوع برنامه‌ها شامل افزایش دسترسی به درمان و در نتیجه افزایش احتمال ادامه درمان، نگهداری مشارکت-کنندگان، قابلیت حمل و انعطاف‌پذیری، و همچنین امکان پیگیری فرآیند درمان و سایر اقدامات در زمان واقعی می‌باشد (دانکر، ۲۰۱۳). امروزه ابزار اصلی دسترسی کاربران به اطلاعات در اینترنت گوشی‌های هوشمند هستند. بنابراین، توسعه و تهیه نکردن برنامه‌های نرم‌افزاری درمان شناختی-رفتاری برای گوشی‌های هوشمند به معنای نادیده گرفتن سکویی است که مردم بخش عمده زمان آنلاین خود را در آن صرف می‌کنند، و احتمالاً در آینده نیز زمان بیشتری را در آن خواهند گذراند (اشنایدر، ۲۰۱۵). از آنجا که در کشورمان دسترسی عموم به این نرم‌افزارهای ساخته‌شده و به‌کاربندی آن‌ها امکان‌پذیر نمی‌باشد و خصوصاً اینکه چنین برنامه‌هایی به زبانی غیر از زبان فارسی تهیه شده‌اند، لذا ضروری می‌باشد تا با مطالعه پژوهش‌های متفرقه اما مرتبط با افسردگی به یافتن مدلی مفهومی از عوامل مؤثر در درمان آن برای ایجاد بستری جهت تدوین بسته درمانی مبتنی بر وب استفاده نمود. به همین منظور

او معتقد است افرادی که نشخوار فکری می‌کنند در افکارشان فرو می‌روند. تکرار افکار منفی این زمینه را فراهم می‌کند که افکار در ذهن فرد به دام بیفتند، دسترسی به محتوای منفی افکار افزایش یابد، خودکارآمدی کاهش یابد و تعداد راه‌حل‌ها و حل مساله خلاق محدود شود. سبک فکری نشخوارکننده احتمال ابتلا به افسردگی را بیشتر می‌کند. ولز (۲۰۰۹) مدل فراشناختی^۱ نشخوارفکری و افسردگی را مطرح نمود. نشخوارکننده‌های افسرده بر افکار مرتبط با عواطف منفی تمرکز می‌کنند و اعتقاد دارند نشخوار فکری به حل مسائل آن‌ها کمک می‌کند. این در حالی است که نشخوار فکری خود را غیرقابل کنترل ارزیابی می‌کنند. بنابراین نشخوارفکری منجر به رفتار افسرده‌ساز (اجتناب)، افکار افسرده‌ساز ("این اتفاق خیلی ناامیدکننده است") و خلق پایین (ناراحتی) می‌شود. سایر مدل‌های شناختی، افسردگی را ناشی از ناتوانی در استفاده از تفکر خودخواهانه یا خوددوست‌دارانه، تمرکز بیش‌از حد بر خود و منفعل بودن می‌دانند (لیهی، ۲۰۱۲). لوپنسون و همکاران (۱۹۸۴) رفتارهای بین‌فردی ناسازگارانه را عامل اصلی افسردگی می‌دانند. کلرمان و همکاران (۱۹۸۴) نیز افسردگی را ناشی از عملکرد نامناسب در روابط میان‌فردی، مانند تعارضات بین فردی و اتمام روابط ارزشمند می‌دانند. براساس این مدل، مشکلات ارتباطی در دوران کودکی مثل از دست دادن والدین و مانند آن و همچنین مشکلات بین فردی کنونی مثل تعارضات زناشویی و ... افسردگی را تسریع یا تشدید می‌کنند. چنانچه مطرح شد رویکردهای مختلف، عوامل مختلفی را در ایجاد و تداوم افسردگی دخیل می‌بینند و به همین علت نیز شاهد تنوع گسترده‌ای در شیوه‌ها و تکنیک‌های درمانی می‌باشیم.

به‌موازات شیوه‌های سنتی درمان افسردگی، استفاده گسترده از اینترنت فرصت‌های درمانی جدیدی را فراهم

پس از انتخاب هدفمند اسناد و غربالگری آن‌ها نمونه‌های نهایی انتخاب شدند. مراحل این تحلیل شامل تعیین ابتدایی تعاریف هر یک از مفاهیم و سازه‌های موضوع پژوهش و اعمال این تعاریف‌ها به هر پاراگراف از متون تخصصی تعیین شده برای تحلیل است. فرایند انجام این کار شامل کدگذاری اولیه، ایجاد طبقه‌ها و زیرطبقه‌ها و استخراج معنا می‌باشد. کدگذاری اولیه، به معنای بررسی سرعنوان‌ها، زیرعنوان‌ها و نکات اصلی متن و قراردادن آنها در طبقات دلبخواهی است. بعد از کدگذاری اولیه، طبقه‌های به دست آمده، در طبقات کلی تری تقلیل می‌یابند. به عبارتی دیگر، طبقه‌ها، طبقه بندی می‌شوند. هدف طبقه بندی مجدد طبقات به دست آمده، کاستن از تعداد طبقات از طریق گروه‌بندی طبقات مشترک در یکدیگر است. هدف از انجام این فرایند، طبقه بندی اولیه و طبقه‌بندی مجدد این طبقات و کسب معنا از پدیده مورد مطالعه و توصیف آن می‌باشد تا درک ما از آن پدیده افزایش یابد. در این پژوهش بر اساس ارتباط بیشتر منابع انتخاب شده با موضوع پژوهش، به صورت هدفمند، منبع انتخاب گردید تا جایی که مطالعه به حد اشباع رسید. از این طریق ابعاد و مؤلفه‌های الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر به دست آمده و پس از اینکه الگوی پیشنهادی با استفاده از روش کیفی تدوین شد، با استفاده از نظر متخصصان اعتبار یابی درونی گردید.

یافته‌ها

به منظور حصول اطمینان اولیه از نتیجه ارزیابی پیرامون هر مضمون، دو ملاک نیز به طور جداگانه بررسی گردید. ملاک اول وجود حداقل پنج پژوهش مرتبط با اثرگذاری و یا رابطه آن مضمون با افسردگی و ملاک دوم وجود حداقل یک بازه زمانی ۵ ساله پژوهش مرتبط برای آن مضمون بوده است. در خاتمه، پس از بررسی و تحلیل منابع ذکرشده، ۷۶ پژوهش انگلیسی و ۳۸ پژوهش فارسی به جدول دسته‌بندی مضامین راه یافتند.

در این پژوهش قصد برآن بوده که از طریق واکاوی پژوهش‌های مختلف صورت گرفته قبلی در حوزه افسردگی و درمان آن و جمع‌یافته‌های مطالعات به این سؤال پاسخ داده شود که چه مؤلفه‌هایی در درمان افسردگی مؤثر هستند؟

روش پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش، سنتز پژوهی است و در پی تلفیق یافته‌های پژوهش‌هایی است که در پاسخ به سؤال پژوهش مشترک هستند. رویکرد پژوهش از نوع کیفی و بر اساس فراترکیب چارچوبهای نظری و پژوهش‌های مرتبط پیشین است که با تحلیل مضمون و سپس فراترکیب از تحلیل‌های انجام شده همراه است. جامعه مورد مطالعه، مقالات و اسناد معتبر علمی نمایه شده و مرتبط در پایگاه‌های اطلاعاتی که در رابطه با موضوع افسردگی و درمان آن، به صورت کمی یا کیفی و از سال ۱۹۸۰ به بعد به چاپ رسیده‌اند. نمونه‌ها با روش هدفمند انتخاب شده و تا حد اشباع اطلاعاتی پیش رفته است. بدین ترتیب که ابتدا متن هر کدام از مقاله‌ها، جهت برداشت کلی و ارتباط آن به موضوع پژوهش یک بار به صورت اجمالی مطالعه شده و سپس به صورت مضمونی این واحدها تحلیل شده و کدگذاری گردیدند. چنان‌که واحد ثبت، به جای کلمه، جمله یا پاراگراف یا کل متن در نظر گرفته شد. با خواندن کل متن، هر کجا که به یک مضمون مرتبط با افسردگی اشاره شده بود، تحت عنوان جمله‌های کلیدی در جدول ثبت و کد به آن اختصاص داده شد. کدگذاری واحدهای معنایی را تا رسیدن به حد اشباع یعنی زمانی که دیگر کد جدیدی به دست نیاید ادامه داده و بعد از اتمام فرایند واحدهای تحلیل، این کدها بر اساس شباهت یا قرابتی که با یکدیگر داشتند مقوله بندی شده و در نهایت مضامین فرعی و اصلی از داده‌های کیفی استخراج گردید.

روش اجرا

تحلیل موضوعی (مضمون) استقرایی، منتهی به نتایجی است. گردید که در جدول زیر به صورت تفصیلی قابل مشاهده

جدول ۱. نتایج تحلیل مضمون عوامل و فرایندهای مرتبط با افسردگی و درمان آن

مضامین اصلی	مضامین فرعی	کد اولیه (مفهوم)	
مؤلفه رفتاری	اصلاح و تعدیل رفتار (کمبودها و بیش بودهای رفتاری)	کاهش رفتارهای اجتنابی کاهش رفتارهای انفعالی افزایش رفتارهای خودمراقبتی کاهش رفتارهای خودآسیب رسان و اعتیاد گونه منفی افزایش فعالیت بدنی بهبود و اصلاح تغذیه ورزش افزایش رفتارهای مثبت کاهش رفتارهای پر خاشگرانه جسمانی، کلامی و منفعلانه	
	پاداش	خودپاداش دهی تکالیف پاداش محور باز خورد مثبت ارتقا توانایی در کسب پاداش جستجوی پاداش ایجاد تقویت کننده	
	فعال سازی رفتارهای موثر و لذتبخش	برنامه ریزی فعالیت زمان بندی فعالیت	
	ارتقاء بهداشت و کیفیت خواب	محدودسازی خواب تغییر داروهای خواب آور نظم دهی ساعت خواب پرهیز از خواب روزانه تنظیم چرخه خواب محدودسازی مصرف محرک ها	
	مؤلفه شناختی	مهارت حل مساله	تعریف مساله مفهوم سازی مشکل ارزیابی موانع راه حل یابی انتخاب راه حل اجرای راه حل
		اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد	ایجاد طرحواره‌های انطباقی و سازگارانه شناسایی و چالش با طرحواره‌ها - طرحواره شکست شناسایی و چالش با طرحواره‌ها - طرحواره نقص و شرم شناسایی و چالش با طرحواره‌ها - طرحواره انزوای اجتماعی شناسایی و چالش با طرحواره‌ها - طرحواره بی ارزشی شناسایی و چالش با طرحواره‌ها - طرحواره بی اعتمادی شناسایی و چالش با طرحواره‌ها - طرحواره آسیب پذیری شناسایی و چالش با طرحواره‌ها - طرحواره معیارهای سختگیرانه
		کاهش نشخوار فکری	پذیرش افکار مزاحم تحمل بلا تکلیفی تحمل تعارض درونی

پذیرش واقعیت	
توجه برگردانی	
تغییر سبک اسنادی منفی	اصلاح باورهای منفی
تقویت باورهای معنوی	
تعیین ارزش‌های جدید	
پذیرش تردیدها و دوری از اطمینان طلبی	مهارت تصمیم‌گیری
تحلیل مزایا و معایب	
کمال‌گرایی افراطی	کاهش خود انتقادگری
حق اشتباه دادن به خود	
پذیرش اشتباه	
چالش با استانداردهای سختگیرانه	
بازسازی شناختی	چالش با خطاهای شناختی
شناسایی و چالش با خطاهای شناختی - برچسب زدن	
شناسایی و چالش با خطاهای شناختی - تاسف‌گرایی	
شناسایی و چالش با خطاهای شناختی - پیشگویی منفی	
شناسایی و چالش با خطاهای شناختی - شخصی‌سازی	
شناسایی و چالش با خطاهای شناختی - تفکر دوقطبی	
شناسایی و چالش با خطاهای شناختی - فاجعه‌سازی	
شناسایی و چالش با خطاهای شناختی - تعمیم افراطی	
تمرکز بر فعالیت‌های روزانه	مهارت ذهن آگاهی
جلوگیری از حواس پرتی	
حضور در لحظه	
مشاهده‌گری افکار و احساسات جاری	
آگاهی از حس‌های بدنی	
تعیین اهداف	تقویت انگیزه‌های درونی
ایجاد عادات رفتاری مرتبط با هدف	
انگیزه‌آفرینی	
پرورش احساس تسلط	
کشف یا تولید معنا	شفقت به خود
خودگویی‌های مثبت	
مسئولیت‌پذیری خویشتن	
تقویت اعتماد به نفس	
منشور حقوقی خویشتن	
شناسایی و نام‌گذاری هیجانات	مهارت تنظیم هیجان
معتبرسازی هیجانی	
تقویت هوش هیجانی	
مدیریت هیجانات - خشم و استرس و ...	
چالش با رنج و ناامیدی	
صمیمیت	مهارت همدلی
درک متقابل	
حمایت اجتماعی	
مسئولیت‌پذیری در رابطه	
تعامل سازنده	مهارت ارتباط موثر
پاداش دهی به دیگران	

مهارت‌های گفتاری و شنیداری	
پیوندجویی و برقراری رابطه	
خوش رفتاری عاطفی	
توجه	
همکاری	
ابراز احساسات	مهارت جرات ورزی
ارزش گذاری به خود و عزت نفس	
ابراز نیاز	
رفتار قاطعانه	
رفتار جراتمندانه	
ابراز وجود	

مهارت همدلی، مهارت ارتباط مؤثر و مهارت جرات‌ورزی بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه‌ی حاضر تحلیل موضوعی افسردگی و یافتن مضامین مرتبط با آن به منظور تدوین بسته درمانی مبتنی بر وب بوده است. براساس نتایج تحلیل تماتیک (موضوعی) که بر روی ۱۱۴ مقاله علمی پژوهشی با موضوعیت افسردگی صورت گرفته، ۴ مضمون اصلی با ۱۸ مضمون اولیه فرعی برای تهیه ساختار و محتوای نرم‌افزار مداخله در افسردگی به دست آمد. اولین مضمون اصلی شناسایی شده، مولفه رفتاری بود که شامل چهار مضمون اولیه بود؛ اصلاح و تعدیل رفتار، پاداش، فعال‌سازی رفتارهای مؤثر و لذت‌بخش و ارتقاء کیفیت و بهداشت خواب. مدل رفتاری افسردگی بر پیش‌بینی پذیری و کنترل نتایج مرتبط با رفتار تأکید می‌کند. افسردگی اغلب نتیجه رفتار منفعل، تکراری و غیرپاداش‌دهنده است. هدف درمان رفتاری این است که به‌طور تدریجی شدت و دفعات رفتارهای پاداش‌دهنده افزایش یابد. در این رویکرد تأکید اصلی بر رفتار بهتر است نه احساس بهتر (لویسون و همکاران، ۱۹۸۴).

اصلاح و تعدیل رفتار: اگرچه افسردگی عوامل زمینه‌ساز رفتاری مجزایی دارد، اما کمبودها و بیش‌بودهای رفتاری به‌طور کلی و عمده دربرگیرنده آن دسته از رفتارهایی هستند که شخص افسرده آنها را به کرات تکرار کرده

در مجموع ۱۸ مضمون اولیه شناسایی گردید که در ۴ مضمون اصلی طبقه بندی گردید. یکی از مضامین اصلی شناسایی شده، مولفه رفتاری بود که شامل چهار مضمون اولیه بود؛ اصلاح و تعدیل رفتار، پاداش، فعال‌سازی رفتارهای مؤثر و لذت‌بخش و ارتقاء کیفیت و بهداشت خواب. این مضمون بیانگر نقش مشکلات رفتاری یا عدم وجود برخی رفتارها در افزایش خطر افسردگی است. مضمون اصلی دیگر بیانگر مولفه شناختی بود که شامل ۸ مضمون اولیه بود؛ مهارت حل مساله، اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد، کاهش نشخوارفکری، اصلاح باورهای منفی، مهارت تصمیم‌گیری، کاهش خودانتقادگری، چالش با خطاهای شناختی و مهارت ذهن‌آگاهی. این مضمون اصلی، بیشترین مضامین اولیه را به خود اختصاص داد. با توجه به اینکه مضامین شناسایی شده از لحاظ مبانی نظری و جنبه عملکردی آن تا حدودی به توانایی و عملکرد شناختی افراد برمی‌گشت، تحت عنوان مولفه‌های شناختی قرار گرفتند. مضمون اصلی دیگر مربوط به مولفه هیجانی بود که شامل سه مضمون تقویت انگیزه‌های درونی، شفقت به خود و مهارت تنظیم هیجان بود. توانمندی هیجانی و برانگیختگی هیجانی از جمله دلایل مدنظری بود که باعث قرار گرفتن این مضامین در مولفه هیجانی بود. در نهایت مولفه ارتباطی به عنوان یک مضمون اصلی دیگر شناسایی شد که شامل سه مولفه

آن کاهش افکار افسرده‌ساز از طریق تمرکز بیمار بر روی فعالیت‌های دیگر خواهد بود (بک و همکاران، ۱۹۷۹).

ارتقاء کیفیت و بهداشت خواب: یکی از شایع‌ترین پیامدهای افسردگی بی‌خوابی و پرخوابی است. بی‌خوابی با افسردگی همبستگی بالایی دارد و می‌توان آن را با بهداشت خواب، شناخت درمانی برای بی‌خوابی یا درمان با محدودسازی خواب درمان کرد. پرخوابی در این بیماران را نیز می‌توان با برنامه‌ریزی فعالیت، استفاده از ساعت‌های زنگ‌دار، تغییر در مصرف داروهایی که باعث خواب‌آلودگی بیمار می‌شود و ... درمان نمود (لیهی، ۲۰۱۲).

مضمون اصلی دیگر بیانگر مولفه شناختی بود که شامل ۸ مضمون اولیه بود؛ مهارت حل مساله، اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد، کاهش شخوار فکری، اصلاح باورهای منفی، مهارت تصمیم‌گیری، کاهش خودانتقادگری، چالش با خطاهای شناختی و مهارت ذهن‌آگاهی. این مضمون اصلی، بیشترین مضامین اولیه را به خود اختصاص داد. با توجه به اینکه مضامین شناسایی شده از لحاظ مبانی نظری و جنبه عملکردی آن تا حدودی به توانایی و عملکرد شناختی افراد برمی‌گشت، تحت عنوان مولفه‌های شناختی قرار گرفتند. در درمان شناختی افسردگی، تمرکز بر افکار خودآیند، مفروضه‌های ناکارآمد و باورهای بنیادین یا طرحواره‌ها، مفهوم‌بندی مشکل و ارتباط سطوح سه‌گانه فکری با راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، و روابط کنونی می‌باشد (لیهی، ۲۰۱۲).

مهارت حل مساله: بیماران افسرده راه‌حل‌های جایگزین کمتری نسبت به افراد غیرافسرده فراهم می‌آورند و راه‌حل‌های جایگزینی که آنها فراهم می‌آورند نسبت به آن دسته از راه‌حل‌ها که افراد غیرافسرده تولید کرده‌اند، کمتر موثر است (مارکس و همکاران، ۱۹۹۲). دزوریل ریشه افسردگی را در فقدان مهارت‌های حل مساله می‌داند که منجر به تداوم و مشکلات معمولی و پیش‌پافتاده می‌شوند و در ایجاد ناامیدی نقش دارند. (دزوریل، ۲۰۰۹)

(همچون: شکوه و شکایت کردن، تماشای بی‌هدف تلویزیون و یا استفاده معتادگونه از اینترنت یا رسانه‌های جمعی، رفتار منفی یا تنبیه‌گر نسبت به خود و دیگران و ...) و یا رفتارهایی که شخص افسرده غالباً نقشه‌ای برای انجام آنها ندارد (همچون: توجه به اصول اولیه بهداشتی، پاداش دادن به دیگران، پیروی از رژیم غذایی مناسب، ورزش کردن، فعالیت‌های تفریحی و...). این مقوله همان‌گونه که در نخستین نظریه پردازشی‌های رفتاری پیرامون افسردگی مطرح گردیده بود، تحت عنوان خاموشی (گنجینه رفتاری در اثر تقویت ناکافی و نامتناسب با تلاش صرف‌شده به ضعف می‌گراید) یاد می‌شود. کاستلو (۱۹۷۲) چنین مطرح می‌نماید که تقویت‌کننده‌های کافی ممکن است در محیط وجود داشته باشند و فرد احتمالاً هنوز قادر به بهره‌گیری از آنها باشد، اما به دلایلی توان‌مندی خود را به‌عنوان تقویت‌کننده از دست داده‌اند.

پاداش: مدل نظری کنترل خویشتن، بر کژی‌های موجود در فرایندهای خودارزش‌گذاری و خودپاداش‌دهی تأکید می‌کند. افراد افسرده به‌طور گزینشی به جنبه‌های منفی خودشان و جهان توجه نشان می‌دهند. خودارزش‌گذاری براساس ضوابط سوگیری‌شده انجام می‌شود، ضوابطی که دستیابی به آنها بسیار سخت است، به‌گونه‌ای که پاداش‌ها به‌ندرت قابل اعطا هستند. روزنسکی و همکاران (۱۹۷۷) به کمک شواهد علمی، دریافتند که افراد افسرده و غیرافسرده به‌طور متفاوتی خودشان را تشویق می‌کنند.

فعال‌سازی رفتارهای موثر و لذت‌بخش: این تکنیک جهت فعالیت‌هایی به‌کار می‌رود که برای شخص افسرده خوشایند بوده و می‌توانند منجر به پاداش شوند اما وی به‌خودی‌خود اقدامی برای آنها انجام نمی‌دهد. پاداش می‌تواند درونی (مانند لذت یا احساس تسلط و موفقیت) یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) باشد. افزایش پاداش به بهبود احساسات فرد کمک می‌کند. همچنین نتیجه دیگر

تکنیک حل مساله برای کمک به فرد افسرده در خلاص شدن از فعالیت‌هایی که به نظرش دشوار و طاقت فرسا می‌آیند، بسیار مفید است. با توسعه مهارت حل مساله می‌توان به فرد کمک کرد تا ناکامی‌های خود را به عنوان مسائل قابل حل ببیند، نه عوامل برهم‌زننده لذت‌های زندگی. به همین خاطر لازم است ایشان را در شناسایی مشکل، جمع‌آوری اطلاعات، بارش فکری درباره راه‌حل‌های احتمالی، اولویت‌بندی راه‌حل‌ها، انتخاب یک راه‌حل و عملیاتی کردن راه‌حل انتخابی، ارزیابی نتایج حاصل از اجرای راه‌حل و در صورت لزوم اصلاح آن یاری کرد (لیهی، ۲۰۱۲).

اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد: طرحواره‌ها (گاهی باورهای بنیادین نامیده می‌شوند) به عنوان مدلی برای درک اختلال‌های روانی نیز در نظر گرفته می‌شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). اختلال‌های روانی با باورهای بنیادین منحصر به فردی در مورد خود و دیگران مرتبط هستند که باعث شکل‌گیری سبک‌های مقابله‌ای خاصی می‌شود. (مثلاً راهبردهای اجتنابی یا جبرانی) برای مثال افرادی که باورهای بنیادین مبنی بر بی‌مسئولیتی یا تنبلی دارند ممکن است از طریق تعیین استانداردهای بسیار بالا برای خود و دیگران در پی جبران برآیند و در صورت شکست در دستیابی به اهداف مطلوب منجر به آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر افسردگی می‌شود. (لیهی، ۲۰۱۲) ابعاد خاصی از پرسشنامه طرحواره یانگ که شامل شرمساری، نقص، خودگردانی نابسند، شکست در دستیابی و انزوای اجتماعی است، با افسردگی مرتبط هستند. (مکبرید و همکاران، ۲۰۰۷)

کاهش نشخوار فکری: ولز مدل فراشناختی نشخوار فکری و افسردگی را مطرح کرد. نشخوارکننده‌های افسرده بر افکار مرتبط با عواطف منفی تمرکز می‌کنند و اعتقاد دارند نشخوار فکری به حل مسائل آن‌ها کمک می‌کند. این در حالی است که نشخوار فکری خود را غیر قابل کنترل ارزیابی می‌کنند. بنابراین نشخوار فکری منجر به رفتار افسرده ساز و خلق پایین می‌شود. این واکنش‌های

ناکارآمد هم به نوبه خود نشخوار فکری را تشدید می‌کنند (ولز، ۲۰۰۶). اصلاح باورهای منفی: از جمله عناصر اصلی در نظریه شناختی بک در خصوص اختلال‌های خلقی، وجود افکار خوداینده منفی است. خوداینده به دلیل حضور بی‌مقدمه آن‌ها که از قرار معلوم به واسطه رویدادها (و نه لزوماً فکر هدایت‌شده) برانگیخته می‌شوند. آن‌ها بی‌واسطه و اغلب موجه به نظر می‌رسند، به این معنی که غالباً فرد این افکار را بدون تجزیه و تحلیل، به عنوان واقعیت می‌پذیرد. در اثر این افکار، خلق دچار اختلال می‌شود و افکار و تصورات بیشتری ذهن را پر می‌کنند که مارپیچ فرورونده‌ی یاس را سبب می‌شود (کلارک و همکاران، ۱۹۹۷). مهارت تصمیم‌گیری: معمولاً فقدان انگیزه، ناامیدی و خودانتقادگری، مشکل در تصمیم‌گیری را به دنبال دارند. افراد افسرده معمولاً می‌ترسند تصمیمی بگیرند که منجر به شکست شود. شکستی که از منظر این بیماران پذیرفته شده نیست؛ البته تصمیم نگرفتن خودش یک تصمیم است (لیهی، ۲۰۱۲).

کاهش خودانتقادگری: یکی از شکل‌های خودانتقادگری، احساس عدم شایستگی است. این نوع از خودانتقادگری معمولاً با ناامیدی و احساس حقارت رابطه دارد. شکل دیگر خودانتقادگری به نرفت از خود مرتبط است. (گیلبرت، ۲۰۰۹) بسیاری از بیماران افسرده خود را به خاطر ابتلا به افسردگی سرزنش می‌کنند و چنین جملاتی را در ارتباط با خود بیان می‌کنند: "من نباید افسرده باشم" یا "من باید بتوانم مشکلاتم را به تنهایی حل کنم". بیمار در یک حلقه شناختی گرفتار می‌شود. از طرفی "من افسرده هستم زیرا دائم خود را به خاطر افسردگی سرزنش می‌کنم" و از طرف دیگر "من باید خود را سرزنش کنم چرا که من افسرده هستم." از دیگر ویژگی‌های بالینی افراد افسرده، افکار خودانتقادگرایانه افراطی است "من یک بازنده‌ام" یا "من یک شکست خورده‌ام" که بسترساز و تداوم‌بخش سسایر علائم افسردگی از قبیل نشخوار فکری و ناامیدی محسوب می‌شود (لیهی، ۲۰۱۰).

تکنیک حل مساله برای کمک به فرد افسرده در خلاص شدن از فعالیت‌هایی که به نظرش دشوار و طاقت فرسا می‌آیند، بسیار مفید است. با توسعه مهارت حل مساله می‌توان به فرد کمک کرد تا ناکامی‌های خود را به عنوان مسائل قابل حل ببیند، نه عوامل برهم‌زننده لذت‌های زندگی. به همین خاطر لازم است ایشان را در شناسایی مشکل، جمع‌آوری اطلاعات، بارش فکری درباره راه‌حل‌های احتمالی، اولویت‌بندی راه‌حل‌ها، انتخاب یک راه‌حل و عملیاتی کردن راه‌حل انتخابی، ارزیابی نتایج حاصل از اجرای راه‌حل و در صورت لزوم اصلاح آن یاری کرد (لیهی، ۲۰۱۲).

اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد: طرحواره‌ها (گاهی باورهای بنیادین نامیده می‌شوند) به عنوان مدلی برای درک اختلال‌های روانی نیز در نظر گرفته می‌شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). اختلال‌های روانی با باورهای بنیادین منحصر به فردی در مورد خود و دیگران مرتبط هستند که باعث شکل‌گیری سبک‌های مقابله‌ای خاصی می‌شود. (مثلاً راهبردهای اجتنابی یا جبرانی) برای مثال افرادی که باورهای بنیادین مبنی بر بی‌مسئولیتی یا تنبلی دارند ممکن است از طریق تعیین استانداردهای بسیار بالا برای خود و دیگران در پی جبران برآیند و در صورت شکست در دستیابی به اهداف مطلوب منجر به آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر افسردگی می‌شود. (لیهی، ۲۰۱۲) ابعاد خاصی از پرسشنامه طرحواره یانگ که شامل شرمساری، نقص، خودگردانی نابسند، شکست در دستیابی و انزوای اجتماعی است، با افسردگی مرتبط هستند. (مکبرید و همکاران، ۲۰۰۷)

کاهش نشخوار فکری: ولز مدل فراشناختی نشخوار فکری و افسردگی را مطرح کرد. نشخوارکننده‌های افسرده بر افکار مرتبط با عواطف منفی تمرکز می‌کنند و اعتقاد دارند نشخوار فکری به حل مسائل آن‌ها کمک می‌کند. این در حالی است که نشخوار فکری خود را غیر قابل کنترل ارزیابی می‌کنند. بنابراین نشخوار فکری منجر به رفتار افسرده ساز و خلق پایین می‌شود. این واکنش‌های

می‌پذیریم (لینهان، ۲۰۱۴). بدیهی است فرد ذهن آگاه با حضور در لحظه حال، ذهن خود را از تاسف‌گرایی گذشته و بدبینی نسبت به آینده مصون نگاه می‌دارد.

مضمون اصلی دیگر مربوط به مولفه هیجانی بود که شامل سه مضمون تقویت انگیزه‌های درونی، شفقت به خود و مهارت تنظیم هیجان بود. توانمندی هیجانی و برانگیختگی هیجانی از جمله دلایل مدنظری بود که باعث قرار گرفتن این مضامین در مولفه هیجانی بود. براون و هریس (۱۹۸۷) با تاکید بر تجربه نومیدی چنین بیان می‌نمایند که وقایع مربوط به فقدان شخص را ناامید می‌کنند و عوامل آسیب‌پذیری عزت‌نفس او را پایین می‌آورند. درد و رنج حاصل از این پاسخ افراطی به فقدان شکل بیمارگونه افسردگی به خود می‌گیرد و این سیکل همچنان ادامه پیدا می‌کند. آلوی و آبرامسون (۱۹۹۵) نیز ناامیدی را به عنوان عامل اصلی در بروز افسردگی ذکر کردند. افسردگی به دنبال از دست دادن منبع مهم ارزش شخص و عزت‌نفس رخ می‌دهد و این زمانی است که شخص در چرخه خودگردانی گرفتار می‌آید که در آن هیچ پاسخی برای گسستن از اختلاف بین حالت واقعی موجود و حالت مطلوب وجود ندارد. در نتیجه فرد گرفتار یک الگوی مداوم "توجه متمرکز بر خود" می‌شود که باعث افزایش عاطفه منفی، تحقیر نفس و احساس بی‌ارزشی، نارسایی‌های کارکردی و یک سبک تمرکز بر خود افسرده‌ساز می‌شود. (پیزچنسکی و گرینبرگ، ۱۹۹۱)

از دیدگاه ساختگرایی دیالکتیکی، افسردگی شامل اختلال هیجانی "خود" است و شامل از دست دادن حس سرزندگی خود و توانایی برای سازمان‌دهی به طریقی انعطاف‌پذیر است. اشخاص افسرده به‌جای تجربه خود به صورت قوی، سرزنده و شاد خود را به‌صورت ضعیف، آسیب‌دیده و سزاوار سرزنش در نظر گرفته و در برابر مشکلات با عزت‌نفس بسیار پایین واکنش نشان می‌دهند. به دلیل فعال شدن خاطرات هیجانی مربوط به مصیبت‌های بزرگ، شکست‌ها، خوارشدگی‌ها یا

چالش با خطاهای شناختی: مطابق نظریه شناختی بک، یکی از عناصر درزمینه اختلال‌های خلقی، خطاهای منطقی منظم است که در فکر افراد افسرده وجود دارد. خطاهای منطقی متعددی تاکنون مشخص شده‌اند (اگرچه در مفهوم دارای همپوشی متقابل هستند) همچون: استنباط اختیاری (مثلاً دوستم به تلفن جواب نمی‌دهد، او حتماً بیرون رفته و مشغول خوش‌گذراندن است)، تعمیم افراطی (مثلاً همیشه این اتفاق برای من می‌افتد)، انتزاع‌گزینی (مثلاً این تعریف‌های قشنگی که می‌کند بی‌ربط است، انتقادهای گهگاهی او نشان می‌دهد که واقعاً درباره من چی فکر می‌کند)، بزرگ‌نمایی (مثلاً اگر به این جلسه دیر برسم همه آن‌ها فکر خواهند کرد که من به‌درد این کار نمی‌خورم)، کوچک‌نمایی (مثلاً احترام رییس به من به این دلیل بود که سرحال بود)، شخصی‌سازی (هنگامی که فردی امور ناخوشایند را به خود نسبت دهد، درحالی که شواهد برخلاف آن است. مثلاً همه‌اش تقصیر من است)، تفکر دوقطبی (مثلاً اگر او مرا ترک کند می‌میرم) (کلارک و همکاران، ۱۹۹۷).

مهارت ذهن‌آگاهی: در افسردگی خفیف، فرد به نشخوارفکری درمورد مسائل منفی می‌پردازد و اکثر اوقات احساس‌هایی مثل ملال، تحریک‌پذیری و خشم را تجربه می‌کند، درحالی که برای خود متاسف و غصه‌دار است و به گرفتن اطمینان خاطر از دیگران شدیداً نیازمند می‌باشد. افرادی که افسردگی خفیف را تجربه می‌کنند، درمورد گذشته مشغله ذهنی دارند و به آینده بدبین هستند. (کلارک و همکاران، ۱۹۹۷) ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. (کابات زین، ۱۹۹۰) ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره آن‌چه اتفاق می‌افتد. یعنی تجربه محض بدون توضیح (سگال و همکاران، ۲۰۰۲) وقتی که ذهن‌آگاه هستیم، جریان هر لحظه را به همان صورتی که می‌آید و می‌رود

افزایش اندروفین و اکسی‌توسین در ارتباط هستند (گیلبرت، ۲۰۰۹).

مهارت تنظیم هیجان: تنظیم هیجان فرآیندی است که از طریق آن افراد می‌توانند بر این که چه هیجان‌هایی داشته باشند، هم‌چنین زمان و نحوه تجربه ابراز هیجان‌ها تأثیر بگذارند. افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، از راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی برای تنظیم هیجان‌های خود استفاده می‌کنند (تامپسون، ۲۰۰۷) به‌طور کلی، تنظیم هیجان سازه‌ای است که تصور می‌شود تأثیر زیادی بر سلامت روانی و جسمانی دارد و در سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی نقش مهمی دارد. اسمیت و آریگو (۲۰۰۹) چنین بیان می‌کنند که تنظیم هیجان‌های نیرومند، تلویحات مهمی برای سلامتی به ویژه در بین افراد دارای بیماری‌های مزمن دارد. به نحوی می‌توان گفت که تنظیم هیجان شکل خاصی از خودنظم‌بخشی است (تیس و برتس‌لاوسکی، ۲۰۰۰) و آموزش تنظیم هیجان با آگاه نمودن افراد از هیجان‌های مثبت و منفی و پذیرش و کنار آمدن موثر با آن‌ها می‌تواند سلامت روان آن‌ها را ارتقا بخشد (دیمف و کومر، ۲۰۰۷). در آموزش تنظیم هیجان بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌شود که کاربرد آن‌ها منجر به پذیرش مشکلات هیجانی، پرورش سبک زندگی سالم، انجام عمل مخالف در برابر هیجان‌های منفی شده که در نهایت به تسهیل تغییرات منجر می‌شود. همچنین آموزش تنظیم هیجان با تشویق آن‌ها برای در نظر گرفتن اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش روزانه و تمرین‌هایی جهت مقابله با خشم، احساس گناه و ... می‌تواند راهبردهای مقابله‌ای موثری را در اختیار آن‌ها قرار دهد (لینهان، ۲۰۰۰).

در نهایت مولفه ارتباطی به عنوان آخرین مضمون اصلی شناسایی شد و شامل سه مولفه همدلی، مهارت ارتباط موثر و مهارت جرات‌ورزی بود. براساس مدل پاداش بین‌فردی کوین، افراد افسرده در یک حلقه معیوب به‌دام می‌افتند. به این صورت که ابتدا شروع به شکوه و شکایت از

مورد غفلت واقع شدن‌ها خود به صورت ناامید، درمانده، بی‌کفایت و ناامن سازمان یافته‌است. این خاطرات عمومی از تجربیات قبلی زندگی افراد نشات می‌گیرد و اغلب مربوط به سال‌های شکل‌گیری آن‌ها است. هنگامی که این خاطرات فعال شوند این خودسازماندهی‌های مبتنی بر هیجان‌ها، ظرفیت افراد را چه از نظر پردازش و چه از نظر تنظیم تجربه هیجانی‌شان کاهش می‌دهد (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۵).

تقویت انگیزه‌های درونی: بیماران افسرده اغلب از بی‌انگیزگی شکایت می‌کنند و بر این باور هستند که "من انگیزه انجام هیچ کاری را ندارم و به تنهایی از پس هیچ چیزی بر نمی‌آیم." به طور کلی برای کمک به این بیماران باید آن‌ها را در شناسایی اهداف و ایجاد زندگی بهتر (زندگی بالارزش) یاری کنیم. تمرکز اصلی این روش بر اهداف، انتخاب و توانایی تحمل برخی ناملازمات به همراه ایجاد عادات رفتاری صحیحی که بیمار را به اهدافش نزدیک‌تر کند (لیهی، ۲۰۱۲). شفقت به خود: پرورش شفقت و مهربانی نسبت به خود و دیگران به عنوان راهی برای ارتقاء بهزیستی در طول هزاران سال مورد توجه سنت‌های شرقی بوده‌است. (لیتون، ۲۰۰۳) دالای لاما (۱۹۹۵) شفقت را حساس بودن نسبت به درد و رنج خود و دیگران همراه با تعهدی عمیق نسبت به تلاش برای رفع آن تعریف نموده است. نف (۲۰۰۳) یکی از پیشروان پژوهش درباره شفقت نسبت به خود، سه مولفه اصلی را به این منظور معرفی نموده است: گشوده و توجه آگاه بودن نسبت به درد و رنج شخصی خود، مهربان بودن با خود و نه خودمحکوم‌گری، آگاهی از درمیان گذاشتن تجربه‌های درد و رنج با دیگران به جای احساس شرم و تنهایی. احساس مورد مراقبت قرار گرفتن، پذیرفته شدن و داشتن احساس تعلق و وابستگی به دیگران برای بلوغ فیزیولوژیکی و بهزیستی ما اهمیتی اساسی دارد. (سیگل، ۲۰۰۷) این موارد با انواع خاص عاطفه مثبت که موجب بهزیستی‌اند و مشخصات عصبی-هورمونی

پاسخهای هیجانی مشاهده شده‌ای به هیجان درک شده دیگران تعریف کرده‌اند. همدلی عاطفی در ارتباط با برخی برانگیختگی‌های هیجانی است که در رویارویی با بدبختی افراد و تجاربی که قبلاً رخ داده است تجربه می‌شود. در حالی که همدلی شناختی مربوط به درک ذهنی از بدبختی شخص دیگری بدون داشتن تجربه قبلی می‌باشد. به طور کلی می‌توان گفت همدلی، ظرفیت بنیادین افراد است که به تنظیم روابط، حمایت از فعالیت‌های مشترک و انسجام گروهی کمک می‌کند.

مهارت ارتباط موثر: افسردگی معمولاً با نقص یا مشکلاتی در رفتار اجتماعی مرتبط است. به همین منظور لازم است مهارت‌های اجتماعی از قبیل تعاملات مناسب، آراستگی، مهارت‌های گفتاری و شنیداری، توانایی پاداش‌دهی به دیگران، مسئولیت‌پذیری در روابط و تمایل به تنبیه یا سرزنش دیگران مدنظر قرارگیرد (لیهی و همکاران، ۲۰۱۲). زمانی که ارتباط با مشکل مواجه می‌شود، باید این مشکل را در دو منبع اطلاعاتی یعنی فرستنده و گیرنده پیام جستجو کرد (گورنی، ۱۹۷۷). آموزش مهارت‌های ارتباطی در بیمارانی که روابطشان دچار مشکل شده بسیار حائز اهمیت است. لازم است مهارت گوش کردن فعال و مهارت‌های گفتاری موثر مثل تصحیح جملات و ابراز احساسات به بیمار آموزش داده شود (باکوم و اپستین، ۱۹۹۰). مهارت‌های ارتباط موثر به بیماران کمک می‌کنند تا روابط جدید ایجاد کنند. روابط کنونی را نیرومند کنند و با موقعیت‌های تعارض‌برانگیز کنار بیایند. در همین خصوص لینهان (۲۰۱۴) بر کسب ماهرانه اهداف، ایجاد روابط و پایان دادن به روابط مخرب و میانه‌روی تأکید می‌کند.

جرات‌ورزی: رفتار جرات‌مندانه به رفتاری اشاره دارد که فرد برای محافظت از حقوق خود در مقابل دیگران بروز می‌دهد. ابراز خواسته‌ها و آرزوها، بیان احساسات و نظرات، رد درخواست‌هایی که فرد تمایلی به انجام آن‌ها ندارد، درخواست کردن از دیگران و اجازه

همه‌کس و همه‌چیز می‌کنند تا از این طریق بتوانند توجه و اطمینان دیگران را جلب کنند. بعداز جلب توجه دیگران همچنان به این عمل خود ادامه می‌دهند تا توجه بیشتری دریافت کنند، غافل از این‌که ادامه این عمل منجر به طرد آن‌ها از جانب دیگران خواهدشد که این خود باعث کاهش کسب پاداش و حمایت اجتماعی و صحه‌گذاشتن بر شواهد خودپنداره منفی این افراد می‌شود. از آنجایی که افسردگی شکایت کردن، درخواست یاری و اطمینان‌طلبی را افزایش می‌دهد دیگران این رفتارها را آزارنده می‌دانند و یا از افراد افسرده دور می‌شوند یا با انتقادهای خود آن‌ها را تنبیه می‌کنند. این واکنش‌های منفی توسط دیگران به افسردگی بیشتر و تداوم چرخه می‌انجامد. در نتیجه مدل‌های رفتاری که بر ماهیت بین‌فردی افسردگی تأکید دارند بر کاهش شکوه و شکایت‌های بیمار و افزایش رفتارهای بین‌فردی مثبت (مثلاً به جای شکایت کردن از دیگران به آنها پاداش بدهند) تمرکز دارند. نظریه بین‌فردی افسردگی یک رویکرد شناختی رفتاری محسوب نمی‌شود و مبتنی بر مدل روان‌تحلیلی اجتماعی هاری استک سالیوان درمورد آسیب‌شناسی روانی است.

مهارت همدلی: کلارک و همکاران (۲۰۰۹) بر این اعتقادند که اشخاص افسرده کمتر حس همدلانه و انگیزه نوع‌دوستی دارند. تحقیقات گسترده‌ای که در زمینه همدلی صورت گرفته‌اند، حاکی از این هستند که همدلی به‌عنوان یک ظرفیت مهم برای نشان دادن رفتار سازگار و کارآمد در تعاملات اجتماعی، در ارتباط با اختلالات روان‌شناختی و روش‌های درمان آن‌ها نیز نقش به‌سزایی دارد. به‌عقیده وزن، پیوتروسکی و والکنبورگ همدلی، یکی از توانایی‌های هیجانی مهم است و نقش مهمی در رشد سلامت روان و عملکرد بهینه دارد. همدلی دارای ساختاری چندبعدی، متشکل از ابعاد عاطفی و شناختی است. محققان در مطالعات اولیه خود بر همدلی، عمدتاً بر ماهیت عاطفی آن، تأکید کرده‌اند و آن را به‌عنوان

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

تشکر و قدردانی

درخاتمه مراتب سپاسگزاری خود را از تمامی اساتید و پژوهشگرانی که با پژوهش‌های قبلی خود راه را جهت انجام این پژوهش کیفی هموار نمودند، اعلام می‌داریم.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

- Abela, J. R. Z & Hankin, B. L. (2008). Cognitive Vulnerability to depression in children and adolescents. A developmental psychopathology perspective In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds), Handbook of depression in children and adolescents . The Guilford Press.
- Azad-Khaneghah, P., Neubauer, N., Miguel Cruz, A., & Liu, L. (2020). Mobile health app usability and quality rating scales: a systematic review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 0(0).
- Berk, M.; Sarris, J.; Coulson, C.E. & Jaka, F.N. (2013). Lifestyle management of unipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Brettschneider, C.; Djadran, H.; Härter, M.; Löwe, B.; Riedel-Heller, S. & König, H.-H. (2015). Cost-Utility Analyses of Cognitive- Behavioral Therapy of Depression: A Systematic Review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1).
- Deady, Mark; Kay-Lambkin, Frances.; Teesson, Maree & Mills, Katherine. (2014). Developing an integrated, Internet-based self-help programme for young people with depression and alcohol use problems
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*, 58, 43-51.
- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M.-R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for smarter delivery of mental

سوءاستفاده‌ندادن به دیگران نمونه‌هایی از رفتارهای جرات‌مندانه محسوب می‌شوند (اشپیگلر، ۲۰۱۰). بین ابراز وجود و افسردگی همبستگی منفی بالایی برخوردار است. در واقع ابراز وجود یک ویژگی مثبت است که با وجود آن فرد به سمت یک شخصیت سالم بدون عقده سوق یافته و در سوی دیگر عدم جرات‌مندی و قاطعیت فرد را به سمت افسردگی سوق می‌دهد. فرد غیر قاطع هرگز از خود راضی نیست و زندگی را برای خویش سخت می‌سازد (معین و همکاران، ۲۰۰۶).

از جمله محدودیت‌های پژوهش، می‌توان به عدم امکان نظارت دقیق بر یادگیری و تمرینات افراد، عدم امکان بسط نتایج به بیماران با افسردگی شدید و عدم توجه به زمینه افسردگی افراد و تیپ شخصیتی ایشان اشاره نمود. در خاتمه پیشنهاد می‌گردد، با توجه به دوره‌های انتظار مراجعین در مراکز روان‌شناختی و سازمان‌های خدمات اجتماعی که گاهی بسیار طولانی می‌باشد، می‌توان به منظور پر کردن شکاف بین تماس اولیه و شروع روان درمانی، از مداخله افسردگی مبتنی بر وب، به‌عنوان درمان اصلی یا درمان مکمل در طول دوره‌های انتظار استفاده نمود. ضمن آن‌که در مناطق محروم و دورافتاده‌ای که ارائه خدمات سلامت روان در آن‌ها وجود ندارد، استفاده از چنین نرم‌افزارهایی می‌تواند بسیار موثر واقع گردد و همچنین با توسعه آن در سایر حوزه‌های سلامت روان و درمان دیگر اختلالات از جمله اضطراب، وسواس و ... طیف وسیع‌تری از درمان‌جویان تحت پوشش قرار گیرند. نکته مهم دیگر که براساس نظرسنجی از شرکت‌کنندگان ضروری به نظر می‌رسید امکان بهره‌گیری از خدمات پشتیبانی ۲۴ ساعته و فضایی جهت تبادل تجربیات در محیط اپلیکیشن بود تا افراد مبتلا به افسردگی با انگیزه بالاتری مراحل درمانی را طی نمایند و با به‌اشتراک گذاشتن تجربیات مثبت خویش فضایی پویا، مثبت و موثر را برای خود و دیگران به‌وجود آورند.

موازن اخلاقی

- Sickness Absence: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical internet research*.
- Todder, D., Caliskan, S., & Baune, B. T. (2006). Night locomotor activity and quality of sleep in quetiapine-treated patients with depression. *Journal of clinical psychopharmacology*, 26(6), 638-642.
- R. & Mc Ghee, E.M. (2004). The effectiveness of Web-based vs. non-Web based interventions: A meta-analysis of behavioral change outcomes. *Journal of Medical Internet Res.*
- Whitfield, G.; Hinshelwood R; Pashely, A; Campsie, L & Williams, C. (2006). The impact of a novel computerized CBT CD Rom (overcoming depression) offered to patients referred to clinical psychology. *Behavior Cognitive Psychotherapy*. 34.
- Wright, J.H.; Wright, A.S. Albano A.M.; Basco, M.R.; Goldsmith, L.J.; Raffield T. & Otto, M.W. (2005). Computer-assisted cognitive therapy for depression: Maintaining efficacy while reducing therapist time. *Am J Psychiatry*. 162.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 137-147.
- health programs: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11).
- Francis, J., Cross, D., Schultz, A., Armstrong, D., Nguyen, R., & Branch-smith, C. (2020). and wellbeing in young people with cystic fibrosis.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Hoffmann, F., Banzhaf, C., Kanske, P., Gärtner, M., Bermpohl, F., & Singer, T. (2016). Empathy in depression: egocentric and altercentric biases and the role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 199, 23-29.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior therapy*, 44(3), 501-513.
- Leahy, Robert L. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*, 2nd Ed. New York: Guilford Press.
- Lipschitz J, Miller CJ, Hogan TP et al (2019) Adoption of mobile apps for depression and anxiety: cross-sectional survey study on patient interest and barriers to engagement. *JMIR Ment Health* 6(1):e11334.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of affective disorders*, 71(1-3), 19-27.
- Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M.-R., Whitton, A.E., Parker, G., Manicavasagar, V., Hadzi-Pavlovic, D., 2013. Impact of a mobile phone and web program on symptom and functional outcomes for people with mild-to-moderate depression, anxiety and stress: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 13(1).
- Rubeis, G. (2020). E-mental health applications for depression: an evidence-based ethical analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.
- Rupke, S. J., Blecke, D., & Renfrow, M. (2006). Cognitive therapy for depression. *American Family Physician*, 73(1), 83-86.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's (2007). *Synopsis of Psychiatry/ Behavioral Sciences/ Clinical psychiatry*. 10 The Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock V, Kaplan H. Translated by Rezaee F. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences*. 1st Edition, Arjmand: Tehran, 2008.
- Till Beiwinkel, Tabea Eißing, Nils-Torge Telle, Elisabeth Siegmund-Schultze & Wulf Rössler, (2017), Effectiveness of a Web-Based Intervention in Reducing Depression and