

Research Paper

Designing and Validating a Model for Coping with Depression in Second-Year High School Students

Mohammadreza Noroozi Homayoon¹, Nader Heidari Raziabad², Esmaeil Sadri Damirchi³,
Mahdi Jafari Moradlo⁴

1- Ph.D. Student in Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2- Ph.D. Student in Educational Management, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

3- Professor, Department of Counseling, Faculty of Education Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

4- Master of Family Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology. University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Received: 2023/10/21

Revised: 2024/02/20

Accepted: 2024/02/23

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/jpmm.2024.32628.3877

Keywords:

Designing, validation, model for coping with depression, students of the second year of high school, Ardabil city

Abstract

Background and purpose: The purpose of this research was to design and validate the model of dealing with depression in second year high school students of Ardabil city.

Methods: The research was applied in terms of purpose, mixed in nature and exploratory in terms of execution method. In the qualitative part, semi-structured interview and data base theory have been used. The statistical population of the qualitative section was university professors in the field of school and family counseling, 15 of whom were selected theoretically. The statistical population in the quantitative section was all 500 secondary school teachers of Ardabil city, and according to Cochran's formula, 217 of them were selected by stratified random sampling. The data were organized in the form of 172 open codes, 139 concepts, 14 categories and 6 classes based on a systematic approach after going through a continuous process of open, central and selective coding.

Findings: The findings showed that the research pattern under the categories of physical health, characteristics and individual differences, environmental and social factors, comfort facilities, depression and its symptoms, psychological training, therapeutic approaches, drug therapy, spiritual health development, physical health maintenance, mental health management, activities Social, individual consequences and social consequences were categorized and fit in terms of validation ($p < 0.05$).

Conclusion: The results showed that several factors can play a role in reducing depression, each of which has an important role in the prevention and treatment of depression and its symptoms, and can ultimately lead to various personal and social outcomes in students

Citation: Noroozi Homayoon M, Heidari Raziabad N, Sadri Damirchi E, Jafari Moradlo M. Designing and validating a model for coping with depression in second-year high school students. Journal of Psychological Methods and Models 2024; 14 (54): 61-82.

*Corresponding author: Nader Heidari Raziabad

Address: Ph.D. Student in Educational Management, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Tell: 09145361003

Email: naderhdi6261@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

The student community is a huge part of our country's population. Due to the fact that this group is at a sensitive age, they may undergo many changes psychologically and physically, which may lead to irreparable problems if not paid attention to (1). One of the problems and mental disorders that threaten the student society is depression (2). According to the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association (2013), depressive disorder is defined as a mental problem in which a person experiences persistent deep and persistent distress and decreased interest in all activities for a period of at least two weeks. Depression as a mood disorder is characterized by a decrease in energy, feelings of guilt, problems in concentration, anorexia, thoughts of death and suicide (3).

Materials and Methods

Due to the fact that the results of this research can be directly used, therefore, the current research was applied in terms of purpose and mixed (qualitative and quantitative) in terms of the nature of the data. In terms of the implementation method, the research was exploratory. The research method in the qualitative part was a semi-structured interview and the implementation of the foundation data method, and in the quantitative part, the structural equation model method was used. The qualitative statistical population of the research was university professors and experts in the field of school and family counseling in Ardabil province. In this research, to select the sample for the qualitative part of the work, purposive sampling, which is one of the non-probability sampling methods, was used. The sample size of the qualitative part was 15 university professors in the consulting field of Ardabil province. The total number of secondary school teachers in Ardabil city in the academic year 1402-1401 was around 500. Therefore, the size of the statistical population was 500 people, and based on Cochran's formula, 217 people were selected as the statistical sample size of the

quantitative part based on stratified random sampling. In order to analyze the questions in the first stage, the structural codes were collected by three methods of open coding, axial coding and selective coding, and in the second stage, due to checking the fit of the model obtained from the first stage, according to the non-normal distribution of the data using the partial least squares method. And PLS and bootstrapping techniques were used in Smart PLS software.

Findings

The obtained data sets were organized in the form of 172 open codes, 139 concepts, 14 categories and 6 classes based on a systematic approach, after a continuous process of open, central and selective coding. The findings of the research show the pattern of dealing with depression in second year high school students of Ardabil city under the categories of physical health, characteristics and individual differences, environmental and social factors, comfort facilities, depression and its symptoms, psychological training, therapeutic approaches, drug therapy, spiritual health development, physical health maintenance, mental health management, social activities, individual consequences and social consequences were categorized and fit in terms of validation ($p < 0.05$).

Discussion

Individual characteristics and differences, including genetic and age factors, lack of overweight, gender, self-efficacy, childhood competence, marital status play an important role in depression. Environmental and social factors, including loneliness, daily life stress, and social support have an important influence on increasing or decreasing the likelihood of developing depression. Amenities such as recreation, exercise, and access to health care can have an important impact in preventing depression. Psychological trainings that are mostly preventive, such as: stress management skills and change in negative beliefs, emotion regulation training, anger control, problem solving management, etc., can play an effective role in reducing and preventing depression. Therapeutic

approaches also play a significant role in reducing depression and its symptoms. Therapeutic drugs can also bring significant improvement in people suffering from depression with proper prescription and supervision by experts. Paying attention to the spiritual aspects of life can improve people's mood and reduce depression. Paying attention to maintaining physical health can also play an important role in reducing the possibility of depression. Mental health management can also play an important role in preventing depression and improving people's mental condition. Participating in social activities can help improve people's mood and reduce depression.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.



مقاله پژوهشی

طراحی و اعتباریابی الگوی مقابله با افسردگی در دانش آموزان دوره دوم متوسطه

محمد رضا نوروزی همایون^۱، نادر حیدری رضی آباد^۲، اسماعیل صدری دمیچی^۳ مهدی جعفری مرادلو^۴

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲- دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳- استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۴- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: هدف از انجام این تحقیق طراحی و اعتباریابی الگوی مقابله با افسردگی در دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردبیل بود.

روش: تحقیق از لحاظ هدف کاربردی، از نظر ماهیت داده ها آمیخته و از نظر شیوه اجرا اکتشافی بود. در بخش کیفی، از مصاحبه نیمه ساختاریافته و نظریه داده بنیاد استفاده شده است. جامعه آماری بخش کیفی اساتید دانشگاهی و صاحب نظران حوزه مشاوره مدرسه و خانواده بودند که تعداد ۱۵ نفر از آنها بر اساس اصل اشباع نظر به صورت نظری هدفمند انتخاب شدند. جامعه آماری در بخش کمی نیز کلیه دبیران دوره دوم متوسطه شهر اردبیل به تعداد ۵۰۰ بودند که مطابق فرمول کوکران ۲۱۷ نفر از آنها بر اساس روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه محقق ساخته منتج از مفاهیم پالایش شده به دست آمده از کدهای اولیه بودند. مجموعه داده های به دست آمده بعد از طی فرآیند مستمر کدگذاری های باز، محوری و انتخابی در قالب ۱۷۲ کد باز، ۱۳۹ مفهوم، ۱۴ مقوله و ۶ طبقه بر اساس رویکرد سامان مند سازمان دهی شدند.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان می دهد الگوی مقابله با افسردگی در دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردبیل تحت مقولات سلامت جسمانی، ویژگی و تفاوت های فردی، عوامل محیطی و اجتماعی، امکانات رفاهی، افسردگی و علائم آن، آموزش های روانشناختی، رویکردهای درمانی، دارو درمانی، توسعه سلامت معنوی، حفظ سلامت جسمانی، مدیریت سلامت روانی، فعالیت های اجتماعی، پیامدهای فردی و پیامدهای اجتماعی دسته بندی و از نظر اعتباریابی برازش شدند ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که عوامل متعددی (علی، راهبردی، زمینه ای و مداخله گر) می توانند در کاهش افسردگی نقش داشته باشند که هر یک از این موارد در پیشگیری و درمان افسردگی و علائم آن نقش مهمی دارند و در نهایت می توانند منجر به پیامدهای فردی و اجتماعی گوناگونی در دانش آموزان گردد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۲۹

تاریخ داوری: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۰۴

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/jpmm.2024.32628.3877

واژه های کلیدی:

طراحی، اعتباریابی، الگوی مقابله با افسردگی، دانش آموزان دوره دوم متوسطه، شهر اردبیل

* نویسنده مسئول: نادر حیدری رضی آباد

نشانی: دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

تلفن: ۰۹۱۴۵۳۶۱۰۰۳

پست الکترونیکی: naderhdi6261@gmail.com

مقدمه

جامعه دانش‌آموزی بخش عظیمی از جمعیت کشور ما را تشکیل داده است. به علت اینکه این گروه در سنین حساسی هستند ممکن است از نظر روان‌شناختی و جسمانی دچار تغییرات زیادی شوند که در صورت عدم توجه منجر به مشکلات غیرقابل جبرانی شود (۱) که یکی از مشکلات و اختلال‌های روانی که جامعه دانش‌آموزی را تهدید می‌کند افسردگی است (۲). تخمین زده می‌شود که شیوع مادام‌العمر آن در سطح بین‌المللی ۱۰/۸ درصد بوده (۴) و میزان شیوع افسردگی در دهه‌های کنونی در حدود ۱۷/۲ تا ۱۸/۴ درصد برآورد شده است (۵). بررسی‌ها نشان می‌دهند، تقریباً ۲۵ درصد از نوجوانان حداقل تا ۱۸ سالگی یک دوره افسردگی را تجربه می‌کنند (۶). در ایران نیز میزان شیوع اختلال افسردگی ۰/۸۱ درصد گزارش شده است (۷). در این دوران به دلیل تغییرات در سیستم عصبی هورمونی، عصبی و خلقی، جسمی، روانی و اجتماعی میزان افسردگی نیز به طرز چشمگیری در این دوره رشدی افزایش می‌یابد (۸)؛ بنابراین، شیوع این اختلال روانی در بین دانش‌آموزان به یک نگرانی تبدیل شده است (۹)؛ به طوری که امروزه افسردگی به دومین بیماری جدی و شایع دنیا تبدیل شده است (۱۰)؛ بنابراین، اختلال افسردگی بیماری مزمن و ناتوان‌کننده‌ای است که شمار بسیاری از افراد را در سراسر جهان تحت تأثیر خود قرار داده است (۱۱). در صورت عدم درمان افسردگی در همان سنین کودکی یا نوجوانی، این اختلال اغلب با اختلالات اضطرابی یا اختلالات مصرف مواد همراه است (۱۲). با توجه به پیامدهای منفی زیادی که با افسردگی نوجوانان همراه است، لازم است پژوهشگران تلاش کنند درک بهتری از عوامل دخیل در ایجاد و تشدید نشانه‌های این اختلال، حاصل کنند (۱۳)؛ چرا که درک و شناسایی نشانگان افسردگی به منظور درک بهتر جنبه‌های این اختلال و انجام مداخلات درمانی مؤثر اهمیت بسیاری دارد (۱۴). مطابق با ویراست پنجم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱ (۲۰۱۳) اختلال افسردگی به منزله یک مسئله روانی تعریف شده است که در آن شخص به گونه‌ای پایدار ناراحتی عمیق و مداوم و علاقه کاسته شده‌ای را در تمام فعالیت‌ها برای دوره‌ای حداقل دوهفته‌ای تجربه می‌کند (۱۵). افسردگی به منزله یک اختلال خلقی با کاهش انرژی، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود (۳). از دیگر نشانه‌های افسردگی می‌توان علائمی مانند خلق پایین، ناامیدی و تغییرات در چرخه خواب‌و بیداری و اشتها را نام برد (۱۶). افسردگی در نوجوانی و

گروه‌های سنی بالاتر ممکن است با علائم شناختی و فیزیکی مانند مشکلات حافظه و خستگی همراه باشد و به دلیل تداخل علائم با سایر بیماری‌ها ممکن است تشخیص و درمان آن دشوارتر باشد (۱۷-۱۹). عوامل خطر برای علائم افسردگی در میان نوجوانان شامل سطوح پایین درآمد، سابقه افسردگی، قرار گرفتن در معرض بدرفتاری در دوران کودکی و یا مورد سوءاستفاده قرار گرفتن، مورد تبعیض نژادی/قومی قرار گرفتن در طول زندگی است و این عوامل خطر احتمالاً با یکدیگر ارتباط متقابل دارند (۲۰)؛ بنابراین، با توجه به خطراتی که افسردگی می‌تواند در افراد به‌ویژه در نوجوانان ایجاد کند لازم است ضمن شناسایی نشانه‌های افسردگی، عوامل اثرگذار بر افسردگی نیز شناسایی گردند، که یکی از عواملی که می‌تواند در واکنش‌های خلقی و هیجانی متفاوت افراد نقش داشته باشد ویژگی‌های شخصیتی و روان‌شناختی (همچون تاب‌آوری، خودکارآمدی، انعطاف‌پذیری شناختی و سبک‌های اسنادی) آنان است (۲۱، ۲۲) که البته ویژگی‌های شخصیتی یک مفهوم انتزاعی است که مجموعه‌ای از ویژگی‌های رفتاری، افکار، ادراک، انگیزش و هیجان افراد را تشکیل می‌دهد و موجب تفاوت‌های فردی میان افراد می‌گردد (۲۳). این ویژگی‌ها به‌صورت پایدار بر عملکرد افراد تأثیر گذاشته و می‌تواند آسیب‌پذیری افراد را در برابر اختلالات گوناگون تغییر دهد (۲۴، ۲۵). صادقی نژادعلم آباد، بلوری و شهرکی (۱۴۰۲) نشان دادند که افزایش شاخص توده بدن، نسبت دور کمر به دور باسن و نسبت دور کمر به قد و کاهش مصرف سلنیوم، منیزیم و ویتامین دی می‌تواند با افزایش بروز افسردگی در ارتباط داشته باشد (۲۶). راضی‌رودی و همکاران (۱۴۰۰) نیز نشان دادند که بیماری‌های دیابتی در بروز افسردگی تأثیر گذار بوده و تشدیدکننده آن است (۲۷). همچنین، پژوهش‌هایی نیز که در آن پژوهش‌ها به بررسی تأثیر مداخلات و راهبردها در جهت کاهش افسردگی پرداخته است و شامل پژوهش‌هایی همچون جانی، سروری، محسنی زاده و سادات کاتبی (۱۴۰۲) است که نشان دادند آموزش خود مراقبتی در بهبود اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آرتروز صدری مؤثر است (۲۸). رضاپور، رادفر، حقیقی و علی نژاد (۱۴۰۲) نشان دادند که معنا درمانی مبتنی بر مکتب فرانکل می‌تواند در بهبود افسردگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش مؤثر باشد (۲۹). ایران‌دوست، نامداری، سماواتیان و عابدی (۱۴۰۲) نشان دادند که درمان مبتنی بر تاب‌آوری و ذهن آگاهی برای کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی، از جمله مشکلات خلقی و اضطرابی، افسردگی و فرسودگی شغلی، در افراد کمک می‌کند (۳۰). ویسی، اسماعیل‌زاده قندهاری و ابراهیمی (۱۴۰۲)

¹ Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5

از نمونه‌گیری نظری قضاوتی (هدفمند) که از روش‌های نمونه‌گیری غیراحتمالی است استفاده شد. مفهوم نمونه‌گیری هدفمند که در پژوهش‌های کیفی به کار می‌رود، بدین معناست که پژوهشگر افراد و مکان مطالعه را از این رو، برای مطالعه انتخاب می‌کند که می‌تواند در فهم مسئله پژوهش و پدیده محوری مطالعه مؤثر باشد (۳۴). کفایت نمونه‌گیری در انجام مصاحبه‌ها بر اساس اشباع و تکرارپذیری داده‌های جمع‌آوری شده تحقق یافت. لذا، حجم نمونه بخش کیفی تعداد ۱۵ نفر از اساتید دانشگاهی حوزه مشاوره استان اردبیل بودند. جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. در راستای اجرای پژوهش یک هفته پیش از مصاحبه، عنوان و هدف پژوهش برای اساتید تشریح شد. مسائل اخلاقی در این پژوهش شامل اطمینان از رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش و ضبط محتوای مصاحبه‌ها و همچنین، حق انصراف از پژوهش در تمامی مراحل پژوهش به مشارکت‌کنندگان رعایت شد. جامعه آماری در بخش کمی کلیه دبیران دوره دوم متوسطه شهر اردبیل بودند. تعداد کل دبیران دوره دوم متوسطه شهر اردبیل در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ به تعداد ۵۰۰ نفر بودند که براساس فرمول کوکران ۲۱۷ نفر براساس روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به عنوان حجم نمونه آماری بخش کمی انتخاب شدند. نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بهترین روش جهت کنترل واریانس داده‌ها است. جهت تجزیه و تحلیل سؤالات در مرحله اول، کدهای ساختاری به سه روش کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی جمع‌آوری شدند و در مرحله دوم نیز به دلیل بررسی برازش مدل به دست آمده از مرحله اول، با توجه به توزیع غیرنرمال داده‌ها از روش حداقل مربعات جزئی و روش‌های پی‌ال‌اس^۳ و بوت استرپینگ^۴ در نرم‌افزار Smart PLS استفاده شد.

نتایج

بعد از تحلیل کیفی صورت گرفته که منجر به شناسایی کدهای اولیه شد، این کدها با توجه به شباهت و سنخیت داده‌ها، در چند مقوله دسته‌بندی شدند و در نهایت مقوله‌ها نیز در طبقات ویژه‌ای قرار گرفتند.

داده‌ها بعد از تحلیل مستمر و کدگذاری‌های باز، محوری و انتخابی، در قالب ۱۷۲ کد باز، ۱۳۹ مفهوم، ۱۴ مقوله و ۶ طبقه (شرایط علی، شرایط محوری، راهبردها، شرایط مداخله‌گر، شرایط زمینه‌ای و پیامدها) سازمان‌دهی شدند. در واقع این داده‌ها، معیارهای مقابله با افسردگی در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه

نشان دادند که فعالیت‌های اجتماعی و حضور افراد در جمع جوانان نقش مؤثری در کاهش علائم افسردگی داشته است (۳۱). الستی و عاشوری (۱۴۰۲) نشان دادند که آموزش برنامه ارتباط بدون خشونت سبب بهبود افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان با آسیب شنوایی شد (۳۲). مجیدی نژاد، پیرمرادی و زاهدی تجریشی (۱۴۰۲) نشان دادند که تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای^۲ توانست وضعیت عاطفی افراد مبتلا به اختلال افسردگی را با کاهش شدت عاطفه منفی، بهبود بخشد (۳۳). با توجه به اهمیت دوران نوجوانی و مشکلات عدیده‌ای که افسردگی و عواقب رفتاری در نوجوانان مانند ناتوانی در تنظیم هیجانی، پرخاشگری و خودجرعی در نوجوانان افسرده مساله ساز است که ضروری است با بکارگیری مداخله بهنگام از پیشروی علائم آسیب شناختی، هیجانی، روانی و رفتاری جلوگیری شود. افزون بر این می‌توان بیان نمود آنچه مسلم است این است که نوجوانان به دلیل تغییرات تحولی و رشدی سریع رشدی و تحولی نسبت به گروه‌های سنی دیگر، مستعد تغییرات خلقی هستند که در صورت بی‌توجهی می‌تواند عواقب زیان‌باری را در پی داشته باشد. پس لازم دانسته شد تا در این پژوهش به شناسایی و دسته‌بندی مجموعه عواملی که می‌توانند منجر به کاهش افسردگی شوند پرداخته شود که از این راه یک منبع نسبتاً جامع در زمینه مقابله با افسردگی را پدید آوریم و همچنین، از این راه یکی از مهم‌ترین مسائل دوران نوجوانی که امروزه نیز در میان دانش‌آموزان نیز شایع است تا حدی کنترل شده و از راه مداخلات مؤثر در پیشگیری و کاهش این مشکل گامی اساسی برداشته باشیم؛ بنابراین، این پژوهش با هدف طراحی و اعتباریابی الگوی مقابله با افسردگی در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردبیل انجام شد.

مواد و روش‌ها

هدف این پژوهش طراحی و اعتباریابی الگوی مقابله با افسردگی در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه می‌باشد. با توجه به اینکه از نتایج این پژوهش مستقیماً می‌توان استفاده کرد لذا، این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت داده‌ها آمیخته (کیفی و کمی) بود. از نظر شیوه اجرا هم پژوهش از نوع اکتشافی بود. روش پژوهش در بخش کیفی، از نوع مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و اجرای روش داده بنیاد بود و در بخش کمی از روش مدل معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد. جامعه آماری کیفی پژوهش اساتید دانشگاهی و صاحب‌نظران حوزه مشاوره مدرسه و خانواده استان اردبیل بودند. در این پژوهش برای انتخاب نمونه بخش کیفی کار،

⁴ Bootstrapping

² Transcranial direct current stimulation (TDCS)

³ PIs

شهر اردبیل را نمایان کرده و الگوی جدیدی در این راستا پدیدار شد.

مرحله نخست: کدگذاری باز

نتایج حاصل از بررسی داده‌ها و مفهوم‌یابی عبارات در جدول شماره ۱ ارائه شده است. این جدول خلاصه‌ای از تمامی کدهای اولیه است که در پژوهش مشاهده شده و سعی شده است از درج

کدهای تکراری و یا کدهایی که مفاهیم مشترک بسیار نزدیکی با یکدیگر دارند پرهیز گردد. در فرآیند کدگذاری سعی شده است تا جای امکان از مفاهیمی که خود مصاحبه‌شوندگان مطرح کرده‌اند استفاده شود، اما در مواردی که با توجه به مفهوم ارائه شده این امکان وجود نداشت از مفاهیم فنی ادبیات و مرور سوابق و پژوهش‌های گذشته استفاده شد.

جدول ۱- فهرست مجموعه کدهای اولیه مستخرج از داده‌ها

ردیف	کدهای اولیه	ردیف	کدهای اولیه
۱	فعالیت بدنی	۸۷	مدیریت خشم
۲	ورزش ایروبیک	۸۸	ماساژ بازتابی کف پا
۳	الگوی کوتاه‌مدت درمانگری چندبعدی معنوی (SMP)	۸۹	درمان متمرکز بر خود-شفقتی
۴	مداخله روان‌شناختی مثبت	۹۰	درمان شناختی رفتاری کلاسیک
۵	مقدار خواب	۹۱	مشکلات تفکر، تمرکز و تصمیم‌گیری
۶	رفتاردرمانی شناختی- رفتاری	۹۲	تمرینات ذهن آگاهی و بازخورد زیستی-آرام سازی
۷	مصرف ویتامین D	۹۳	ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی
۸	ورزش‌های ایستگاهی و مهارتی	۹۴	رویکرد بومی روان‌شناسی وحدت مدار
۹	یوگای خنده	۹۵	کنترل بلوغ
۱۰	آموزش ذهن آگاهی کودک محور	۹۶	مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری
۱۱	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۹۷	عزت‌نفس بالا در فرد
۱۲	مهاجرت	۹۸	درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور
۱۳	تمرین هوازی	۹۹	مقابله با بیماری قلبی
۱۴	نبود درد	۱۰۰	فقدان لذت
۱۵	رفاه	۱۰۱	ورزش
۱۶	آموزش مهارت‌های حل مسئله	۱۰۲	آموزش حل مسئله
۱۷	تقویت توانمندی‌ها	۱۰۳	ژن
۱۸	ایجاد اوقات فراغت	۱۰۴	طرحواره درمانی گروهی
۱۹	ایجاد معنا به زندگی	۱۰۵	نبود دیابت
۲۰	معنا درمانی فرانکل به شیوه گروهی	۱۰۶	خودکارآمدی
۲۱	ماساژ درمانی	۱۰۷	هیپنوتراپی شناختی
۲۲	فرهنگ	۱۰۸	میل به خودکشی
۲۳	روایت درمانی	۱۰۹	مراقبت مذهبی- معنوی
۲۴	آموزش هوش معنوی	۱۱۰	نبود فشارخون
۲۵	قصه درمانی شناختی-رفتاری	۱۱۱	معنا درمانی گروهی
۲۶	آموزش ذهن مشفق	۱۱۲	روان‌شناسی مثبت‌گرا
۲۷	گفتاردرمانی	۱۱۳	سن
۲۸	عدم مصرف الکل	۱۱۴	دینورفین
۲۹	خستگی مفرط	۱۱۵	الگوی بالینی خلاقیت درمانی
۳۰	مداخلات هنر درمانی	۱۱۶	مدل مراقبت مشارکتی
۳۱	درمان شناختی رفتاری	۱۱۷	طرحواره درمانی
۳۲	مقابله با قرض و بدهی	۱۱۸	حرکت‌درمانی
۳۳	نبود اضافه‌وزن	۱۱۹	انجام فعالیت‌های خوشایند
۳۴	سایکودرام	۱۲۰	درمان فعال‌ساز رفتاری

حمایت اجتماعی	۳۵	مقابله با سرطان	۱۲۱
اضطراب بالا	۳۶	اختلالات خواب	۱۲۲
وضعیت تأهل	۳۷	افزایش کیفیت زندگی	۱۲۳
رضایت شغلی	۳۸	مقابله با ام اس	۱۲۴
خوش بینی	۳۹	تحریک الکتریکی مستقیم مغز (TDCS)	۱۲۵
رضایت از زندگی	۴۰	رویارویی با شاخصه‌های علمی شادی	۱۲۶
آموزش توان بخشی شناختی	۴۱	مشاوره گروهی رشد مدار	۱۲۷
آموزش بهزیستی روان شناختی	۴۲	روش آموزش توجه	۱۲۸
مصرف کربوهیدرات‌ها	۴۳	آموزش شوخی گرایی	۱۲۹
مداخله مبتنی بر مدل خود خاموشی	۴۴	آموزش تن آرامی	۱۳۰
امیدواری در فرد	۴۵	بازی درمانی کودک محور	۱۳۱
شعر خوانی	۴۶	آموزش مهارت‌های زندگی	۱۳۲
درمان فراتشخیصی یکپارچه	۴۷	نبود زوال عقل	۱۳۳
ورزش منظم	۴۸	شناخت درمانی گروهی	۱۳۴
مرگ و میر و فقدان	۴۹	آموزش شکوفایی	۱۳۵
آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی	۵۰	درمان هیجان محور	۱۳۶
ورزش درمانی	۵۱	احساس بی‌ارزشی و گناه	۱۳۷
آموزش مهارت‌های شناختی	۵۲	آموزش تنظیم هیجانی	۱۳۸
درمان فراشناختی	۵۳	برنامه آموزشی پیشگیری از خودکشی مبتنی بر SOS	۱۳۹
تمرینات یوگا	۵۴	شعر درمانی گروهی	۱۴۰
سلامت عملکرد قلب و عروق	۵۵	مقابله با روان پویشی	۱۴۱
راهبردهای شناختی- رفتاری آموزش	۵۶	درمان شناختی- رفتاری گروهی	۱۴۲
مدیریت استرس			
توانایی کار کردن	۵۷	جنسیت	۱۴۳
کاهش قدرت تمرکز	۵۸	درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی	۱۴۴
دوپامین	۵۹	آموزش کاهش استرس	۱۴۵
بهبود مواجهه با سختی‌ها	۶۰	آموزش قبل از عمل	۱۴۶
رویکردهای درمانی یکپارچه نگر	۶۱	طرحواره درمانی هیجانی	۱۴۷
کمبود انرژی	۶۲	واقعیت درمانی فردی	۱۴۸
آوای قرآن	۶۳	موسیقی درمانی	۱۴۹
بهزیستی درمانی گروهی	۶۴	درمان گروهی فراشناختی	۱۵۰
درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم	۶۵	ساختن هیجان مثبت در فرد	۱۵۱
آموزه‌های قرآنی	۶۶	دعا	۱۵۲
معنویت درمانی گروهی	۶۷	گروه درمانی وجودی	۱۵۳
ماساژ استروک	۶۸	آموزش روانی	۱۵۴
مصرف مکمل اسیدهای چرب امگا-۳	۶۹	روان درمانی تحلیلی گروهی	۱۵۵
روان درمانی شناختی- رفتاری	۷۰	حمایت اجتماعی شوهران	۱۵۶
آموزش مثبت نگری	۷۱	وجود آوای طبیعت	۱۵۷
درمان شناختی رفتاری مذهبی	۷۲	معنا درمانی	۱۵۸
درمان مرور زندگی	۷۳	مصرف استروئیدها	۱۵۹
هیپرکورتیزولمی	۷۴	مدیریت استرس	۱۶۰
کتاب درمانی	۷۵	فعالیت‌های روانی- حرکتی	۱۶۱
نوروتروفین‌ها	۷۶	آینده‌نگری	۱۶۲
آموزش دلگرمی	۷۷	تخلیه هیجانی احساسات با نگارش کتبی	۱۶۳
شایستگی دوران کودکی	۷۸	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۶۴

شفقت درمانی	۱۶۵	تعاملات اجتماعی روزمره	۷۹
آموزش مدیریت استرس	۱۶۶	مداخله‌ی التقاطی	۸۰
شادکامی	۱۶۷	درمان نوروفیدبک	۸۱
گروه‌درمانی با رویکرد روان‌نمایشگری	۱۶۸	آموزش ذهن آگاهی	۸۲
امید درمانی	۱۶۹	خودتنظیمی	۸۳
برنامه آموزش شادی	۱۷۰	کاهش اشتها	۸۴
شخصیت	۱۷۱	نبود بیماری‌های تنفسی	۸۵
روایت درمانی گروهی	۱۷۲	انس با قرآن	۸۶

مرحله دوم: کدگذاری محوری

مداخله‌گر، پیامدها و راهبردها تشریح می‌شوند. کدگذاری محوری الگوی مقابله با افسردگی در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردبیل در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

هدف از این مرحله تعیین ارتباط بین مقوله‌های ایجاد شده در مرحله کدگذاری باز است. در این مرحله تمام مقوله‌ها حول یک محور متمرکز می‌شوند، شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط

جدول ۲- کدگذاری محوری الگوی مقابله با افسردگی در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردبیل

شناسه	مفاهیم	کدگذاری محوری
sj1	نبود بیماری‌های تنفسی	سلامت جسمانی
sj2	نبود درد	
sj3	نبود دیابت	
sj4	نبود زوال عقل	
sj5	سلامت عملکرد قلب و عروق	
sj6	نبود فشار خون	
sj7	مقدار خواب	
rd1	حرکت درمانی	رویکردهای درمانی
rd2	درمان شناختی رفتاری	
rd3	درمان فراتشخیصی یکپارچه	
rd4	درمان فراشناختی	
rd5	درمان فعال‌ساز رفتاری	
rd6	درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی	
rd7	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
rd8	درمان متمرکز بر خود-شفقتی	
rd9	درمان مرور زندگی	
rd10	درمان نوروفیدبک	
rd11	درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم	
rd12	درمان هیجان محور	
rd13	روان‌درمانی تحلیلی گروهی	
rd14	روان‌شناسی مثبت‌گرا	
rd15	روایت درمانی	
rd16	رویکرد بومی روان‌شناسی وحدت مدار	
rd17	رویکردهای درمانی یکپارچه نگر	
rd18	سایکودرام	
rd19	ماساژ درمانی	
rd20	شفقت درمانی	

rd21	شناخت درمانی گروهی	
rd22	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
rd23	طرحواره درمانی	
rd24	قصه درمانی شناختی-رفتاری	
rd25	کتاب درمانی	
rd26	گروه درمانی با رویکرد روان نمایشگری	
rd27	گروه درمانی وجودی	
rd28	گفتار درمانی	
rd29	الگوی بالینی خلاقیت درمانی	
rd30	الگوی کوتاه مدت درمانگری چندبعدی معنوی (SMP)	
rd31	مداخلات هنر درمانی	
rd32	مداخله مبتنی بر مدل خود خاموشی	
rd33	مداخله‌ی التقاطی	
rd34	امید درمانی	
rd35	بازی درمانی کودک محور	
rd36	معنا درمانی	
rd37	معنویت درمانی گروهی	
rd38	موسیقی درمانی	
rd39	واقعیت درمانی فردی	
rd40	یوگای خنده	
hs1	تمرین هوازی	حفظ سلامت جسمانی
hs2	تمرینات یوگا	
hs3	فعالیت بدنی	
hs4	عدم مصرف الکل	
hs5	مقابله با بیماری قلبی	
hs6	مقابله با سرطان	
hs7	ورزش	
dd1	مصرف استروئیدها	دارو درمانی
dd2	تحریک الکتریکی مستقیم مغز	
dd3	دوپامین	
dd4	دینورفین	
dd5	مصرف کربوهیدرات‌ها	
dd6	مصرف مکمل اسیدهای چرب امگا-۳	
dd7	نوروتروفین‌ها	
dd8	هیپرکورتیزولمی	
dd9	مصرف ویتامین D	
af1	اضطراب بالا	افسردگی و علائم آن
af2	کمبود انرژی	
af3	خستگی مفرط	
af4	اختلالات خواب	
af5	فقدان لذت	
af6	کاهش اشتها	
af7	کاهش قدرت تمرکز	
af8	میل به خودکشی	

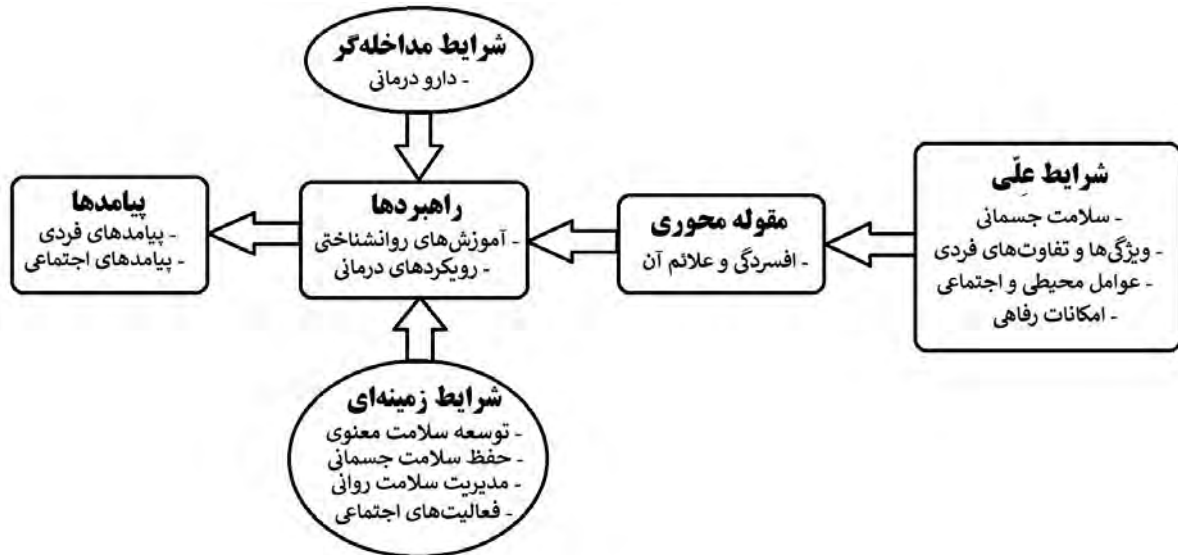
af9	فعالیت‌های روانی-حرکتی	
af10	احساس بی‌ارزشی و گناه	
af11	مشکلات تفکر، تمرکز و تصمیم‌گیری	
pej1	افزایش کیفیت زندگی	پیامدهای اجتماعی
pej2	ایجاد معنا به زندگی	
pej3	رضایت از زندگی	
pej4	بهبود مواجهه با سختی‌ها	
v1	نمود اضافه وزن	ویژگی و تفاوت‌های فردی
v2	جنسیت	
v3	خودکارآمدی	
v4	ژن	
v5	سن	
v6	شایستگی دوران کودکی	
v7	شخصیت	
v8	وضعیت تأهل	
ms1	کنترل بلوغ	مدیریت سلامت روانی
ms2	مدیریت استرس	
ms3	مدیریت خشم	
ms4	مقابله با ام اس	
ms5	خودتنظیمی	
ms6	رویارویی با شاخصه‌های علمی شادی	
ms7	مقابله با روان‌پریشی	
pf1	عزت‌نفس بالا در فرد	پیامدهای فردی
pf2	امیدواری در فرد	
pf3	شادکامی	
pf4	ساختن هیجان مثبت در فرد	
pf5	تقویت توانمندی‌ها	
pf6	خوشبینی	
ts1	انس با قرآن	توسعه سلامت معنوی
ts2	شعرخوانی	
ts3	دعا	
ar1	آموزش بهزیستی روانشناختی	آموزش‌های روانشناختی
ar2	آموزش تن آرامی	
ar3	آموزش تنظیم هیجانی	
ar4	آموزش توانبخشی شناختی	
ar5	آموزش حل مسئله	
ar6	آموزش دلگرمی	
ar7	آموزش ذهن آگاهی	
ar8	آموزش ذهن مشفق	
ar9	آموزش شکوفایی	
ar10	آموزش شوخی‌گرایی	
ar11	آموزش قبل از عمل	
ar12	آموزش مثبت‌نگری	
ar13	آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی	

ar14	آموزش مهارت‌های شناختی	
ar15	آموزش هوش معنوی	
ar16	آموزش مدیریت استرس	
ar17	آموزش مهارت‌های زندگی	
ar18	برنامه آموزش شادی	
ar19	برنامه آموزشی پیشگیری از خودکشی مبتنی بر SOS	
ar20	تخلیه هیجانی احساسات با نگارش کتبی	
ar21	روش آموزش توجه	
ar22	مدل مراقبت مشارکتی	
ar23	مشاوره گروهی رشد مدار	
ar24	هیپنوتراپی شناختی	
am1	وجود آوای طبیعت	عوامل محیطی و اجتماعی
am2	تعاملات اجتماعی روزمره	
am3	فرهنگ	
am4	مرگ‌ومیر و فقدان	
er1	مقابله با قرض و بدهی	امکانات رفاهی
er2	توانایی کار کردن	
er3	رضایت شغلی خانواده	
er4	رفاه	
fe1	انجام فعالیت‌های خوشایند	فعالیت‌های اجتماعی
fe2	ایجاد اوقات فراغت	
fe3	آینده‌نگری	
fe4	حمایت اجتماعی	
fe5	مهاجرت	

مرحله سوم: کدگذاری گزینشی

طراحی شده اقدام شد. با توجه به اینکه جهت گردآوری داده‌های کیفی افزون بر مصاحبه نیمه‌ساختاریافته از مبانی نظری نیز استفاده شد و پژوهش‌های نظری مدل حاضر را بسیار قوی تبیین می‌کنند، لذا، روش پژوهش کیفی در این پژوهش به جای پدیدار شناسی توصیفی نظریه داده‌بنیاد بود. مدل نهایی پژوهش به صورت شکل شماره ۱ به دست آمد.

در نهایت و در مرحله کدگذاری انتخابی با توجه به نتایج گام‌های قبلی کدگذاری، مقوله اصلی انتخاب شده و به شکلی نظام‌مند به سایر مقوله‌ها مرتبط شد. برای یکپارچه‌سازی و ارائه مدل نهایی مقابله با افسردگی در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردبیل پس از شناسایی مقوله محوری و ربط دادن سایر مقوله‌ها در قالب پارادایم نظام‌مند نظریه‌سازی داده‌بنیاد، به پالایش الگوی



شکل ۱- مدل پارادایمی ارائه الگوی مقابله با افسردگی در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردبیل

برای اعتباریابی الگو و استفاده از آزمون‌ها ابتدا شرایط پارامتریک یا ناپارامتریک داده‌ها مشخص شدند. جهت بررسی توزیع نرمال یا غیرنرمال داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن به شرح جدول زیر بود:

جدول ۳- نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی توزیع نرمال یا غیرنرمال داده‌ها

مقولات	آماره آزمون	سطح معنی‌داری
شرایط علی	۰/۰۹۳	۰/۰۰۱
مقوله محوری	۰/۰۹۰	۰/۰۰۱
راهندها	۰/۱۰۲	۰/۰۰۱
شرایط مداخله‌گر	۰/۰۷۹	۰/۰۰۱
شرایط زمینه‌ای	۰/۰۹۴	۰/۰۰۱
پیامدها	۰/۰۸۰	۰/۰۰۱

با توجه به سطح معناداری همه مقولات ($sig < 0.05$) داده‌ها دارای توزیع غیرنرمال هستند و دارای شرایط غیرپارامتریک هستند. لذا، جهت بررسی و اعتباریابی الگوی طراحی شده از حداقل مربعات جزئی (PLS) استفاده شد. جهت سنجش روایی و پایایی پرسش‌نامه نیز از آلفای کرونباخ و روایی سازه (همگرایی و واگرایی) استفاده شد. نتایج آزمون آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی و میانگین واریانس استخراج شده مقولات به شرح زیر بود:

جدول ۴- میزان آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و میانگین واریانس استخراج شده مقولات

مقولات	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی (C.R)	میانگین واریانس استخراج شده (AVE)	ضریب تعیین (R^2)
شرایط علی	۰/۹۵۹	۰/۹۶۲	۰/۵۲۵	-
مقوله محوری	۰/۹۲۶	۰/۹۳۷	۰/۵۷۵	۰/۳۶۲
- راهندها	۰/۹۸۵	۰/۹۸۵	۰/۵۰۷	۰/۶۱۲
- شرایط مداخله‌گر	۰/۹۲۳	۰/۹۳۵	۰/۶۱۷	-
- شرایط زمینه‌ای	۰/۹۵۹	۰/۹۶۲	۰/۵۳۹	-
پیامدها	۰/۹۱۱	۰/۹۲۶	۰/۵۵۶	۰/۱۹۳

استخراج شده (AVE) برای همه مقولات بیش تر از ۰/۵ هستند که نشان از تأیید دوباره روایی همگرایی پرسش نامه دارد. جهت بررسی روایی واگرایی نیز از روایی واگرایی یگانه-دوگانه HTMT¹ استفاده شد. نتایج معیار HTMT به شرح جدول زیر بود؛

با توجه به نتایج حاصل از جدول بالا پایایی همه مقولات بیش تر از ۰/۹ هستند و لذا، پایایی پرسش نامه در حد ایده آل و مطلوب خود می باشد. پایایی ترکیبی همه مقولات نیز بالاتر از ۰/۷ و بیش تر از میانگین واریانس استخراج شده (AVE) است که نشان از روایی همگرایی دارد. همچنین، میانگین واریانس

جدول ۵- نتایج شاخص HTMT جهت بررسی روایی واگرایی الگوی مقابله با افسردگی در دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردبیل

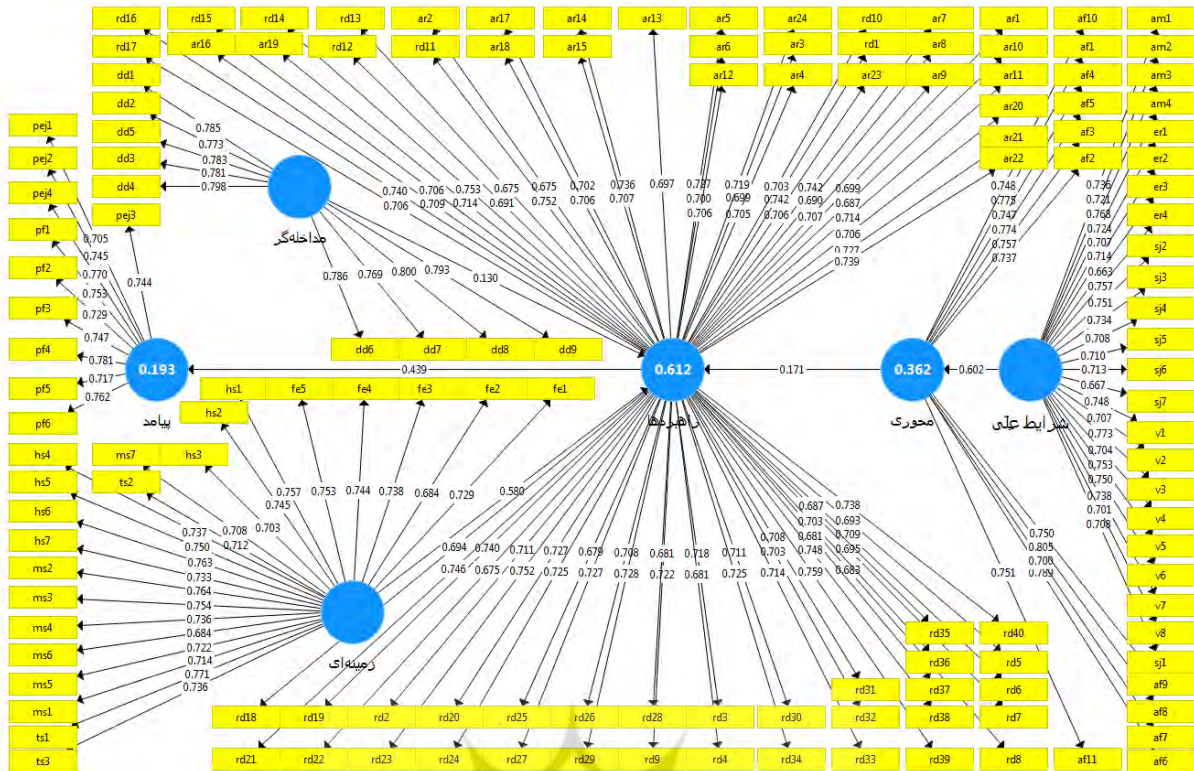
مقولات	شرایط علی	مقوله محوری	راهبردها	شرایط مداخله گر	شرایط زمینه ای	پیامدها
شرایط علی						
مقوله محوری	۰/۶۲۲					
راهبردها	۰/۷۶۷	۰/۶۱۰				
شرایط مداخله گر	۰/۶۱۰	۰/۷۸۵	۰/۵۹۲			
شرایط زمینه ای	۰/۷۶۵	۰/۵۹۷	۰/۷۶۲	۰/۵۸۷		
پیامدها	۰/۴۶۴	۰/۶۵۸	۰/۴۴۷	۰/۸۱۲	۰/۴۵۷	

معیار HTMT جایگزین روش قدیمی فورنل-لارکر شده است. اگر مقادیر این معیار کم تر از ۰/۹ باشد روایی واگرا قابل قبول است. با توجه به اطلاعات جدول بالا همه مقادیر کم تر از ۰/۹ هستند و روایی واگرایی الگو نیز مورد تأیید است. در روند تحلیل عامل تأییدی، نخست لازم است تا روایی سازه مورد مطالعه قرار گرفته تا مشخص شود نشانگرهای انتخاب شده برای اندازه گیری سازه های مورد نظر خود از دقت لازم برخوردار هستند. با توجه به نتایج پایایی ترکیبی، میانگین واریانس استخراج شده (AVE) و همچنین، معیار HTMT روایی سازه الگو (روایی همگرایی و روایی واگرایی) تأیید شد. برای برازش مدل کلی از شاخص SRMR و GOF استفاده شد. در سخت گیرانه ترین حالت، شاخص SRMR باید کم تر از ۰/۰۸ باشد که این مقدار برای مدل اشیاع شده ۰/۰۵۳ و برای مدل تخمینی ۰/۰۷۸ گزارش شده است که هر دو در حالت مطلوبی قرار دارند. شاخص نیکویی برازش معیار HTMT جایگزین روش قدیمی فورنل-لارکر شده است. اگر مقادیر این معیار کم تر از ۰/۹ باشد روایی واگرا قابل قبول است. با توجه به اطلاعات جدول بالا همه مقادیر کم تر از ۰/۹ هستند و روایی واگرایی الگو نیز مورد تأیید است. در روند تحلیل عامل تأییدی، نخست لازم است تا روایی سازه مورد مطالعه قرار گرفته تا مشخص شود نشانگرهای انتخاب شده برای اندازه گیری سازه های مورد نظر خود از دقت لازم برخوردار هستند. با توجه به نتایج پایایی ترکیبی، میانگین واریانس استخراج شده (AVE) و همچنین، معیار HTMT روایی سازه الگو (روایی همگرایی و روایی واگرایی) تأیید شد. برای برازش مدل کلی از شاخص SRMR و GOF استفاده شد. در سخت گیرانه ترین حالت، شاخص SRMR باید کم تر از ۰/۰۸ باشد که این مقدار برای مدل اشیاع شده ۰/۰۵۳ و برای مدل تخمینی ۰/۰۷۸ گزارش شده است که هر دو در حالت مطلوبی قرار دارند. شاخص نیکویی برازش

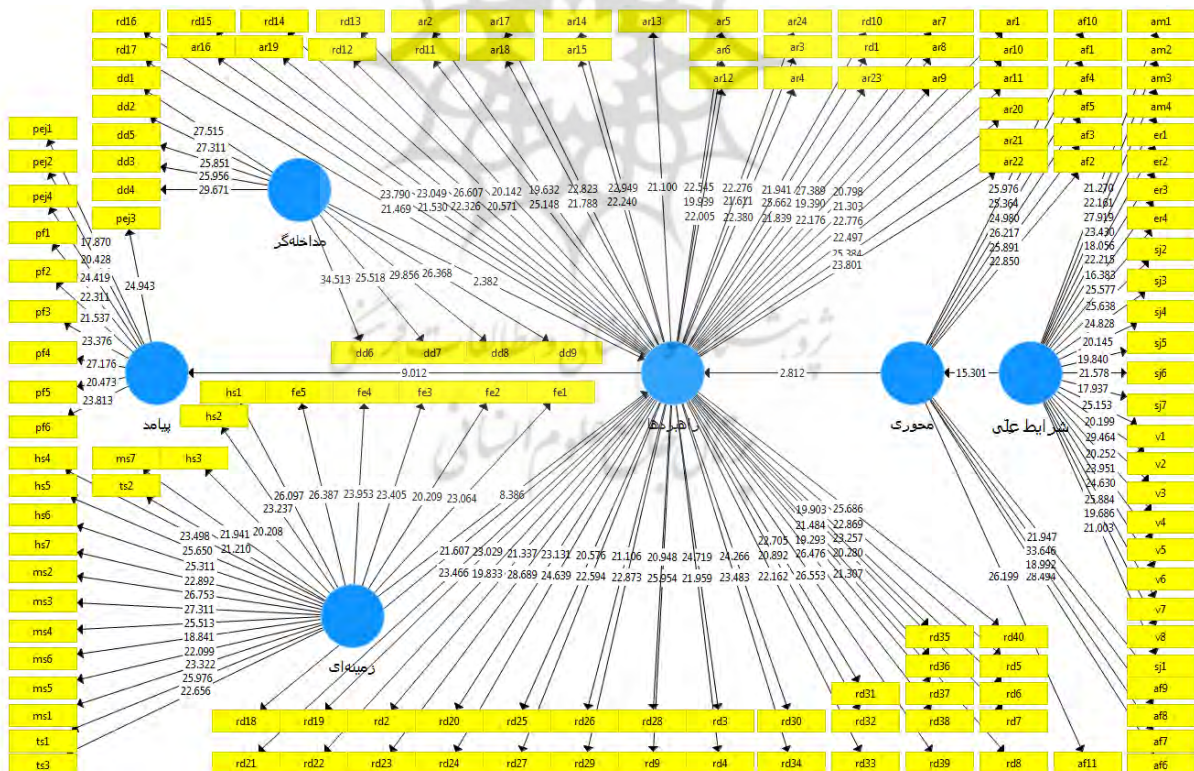
(GOF) یا Goodness of Fit برازش بخش ساختاری و اندازه گیری را به صورت همزمان بررسی می کند. این شاخص با استفاده از میانگین هندسی شاخص R^2 و میانگین شاخص های اشتراکی قابل محاسبه است و فرمول آن به شرح زیر است؛

$$GOF = \sqrt{\text{average (AVE)} \times \text{average (R}^2)}$$
 پس از انجام محاسبات، مقدار شاخص GOF عددی برابر ۰/۴۶۳ است. وتزلز و همکاران (۲۰۰۹) شاخص GOF را در سطح بالای ۰/۳۶، شاخصی قوی برای برازش مدل می دانند (۳۵). در نتیجه می توان گفت که نشانگرهای مدل از دقت لازم برای اندازه گیری مقولات خود، برخوردار هستند مدل از برازش خوبی برخوردار است و لذا، وارد تحلیل نهایی شدند.
 در ادامه و در شکل شماره ۲، ارتباط متغیرهای پژوهش با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی و با نرم افزار Smart PLS و همچنین، در شکل شماره ۳، مقدار آماره T برای مدل کلی پژوهش با استفاده از روش بوت استرپینگ نشان داده می شود.

¹ Heterotrait-Monotrait Ratio



شکل ۲- مدل کلی پژوهش با روش حداقل مربعات جزئی



شکل ۳- آماره T مدل کلی پژوهش با روش بوت استرپینگ

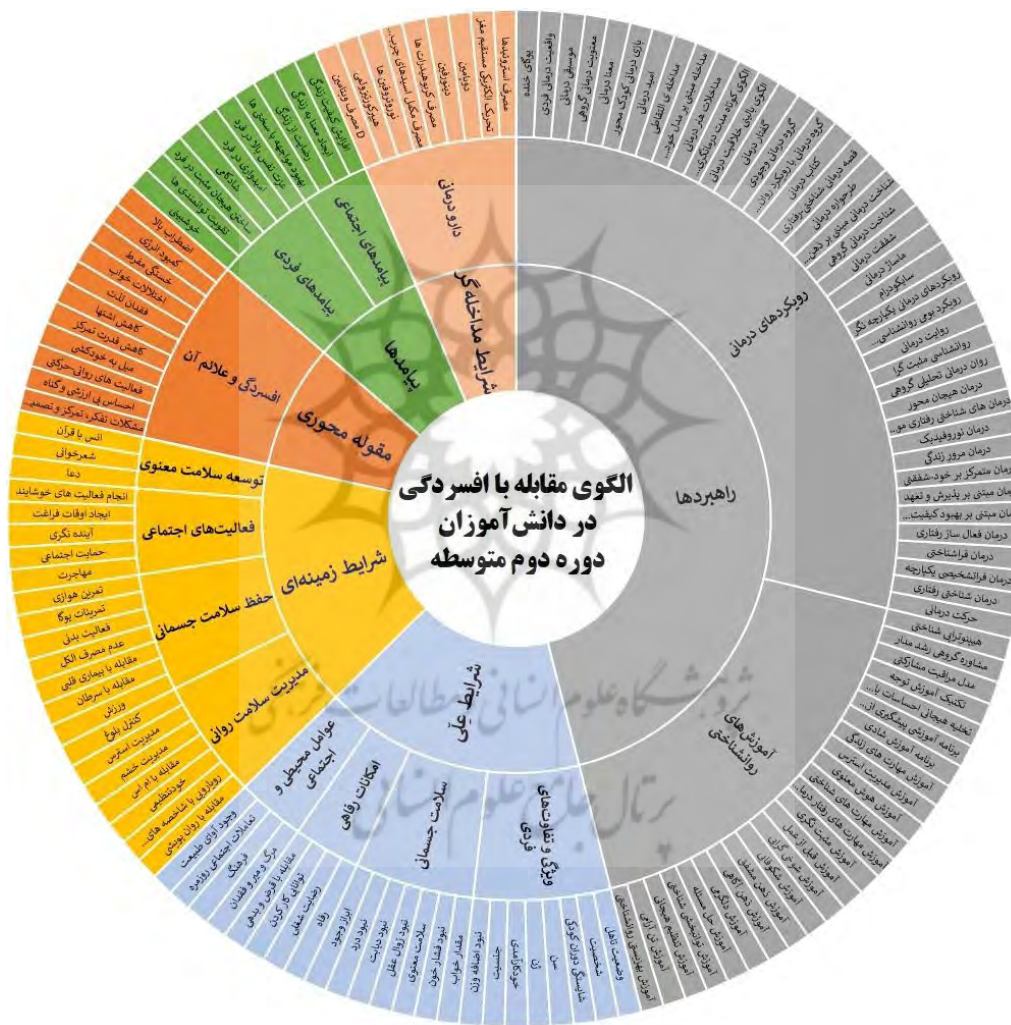
بحرانی $-1/96$ تا $+1/96$ قرار نگرفته است. پس تمامی مسیرها معنی‌دار بوده و مدل پژوهشی دارای برازشی مناسب است و خلاصه آن در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

با توجه به نتایج به دست آمده از دو نمودار، تمامی مسیرها معنی‌دار می‌باشند (تمامی مسیرها بیش‌تر از مقدار بحرانی $0/16$ در حالت ضرایب استاندارد هستند) و مقادیر T Value نیز در بازه

جدول ۶- ضرایب مسیر در دو حالت استاندارد و T Value

اماره T	مقدار استاندارد	ابعاد
۱۵/۴۸۶	۰/۶۰۲	مقوله محوری → شرایط علی
۲/۹۴۸	۰/۱۷۱	راهبردها → مقوله محوری
۸/۸۰۱	۰/۵۸۰	راهبردها → شرایط زمینه‌ای
۲/۲۸۴	۰/۱۳۰	راهبردها → شرایط مداخله‌گر
۸/۶۳۱	۰/۴۳۹	پیامد → راهبرد

در نهایت، الگوی ارائه شده برای مقابله با افسردگی در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردبیل به صورت شکل شماره ۴ قابل ارائه است.



شکل ۴- مدل شبکه‌ای مقابله با افسردگی در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردبیل

بحث و نتیجه‌گیری

ویژگی‌ها و تفاوت‌های فردی، عوامل محیطی و اجتماعی، امکانات رفاهی، راهبردها (آموزش‌های روان‌شناختی و رویکردهای درمانی)، شرایط مداخله‌گر (دارودرمانی)، شرایط زمینه‌ای (توسعه سلامت معنوی، حفظ سلامت جسمانی، مدیریت سلامت روانی و فعالیت‌های اجتماعی) بودند که هر یک از این

این پژوهش با هدف طراحی و اعتباریابی الگوی مقابله با علائم افسردگی در دانش‌آموزان دوره دوم شهر اردبیل انجام شد. نتایج نشان داد که عوامل متعددی می‌توانند در کاهش افسردگی نقش داشته باشند که شامل عوامل علی (سلامت جسمانی و روانی،

مدیریت استرس و تغییر در باورهای منفی، آموزش تنظیم هیجان، کنترل خشم، مدیریت حل مسئله و ... می‌توانند نقش مؤثری در کاهش و پیشگیری از افسردگی ایفا کنند؛ بنابراین، ارائه آموزش‌های روان‌شناختی به افراد می‌تواند منجر به بهبود وضعیت روانی و کاهش افسردگی و علائم آن شود. این یافته نیز با نتایج پژوهش جانی و همکاران (۱۴۰۲)، همکاران (۱۴۰۲) و همکاران (۱۴۰۲) و الستی و همکاران (۱۴۰۲) همسوست (۲۸، ۳۰، ۳۲). رویکردهای درمانی گوناگون مثل روایت درمانی، طرحواره درمانی، شناختی رفتاری، سایکودرام، قصه درمانی، نوروفیدبک، تحریک الکتریکی مستقیم فرا جمجمه‌ای و سایر رویکردهای درمانی نیز در کاهش افسردگی و علائم آن نقش به‌سزایی دارند؛ بنابراین، استفاده از رویکردهای درمانی مناسب و تنظیم‌شده متناسب با وضعیت هر فرد، می‌تواند منجر به بهبود وضعیت روانی و در نتیجه کاهش افسردگی شود. نتایج این پژوهش نیز با نتایج رضاپور و همکاران (۱۴۰۲)، مجیدی نژاد و همکاران (۱۴۰۲)، قادری، مجتبیایی و حاتمی (۱۴۰۲)، ندائی، قمری گیوی، شیخ الاسلامی و صدیقی‌دمیرچی (۱۴۰۲) و کرمانشاهی، آلیلو، رادفر، خلخالی و بوشهری (۱۴۰۲) همسوست (۲۹، ۳۳، ۴۶-۴۸). داروهای درمانی نیز با تجویز مناسب و نظارت متخصصان، می‌توانند بهبود قابل توجهی را در افراد مبتلا به اختلال افسردگی ایجاد کنند؛ بنابراین، به نظر می‌رسد که استفاده درست از داروها در کنار آموزش‌های روان‌شناختی و رویکردهای درمانی، تأثیر مثبتی بر بهبود وضعیت روانی افراد داشته باشد. این یافته نیز با نتایج پژوهش پرنندین و عباسی (۱۴۰۲)، احمدی، راسخی و مختاریان دلویی (۱۴۰۲) و زمانلو، عسگری مبارکه و کاظمی (۱۴۰۱) همسوست (۴۹-۵۱). توجه به جنبه‌های معنوی زندگی می‌تواند به بهبود روحیه افراد و کاهش افسردگی منجر شود. تأمل در ارزش‌ها، معنا و ارتباط با معنویت می‌تواند از عوامل مثبت در پیشگیری از افسردگی باشد. این یافته نیز با نتایج یافته‌های وهابی ماشک و مجتبیایی (۱۴۰۱)، سپهوند، رضایی و میردیریکوند (۱۴۰۱) همسوست (۵۲، ۵۳). توجه به حفظ سلامت جسمانی نیز می‌تواند در کاهش احتمال ابتلا به افسردگی نقش مهمی ایفا کند. تغذیه سالم، ورزش منظم و مراقبت از سلامت جسمانی می‌تواند بهبود روحیه افراد و کاهش اثرات منفی افسردگی را تسهیل نمایند. این یافته نیز با نتایج پژوهش محمدی، رنجبر و فیاضی (۱۴۰۲)، مکوندی چشمه چنار، دولاخ و رفیعی راد (۱۴۰۲)، رستمی، نیرومندزندی، ایلخانی و زندی (۱۴۰۱)، مهاجر، مظلوم، رجب‌زاده و نمازی‌نیا (۱۴۰۱) همسوست (۵۴-۵۷). مدیریت سلامت روانی نیز می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از افسردگی و بهبود وضعیت روانی افراد ایفا کند. این ارتباط نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های مدیریتی و ارتقاء سلامت روانی می‌تواند به کاهش

موارد در افسردگی و علائم آن نقش مهمی را دارند که در نهایت می‌توانند منجر به پیامدهای فردی و اجتماعی گوناگونی در دانش‌آموزان گردد. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده این‌گونه می‌توان استدلال کرد که رابطه بین سلامت جسمانی و افسردگی به‌عنوان یک ارتباط پیچیده و متقابل مشخص می‌شود. شیمیایی بودن بدن و نقش نوروترانسمیترها، اثرات التهاب و استرس روانی و ارتباط ورزش و تغذیه با سلامت جسمانی و روحیه انسان‌ها از اهمیت زیادی برخوردار هستند که در صورت مشکل در جسم، احتمال افسردگی نیز افزایش می‌یابد نتایج این پژوهش با پژوهش‌های صادقی نژاد علم‌آبادی و همکاران (۱۴۰۲) و راضی‌رودی و همکاران (۱۴۰۱) همسوست (۲۶، ۲۷). ویژگی‌ها و تفاوت‌های فردی نیز از جمله عوامل ژنتیکی و سنی، نبود اضافه‌وزن، جنسیت، خودکارآمدی، شایستگی دوران کودکی شخصیت، وضعیت تأهل نقش مهمی در افسردگی ایفا می‌کنند. به‌عنوان مثال در مبحث ژنتیک و سن تغییرات مهمی در ساختار و عملکرد ژن‌ها اتفاق می‌افتد که در نتیجه منجر به تغییرات در سیستم عصبی، سیستم ایمنی و محیطی می‌گردد. همچنین، اضافه‌وزن و اختلالات خوردن نیز می‌توانند ارتباط تنگاتنگی با افسردگی داشته باشند؛ بدین شکل که افسردگی در مراجع، منجر به اختلال خوردن و اضافه‌وزن در فرد گردد. بنابراین، این تفاوت‌ها باعث می‌شوند که افراد به‌صورت‌های گوناگونی در معرض خطر افسردگی باشند. این نتیجه به‌دست‌آمده با پژوهش‌های ژوان، هوا، لین و جیانلی (۲۰۲۳)، جئونگ، بیم و لی (۲۰۲۳) و یون، ایشنستاد، لیرا و دیتون (۲۰۲۳) همسوست (۳۶-۳۸). عوامل محیطی و اجتماعی، از جمله تنهایی، استرس زندگی روزمره و حمایت اجتماعی تأثیر مهمی در افزایش یا کاهش احتمال ابتلا به افسردگی دارند؛ بنابراین، توجه به عوامل محیطی و اجتماعی در زمینه افسردگی اهمیت دارد؛ بنابراین، سازگاری با محیط و ارتباط‌های اجتماعی به‌عنوان عوامل محیطی می‌توانند به پیشگیری از افسردگی و بهبود سلامت روانی کمک کنند. این نتیجه به‌دست‌آمده با پژوهش‌های ژو و همکاران (۲۰۲۳)، اکر، برنسون، گونزالز، زوروب و هیرث (۲۰۲۳) و فلود گریدی، استریچی و برگیوست (۲۰۲۳) همسوست (۵، ۲۹، ۴۰). امکانات رفاهی مانند تفریح، ورزش و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند تأثیر مهمی در پیشگیری از افسردگی داشته باشند؛ بنابراین، ارتقاء امکانات رفاهی و تسهیل دسترسی به آن‌ها می‌تواند به بهبود سلامت روانی افراد کمک کند و به کاهش گسترش افسردگی در جوامع کمک نماید. این نتیجه نیز با نتایج پژوهش فن و لی (۲۰۲۳)، وانگ و همکاران (۲۰۲۳)، جیروودانا، ریگاتی، شایخ و فرابولی (۲۰۲۳)، رن و لیانگ (۲۰۲۳) و لی، جین، گون، ژانگ و جینگ (۲۰۲۳) همسوست (۴۱-۴۵). آموزش‌های روان‌شناختی که بیش‌تر جنبه پیشگیرانه دارند مثل مهارت‌های

هفتگی از پایگاه‌های داده‌ها نتایج و یافته‌های جدید را دریافت و وارد چرخه پژوهش می‌کرد اما با توجه به گسترش روزافزون حوزه‌های پژوهشی و چاپ و انتشار روزانه مقالات گوناگون در پایگاه‌های داده، ممکن است پژوهش‌هایی اخیراً منتشر شده باشند که در فرایند این پژوهش قرار نگرفته باشند که بررسی و مطالعه آن‌ها ممکن بود در مدل پیشنهادی تغییری ایجاد نماید. همچنین، این پژوهش با توجه به اینکه مربوط به دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردبیل است و ممکن است با توجه به خصوصیات هر مقطع سنی و وجود متغیرهای مزاحمی همچون خرده‌فرهنگ شهر اردبیل، امکان تعمیم نتایج به سایر دوره‌ها دشوار باشد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده و شواهد این پژوهش پیشنهاد می‌شود از نتایج یافته‌ها به‌عنوان یک راهنما و مسیر کلی برای پیشگیری از افسردگی و کاهش علائم آن توسط متخصصان در مدارس و نیز در سایر مراکز همچون مراکز خدمات روان‌شناختی، کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی، مراکز بهزیستی، دانشگاه‌ها و... متناسب با موقعیت‌ها و زمینه‌های موجود استفاده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر خرده‌فرهنگ‌ها و برای سایر مقاطع تحصیلی نیز انجام گیرد.

ملاحظات اخلاقی پیروی از اصول اخلاق پژوهش

همکاری مشارکت‌کنندگان در این پژوهش به صورت داوطلبانه و با رضایت آنان بوده است.

حامی مالی

هزینه این پژوهش توسط نویسندگان مقاله تامین شده است.

مشارکت نویسندگان

مطالعات نظری (مقدمه و نتیجه‌گیری): محمدرضا نوروزی همایون؛ ایده‌پردازی، روش‌شناسی و تحلیل داده‌ها: نادر حیدری رضی آباد؛ مصاحبه و جمع‌آوری کدها: مهدی جعفری مرادلو؛ نظارت و نگارش نهایی: اسماعیل صدری دمیرچی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

اثرات منفی افسردگی و بهبود کیفیت زندگی کمک کند. این یافته نیز با نتایج پژوهش پیرث و همکاران (۲۰۲۳)، مالهی و همکاران (۲۰۲۳)، پدرسون (۲۰۲۳) و مارکس و همکاران (۲۰۲۳) همسوست (۵۸-۶۱). مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌تواند به بهبود روحیه افراد و کاهش افسردگی کمک کند. تعامل اجتماعی، حمایت کردن و حمایت شد از سوی دیگران و شرکت فعال در فعالیت‌های جمعی می‌تواند عوامل مثبتی در پیشگیری از افسردگی باشند. این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های ژو و همکاران (۲۰۲۳)، اکر و همکاران (۲۰۲۳)، فلود گریدی و همکاران (۲۰۲۳) و ویسی و همکاران (۱۴۰۲) همسوست (۳۹، ۴۰، ۶۲). توجه به عوامل مطرح‌شده دارای پیامدهای مثبتی در مقابله با افسردگی خواهد بود که در سطح فردی شامل بهبود روحیه و کاهش علائم افسردگی می‌شود و در نتیجه می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی افراد کمک کند. در سطح اجتماعی نیز نشان می‌دهد که مقابله مؤثر با افسردگی می‌تواند به ارتقاء روابط اجتماعی و تأثیر مثبت بر جوامع منجر شود. افرادی که توانایی مقابله مؤثر با افسردگی را دارند، اغلب در محیط‌های اجتماعی بهتر عمل می‌کنند؛ بنابراین، شاهد آسیب‌های روانی و اجتماعی کم‌تر در سطح جامعه خواهیم بود. از آنجاکه هیچ پژوهشی نمی‌تواند خالی از محدودیت باشد، این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. با توجه به اینکه این پژوهش با رویکرد آمیخته انجام شد و تحلیل داده‌ها در بخش کیفی مبتنی بر پارادایم تفسیری صورت گرفت، ممکن است به دلیل سیال و پویانده بودن ذهن آدمی، در کدگذاری‌ها و نحوه استخراج مقوله‌ها جهان بینی پژوهشگران تأثیرگذار بوده باشد. در واقع، امکان دارد پژوهشگران با دخالت دادن تعصبات و پیش‌فرض‌های ذهنی خود، یافته‌ها و نتایج پژوهش را دستکاری کرده باشند. البته در مطالعه حاضر پژوهشگران تلاش نمودند تنها به نگرش تجربیات پژوهندگان بپردازند و تا حد امکان بدون سوگیری عمل کنند. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به گردآوری و بررسی کتب و منابع پژوهشی علیرغم کوشش پژوهشگر در مشخص نمودن تمام کلمات کلیدی مرتبط و جستجو در همه پایگاه‌های داده‌های فارسی و انگلیسی و بررسی تمام مطالب به‌دست‌آمده از پایگاه داده‌ها، ممکن است به‌صورت ناخواسته برخی از مطالعات، از فرایند مرور نظام‌مند حذف شده باشند. افزون بر این هرچند پژوهشگر تا زمان اعتبار یابی درونی مدل مربوطه مدام و به‌صورت

References

1. Sheykhangafshe FB, Doost AMS, Niri VS, Mojez N, Bourbour Z. The Efficacy of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Psychological Well-being and Resilience of Students with Depressive Syndrome. *Health*. 2023;10(1):108-24. [in Persian].
2. Ahmadi M, Shariat Bagheri MM, Rezaei M, Khazaei S. Predicting the Depression Symptoms by Childhood Traumas in Male Students. *Journal of Psychological Studies*. 2023;18(4):19-29. [in Persian].
3. Faraji Vastegani H, Seifi Gandomani M. The Impact of Islamic Intervention Based on Quality of Life upon Depression and Anxiety of High School Male Students in Borujen. *Quarterly Journal of Family and Research*. 2023;20(2):135-51. [in Persian].
4. Suh HN, Pigott T, Rice KG, Davis DE, Andrade AC. Meta-analysis of the relationship between self-critical perfectionism and depressive symptoms: Comparison between Asian American and Asian international college students. *Journal of Counseling Psychology*. 2023;70(2):203.
5. Xu D-D, Rao W-W, Cao X-L, Wen S-Y, An F-R, Che W-I, et al. Prevalence of depressive symptoms in primary school students in China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020;268:20-7.
6. Shorey S, Ng ED, Wong CH. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022;61(2):287-305.
7. Naseri A, Yadegari N, Vaisani Y, Asadollahi K. Relationship between Personality Disorders in Parents and Psychiatric Disorders in Children and Adolescents in Ilam and its Suburbs, Iran 2018-2019. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2023;33(220):158-72. [in Persian].
8. Grossberg A, Rice T. Depression and suicidal behavior in adolescents. *Medical Clinics*. 2023;107(1):169-82.
9. Hafezi H, Merati A. The Effect of "Teachers' Corrective Feedback" on the Expression and Mental Vitality of Female Students with Depression Syndrome in High School. *Journal of Health Promotion Management*. 2022;11(2):71-83. [in Persian].
10. Chahar Mahali S, Beshai S, Feeney JR, Mishra S. Associations of negative cognitions, emotional regulation, and depression symptoms across four continents: International support for the cognitive model of depression. *BMC psychiatry*. 2020;20:1-12.
11. Kim Y-K, Han K-M. Neural substrates for late-life depression: a selective review of structural neuroimaging studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2021;104:110010.
12. Lu J, Xu X, Huang Y, Li T, Ma C, Xu G, et al. Prevalence of depressive disorders and treatment in China: a cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*. 2021;8(11):981-90.
13. Abdollahzadeh Rafi M, Mohamadi H, Rafiei Boldaji M. Investigating the relationship between "maternal psychological flexibility in parenting" and adolescent depression. *Journal of Pediatric Nursing*. 2022;8(3):8-15. [in Persian].
14. Chalabianloo GR, Parvaz R. The Role of Temperament, Rumination, Cognitive Flexibility and Trait Anxiety in Predicting Depressive Mood. *Psychological Studies*. 2022;18(1). [in Persian].
15. American Psychiatric Association D, Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association* Washington, DC; 2013.
16. Liu L, Han Y, Lu Za, Cao C, Wang W. The relationship between perfectionism and depressive symptoms among Chinese college students: The mediating roles of self-compassion and impostor syndrome. *Current Psychology*. 2023;42(22):18823-31.
17. Chen N-W, Mutambudzi M, Markides KS. Trajectories of concurrent depressive symptoms and cognitive function on health outcomes and mortality among older Mexican Americans. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2022;100:104663.
18. Ni X, Su H, Lv Y, Li R, Chen C, Zhang D, et al. The major risk factor for depression in the Chinese middle-aged and elderly population: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13:986389.
19. Sousa RD, Henriques AR, Caldas de Almeida J, Canhão H, Rodrigues AM.

- Unraveling depressive symptomatology and risk factors in a changing world. *International journal of environmental research and public health*. 2023;20(16):6575.
20. Wittenberg MF, Fitzgerald S, Pluhar E. Depressive symptomatology in pregnant adolescents: considerations for care. *Current Opinion in Pediatrics*. 2023;10.1097.
21. Ghorbani V, Jandaghiyan M, Jokar S, Zanjani Z. The prediction of depression, anxiety, and stress during the COVID-19 outbreak based on personality traits in the residents of Kashan city from March to April 2020: A descriptive study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2021;20(5):503-18. [in Persian].
22. Hyde JS, Mezulis AH. Gender differences in depression: biological, affective, cognitive, and sociocultural factors. *Harvard review of psychiatry*. 2020;28(1):4-13.
23. Rasouli Fashtami A, Moradi Kelardeh P, Narimani M, Gholami Kaftarodi O, Hashemi T. Predicting Depression Symptoms based on Personality traits and Perfectionism in Secondary High School Students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2023;12(5):41-52. [in Persian].
24. Allahmoradi M, Jouzi M, Moghimian M. Investigating the mediating role of personality components in the relationship between anxiety, stress, depression and adherence to treatment in members of the association of anonymous addicts. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article*. 2022;9(6). [in Persian].
25. Puyané M, Subirà S, Torres A, Roca A, Garcia-Esteve L, Gelabert E. Personality traits as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2022;298:577-89.
26. Sadeghinejad-Alamabadi S, Bolouri A, Shahraki M. The relationship between nutrients intake, fat-soluble vitamins and anthropometric profiles with depression in male medical students of Yazd University of Medical Sciences. *Pars Journal of Medical Sciences*. 2023;21(1):53-61. [in Persian].
27. Razi Roudi N, Alijanpour M, Mousavi S, Khafri S, Nikpour M, Abasi F, et al. Correlation between HbA1c Levels and Depression in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2022;31(205):42-51. [in Persian].
28. Jani MR, Sarvari MH, Mohsenizadeh SM, Katebi MS. Effect of Self-care Program Training on Anxiety and Depression in Patients with Angina Pectoris. *Horizon of Medical Education Development*. 2023;14(4):53-63. [in Persian].
29. Rezapour L, Radfar M, Haghghi MM, Alinejad V. THE EFFECT OF GROUP LOGOTHERAPY BASED ON THE FRANKEL'S LOGOTHERAPY SCHOOL ON DEPRESSION OF PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL CANCER. *Nursing And Midwifery Journal*. 2023;21(6):424-35. [in Persian].
30. Irandoost F, Namdari K, Samavatian H, Abedi A. Journal of Applied Psychological Research. *Journal of Applied Psychological Research*. 2023;14(2):195-215. [in Persian].
31. Veisi K, Ismailzadeh Ghandehary MR, Ebrahimi Z. Comparison of intergenerational interaction programs and physical activities on the depression rate of elderly women and men. *Journal of Gerontology*. 2023;8(1):10-9. [in Persian].
32. Alasti Y, Ashori M. Investigating the Effect of Nonviolent Communication Program Training on Depression, Anxiety and Stress in Hard-Of-Hearing Adolescents. *Empowering Exceptional Children*. 2023;14(1):10-1. [in Persian].
33. Majidinezhad M, Pirmoradi M, Zahedi Tajrishi K. The Effect of Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) on Attentional Bias and Affect in Adults with Major Depressive Disorder (MDD). *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (1): 11. 2023;35:2. [in Persian].
34. Klassen AC, Creswell J, Plano Clark VL, Smith KC, Meissner HI. Best practices in mixed methods for quality of life research. *Quality of life Research*. 2012;21:377-80.
35. Wetzels M, Odekerken-Schröder G, Van Oppen C. Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration. *MIS quarterly*. 2009:177-95.
36. Jeong H, Yim HW, Lee S-Y. Impact of the COVID-19 pandemic on gender differences in depression based on national representative data. *Journal of Korean Medical Science*. 2023;38(6).
37. Xuan L, Hua S, Lin L, Jianli Y. Gender differences in the predictive effect of

- depression and aggression on suicide risk among first-year college students. *Journal of affective disorders*. 2023;327:1-6.
38. Yoon Y, Eisenstadt M, Lereya ST, Deighton J. Gender difference in the change of adolescents' mental health and subjective wellbeing trajectories. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2023;32(9):1569-78.
39. Ecker A, Berenson AB, Gonzalez SJ, Zoorob R, Hirth JM. Depression among medical students in the United States during the COVID-19 pandemic: the role of communication between universities and their students. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2023;17:e145.
40. Flood-Grady E, Starcher SC, Bergquist GL. Parental memorable messages about depression: Implications for perceived support, stigma, relational satisfaction, and treatment-seeking among young adults with depression. *Health Communication*. 2023;38(1):11-20.
41. Fan L, Lei S. Financial well-being, family financial support and depression of older adults in China. *International Journal of Bank Marketing*. 2023.
42. Giordano V, Rigatti T, Shaikh A, Ferraioli T. Spatial Health Predictors for Depressive Disorder in Manhattan: A 2020 Analysis. *Cureus*. 2023;15(7).
43. Li L, Jin G, Guo Y, Zhang Y, Jing R. Internet access, support, usage divides, and depressive symptoms among older adults in China: A nationally representative cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*. 2023;323:514-23.
44. Ren W, Liang Z. Neighborhood deprivation and depressive symptoms in Chinese adolescents: Mediated by parenting styles and moderated by relative family status. *Journal of Affective Disorders*. 2023;341:17-25.
45. Wang J, Zhang J, Lin H, Han Y, Tu J, Nie X. Economic development, weak ties, and depression: Evidence from China. *Journal of Affective Disorders*. 2023;334:246-57.
46. Ghaderi D, Mojtabaei M, Hatami M. Effectiveness of Analytic Schema Therapy in Reducing Depressive Symptoms and Modulating Early Emotional Needs. 2023. [in Persian].
47. Kermanshahi Z, Alilu L, Radfar M, Khalkhali H, Bushehri B. THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ON THE DEPRESSION OF SUICIDE ATTEMPTERS DISCHARGED FROM MEDICAL EDUCATION CENTERS IN URMIA, IRAN IN 2020. *Nursing And Midwifery Journal*. 2023;21(3):174-83. [in Persian].
48. Nedaei A, Qamari Gavi H, Sheykholeslami A, Sadri Damirchi E. The effectiveness of emotional schema therapy on the intolerance of uncertainty and the difficulty of emotion regulation in people suffering from comorbid depression and anxiety. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2023;10(1):103-15. [in Persian].
49. Ahmadi F, Rasekhi A, Mokhtarian Deluei M. The relationship between the management of basic medication uses and stress, anxiety, and depression in patients with coronary artery disorders. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2023;18(1):0-. [in Persian].
50. Parandin R, Abbasi F. ANTIDEPRESSANT EFFECTS OF ROYAL JELLY USING MICE MODEL OF DEPRESSION INDUCED BY RESERPINE. *Studies in Medical Sciences*. 2023;34(4):196-205. [in Persian].
51. Zamanloo K, Asgari MK, Kazemi R. An Investigation and Comparison of the Effect of Sodium Valproate on Electrophysiological Specificities of the Epileptic and Bipolar Patients. 2022. [in Persian].
52. Meshak MV, Mojtabaei M. The effectiveness of God-inclined spiritually therapy on the reduction of depression and anxiety and the increase of quality Life of women with breast cancer in tehran city. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2022;3(5):137-57. [in Persian].
53. Sepahvand F, Rezaei F, Mirderikvand F. Evaluation of the Effect of Spiritual Therapy based on Positive Thinking on Depression and Fatigue in Women with Beta Thalassemia Major in Khorramabad, Iran. *Journal of Religion and Health*. 2023;10(2):46-53. [in Persian].
54. Chenar MMC, Doulah A, Rafieirad M. The effect of four weeks of exercise and oleuropein supplementation on anxiety and depression behaviors in an animal model of Parkinson's disease. [in Persian].
55. Mohajer S, Mazlum SR, Rajabzadeh M, Namazinia M. The effect of laughter yoga on depression in cancer patients undergoing

- chemotherapy: a randomized clinical trial. *Hayat*. 2022;28(3):284-95. [in Persian].
56. Mohammadi A, Ranjbar K, Fayazi B. The Comparison of the Level of Depression and Heart-Focused Anxiety in the Elderly Participants and Non-Participants in Sports for All. *Psychology*. 2023;9(2):193-203. [in Persian].
57. Rostami S, Niroumand Zandi K, Ilkhani M, Zandi M. The effect of breathing exercises and yoga relaxation on tension, depression and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery-an interventional study. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2023;17(6):14-22. [in Persian].
58. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hopwood M, et al. The management of depression: the evidence speaks for itself. *The British Journal of Psychiatry*. 2023;222(3):97-9.
59. Marx W, Manger SH, Blencowe M, Murray G, Ho FY-Y, Lawn S, et al. Clinical guidelines for the use of lifestyle-based mental health care in major depressive disorder: World Federation of Societies for Biological Psychiatry (WFSBP) and Australasian Society of Lifestyle Medicine (ASLM) taskforce. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2023:1-54.
60. Pearce CJ, Hall N, Hudson JL, Farrington K, Tucker MJR, Wellsted D, et al. Approaches to the identification and management of depression in people living with chronic kidney disease: A scoping review of 860 papers. *Journal of Renal Care*. 2023.
61. Pederson AB. Management of depression in Black people: effects of cultural issues. *Psychiatric Annals*. 2023;53(3):122-5.
62. Zhou Hy, Zhu Wq, Xiao Wy, Huang Yt, Ju K, Zheng H, et al. Feeling unloved is the most robust sign of adolescent depression linking to family communication patterns. *Journal of Research on Adolescence*. 2023;33(2):418-30.