



مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت – دین با امیددرمانی بر علائم افسردگی پایدار زنان در سال ۱۴۰۱

سمیه سلیمانی^۱، یوسف گرجی^{۲*}، محمود شریفی اصفهانی^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران
۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

چکیده

نوع مقاله: پژوهشی اصیل

مقدمه: شیوع افسردگی در بین زنان دو برابر مردان است. افسردگی شایع‌ترین بیماری در بین اختلالات روانپزشکی است و هزینه‌های اقتصادی زیادی را به بیمار و جامعه تحمیل می‌کند. بومی‌سازی درمان‌های رایج پرداختن برای بیمارانی که به افسردگی خو گرفته و بیماری در آن‌ها تبدیل به افسردگی پایدار شده است، حائز اهمیت است. از این رو در این پژوهش دو روش شامل: درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت-دین و امیددرمانی مقایسه و اثربخشی هر کدام موردسنجش قرار گرفت.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی (با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل) و جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای علائم افسردگی پایدار شهر اصفهان بودند. لذا، با روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند تعداد ۳۶ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفره تقسیم‌بندی شدند (دو گروه درمانی به‌عنوان گروه آزمایش و یک گروه به‌عنوان کنترل) سپس از تمامی گروه‌ها پیش‌آزمون اخذ و در ادامه پروتکل‌های درمانی اجرا شد. در پایان مجدداً از تمام گروه‌ها پس‌آزمون اخذ و ۳ ماه بعد میزان پایداری مداخلات، بررسی شد.

یافته‌ها: در این پژوهش اثربخشی هر دو روش درمانی (درمان شناختی-رفتاری آمیخته با معنویت-دین و امیددرمانی) مورد تایید قرار گرفت منتها مقابله هر دو روش نشان داد معنویت‌درمانی اثربخشی بیشتری دارد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به موثر بودن هر دو روش در کاهش افسردگی پایدار در نمونه آماری، می‌توان نتایج را به کل جامعه آماری نیز تعمیم داد.

کلیدواژه‌ها: سلامت زنان، افسردگی، اختلال دیس‌تایمیا، روانشناسی مثبت، درمان‌های معنوی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۷

*نویسنده مسئول: یوسف گرجی،
استادیار، گروه روانشناسی، واحد
خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی،
خمینی شهر، ایران

تلفن: ۰۹۱۳۱۲۸۰۶۳۵

پست الکترونیک:
gorji@iaukhsh.ac.ir



مقدمه

براساس مطالعات مختلف، افسردگی شایع‌ترین اختلال روانپزشکی است (۱-۳). این اختلال یکی از اصلی‌ترین علل ناتوانی در جوامع مدرن تلقی شده (۴-۶) و به‌عنوان یک وضعیت حاد و اورژانسی در روانپزشکی تلقی می‌شود (۴). افسردگی بر سلامت جسمی و روانی افراد تأثیرگذار بوده و در حال حاضر به‌عنوان یک مشکل مهم در بهداشت عمومی تبدیل شده است (۷). افسردگی به دلیل شیوع بالایی که دارد با عنوان "سرماخوردگی روانی" نیز معرفی شده و اکنون یک مسئله جدی و بغرنج بهداشت جهانی محسوب می‌شود (۸-۱۱). اگرچه این بیماری قدمتی به اندازه تاریخ بشریت دارد، اما متداول‌ترین اپیدمیولوژی روانپزشکی در عصر حاضر به حساب می‌آید، به نحوی که هر انسانی در طول زندگی، حداقل یک‌بار آن را تجربه کرده است (۱۲). برای تبیین چرایی ضرورت پرداختن به این مسئله مهم، تحلیل آن در دو بخش (بررسی وضعیت آماری، بررسی تبعات اقتصادی) حائز اهمیت است.

۱. بررسی وضعیت آمار:

- مطالعات طولی سال ۱۹۹۰ در ۲۰۴ کشور نشان داد، افسردگی به‌عنوان عامل اصلی مرگ و ناتوانی بشر در رتبه ۱۹ و در سال ۲۰۱۹ در رتبه ۱۳ می‌باشد (۵).
- در سال ۲۰۱۷ گزارش شده هر سال تقریباً ۸۰۰ هزار نفر به دلیل افسردگی خودکشی می‌کنند (۶).
- در سال ۱۹۹۰ مبتلایان به افسردگی در جهان ۱۷۲ میلیون نفر (۵)، در سال ۲۰۱۷ این تعداد ۳۲۲ میلیون نفر (۶)، در سال ۲۰۲۲ بیش از ۳۰۰ میلیون نفر (۱۳) و در سال ۲۰۲۳ تقریباً ۲۸۰ میلیون نفر (۲) گزارش شده است.
- در ایران شیوع افسردگی بین ۱۱/۹٪ و ۲۳/۸٪ در نوسان است (۱۴).

۲. بررسی تبعات اقتصادی:

- در سال ۲۰۲۱ هزینه مستقیم مبتلایان به افسردگی در

آمریکا سالانه حدود ۹۸/۸ میلیارد دلار ارزیابی شده است (۱۵).

- در گزارش بین‌المللی سال ۲۰۲۲ سالانه بالغ بر ۲۱۰ میلیارد دلار بار مالی برای افسردگی برآورد شده است. این گزارش برای ایران نیز همین میزان بار مالی را برآورد نموده است (۱۳).

- تحقیقات نشان داده افسردگی وقتی در کنار اضطراب قرار گرفته سالانه ۱۲ میلیارد روز کاری را از بین برده و هزینه‌ای نزدیک به ۱ تریلیون دلار به اقتصاد جهانی تحمیل کرده است (۱۶-۱۷).

تمامی این موارد گویای این مسئله است که وضعیت فعلی این بیماری حاد و بغرنج بوده و ضرورت دارد با انجام پژوهش‌های مختلف، راهکارهای موثری برای برون‌رفت از این چالش ارائه شود. به ویژه اینکه افسردگی همواره تأثیرات منفی و عمیقی بر فرد و جامعه داشته و تحقیقات نشان داده که افسردگی علاوه بر اینکه منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود، موجب افزایش خطر خودکشی می‌گردد (۱۶).

با این حال زمانی که افسردگی، شدید یا مزمن می‌گردد منجر به بروز مشکلات و آسیب‌های فراوانی در فرد می‌شود؛ به همین خاطر پرداختن به درمان افرادی که با افسردگی خو گرفته و بیماری در آن‌ها مزمن شده است (تبدیل به افسردگی پایدار شده است) بسیار حائز اهمیت است چرا که احتمال ایجاد هرگونه شرایط بحرانی را در فرد فراهم می‌کند. افسردگی پایدار^۱ (PDD) یک اختلال شدید و عودکننده بوده و موجب کاهش عملکرد فردی و اجتماعی و از سوی پایین آمدن کیفیت زندگی فرد خواهد شد (۱۲). افسردگی پایدار یک وضعیت پیچیده در سلامت روان است که در آن فرد مداوم با خلق و خوی ضعیف، از دست دادن علاقه یا لذت در فعالیت‌ها، کاهش انرژی، تغییر در اشتها یا وزن، تغییر در الگوهای خواب، مشکل در تمرکز، احساس بی‌ارزشی یا گناه و افکار مکرر مرگ یا خودکشی درگیر می‌باشد (۴). ویژگی اصلی این اختلال، خلق افسرده است

¹ - persistent depressive disorder



که اکثر ساعات روز و اکثر روزها، به مدت حداقل ۲ سال روی می‌دهد (۱۸). پژوهش‌های بین‌المللی نشان‌داد تعداد موارد افسردگی پایدار در جهان از ۱۶۲ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به ۲۴۱ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ افزایش یافته (در ایران این آمار طی سال‌های اشاره‌شده به‌طور قابل‌توجهی افزایش داشت) از سویی همین پژوهش نشان‌داد اکثر مبتلایان به افسردگی عمومی دارای اختلال افسردگی پایدار نیز هستند (۷).

به دلیل نقش محوری زنان در جامعه و تأثیر عملکرد آن‌ها بر اعضای خانواده، ابتلای آن‌ها به افسردگی ممکن است موجب اختلال در فرآیند خانواده شود؛ زیرا افسردگی پایدار در میان زنان تقریباً دو برابر مردان است (۱۹). بنابراین، ضرورت دارد که این مسأله به‌عنوان یک چالش اساسی در جامعه موردپژوهش قرارگیرد و برای آن از راهکارهای درمانی علمی استفاده شود. در این پژوهش، سعی بر این شده تا با استفاده از امیددرمانی و درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت-دین، اثربخشی هر کدام را بر اساس بافت جامعه ایران (اصفهان) موردسنجش قرارگیرد.

معنویت و مذهب از گذشته تاکنون نقش مهمی در زندگی فردی و اجتماعی بشر داشته‌اند. مطالعات متعدد نشان داده که درمان‌های همراه با معنویت می‌توانند در بهبود اختلالات روانی موثر باشند (۲۰) لیکن، طی چندین سال درمانگران رغبت چندانی برای استفاده از معنویت نشان نمی‌دادند؛ درحالی‌که که بیش از ۵۰٪ بیماران روان‌درمانی در آمریکا خواهان توجه به این عنصر در فرآیند درمان هستند (۲۱).

نادیده گرفتن معنویت در روان‌درمانی سنتی به عنصر معنویت منجر به ناپایداری تغییرات رفتاری و درصد بالای بازگشت به رفتارهای ناپه‌نجا شده است (۲۲). معنویت با سلامت و بهزیستی بیماران ارتباط مثبت داشته (۲۳) و برای افراد مبتلا به بیماری‌های روانی جدی، مکانیسم مقابله با استرس است (۲۴). امروزه طیف وسیعی از درمانگران معتقدند که برای افزایش اثربخشی درمان، باید از

راهکارهای معنوی در چارچوب مفاهیم دین-مذهب استفاده‌نمود؛ زیرا این مفاهیم عمیقاً در روان‌درمانی تأثیرگذارند (۲۵). به‌ویژه اینکه نادیده‌گرفتن ارزش‌های معنوی بیماران غیر اخلاقی است و می‌تواند منجر به آسیب و ناراحتی شود (۲۲).

از طرفی، امید به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با شرایط جدید و بحرانی پاسخ مناسب داشته باشند. امید یکی از منابع قوی برای مقابله با مشکلات و تنش‌های زندگی است و هرچه امید در افراد بالا برود و یا تقویت شود، ضمن ارتقاء سلامت جسمی و روانی، موجب افزایش خودارزشی، تفکر مثبت و تعاملات مؤثر و مفید در روابط فردی و اجتماعی می‌شود (۲۶).

امیددرمانی، که بر اساس نظریه امید اسنایدر^۱ طراحی شده، موجب افزایش تفکر امیدوارانه می‌گردد. این رویکرد درمانی بر اساس درمان شناختی-رفتاری، درمان راه‌حل‌محور و روایت‌درمانی تدوین شده است و هدف آن کمک به بیماران برای تغییر باورها و اهداف زندگی می‌باشد (۲۷). امیددرمانی با ایجاد مثلث شناختی مثبت نسبت به خود، جهان و آینده، کمک می‌کند رضایت، افزایش تاب‌آوری و در نهایت کاهش افسردگی در فرد فراهم‌شود (۲۸). بنابراین، به‌نظر می‌رسد با تقویت امید می‌توان در بسیاری از موارد افراد گرفتار در بحران‌های زندگی، به‌ویژه افراد افسرده را نجات داد.

در مجموع پیرامون تأثیر معنویت و امید پژوهش‌های مختلفی انجام شده که بخشی از آن‌ها در جدول شماره (۱) اشاره شده است.

افزایش اختلالات به‌ویژه افسردگی، ضرورت شناسایی درمان مناسب برای این بیماران را برجسته کرده است. بنابراین، لازم است انواع درمان‌های نوین و یا رایج بومی‌سازی شده و برای بیماران کشور مورد استفاده قرار گیرد. در این پژوهش

^۱-Charles Richard Snyder



جدول شماره (۱) نمونه پژوهش‌های مرتبط با این پژوهش

سال	نویسنده	شماره منبع	نتایج پژوهش
۱۴۰۳	عبدی	۲۹	معنویت‌درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری برای افزایش امید به زندگی و شادکامی بیماران سرطانی داشت.
۱۴۰۰	خلیلی‌دوآبی و همکاران	۳۰	امیددرمانی اثربخشی بیشتری نسبت به رواندرمانی برای کاهش افسردگی داشت.
۱۴۰۰	احمدی و همکاران	۳۱	معنویت‌درمانی اثربخشی بیشتری به نسبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان داشت.
۱۴۰۰	پیروی و همکاران	۳۲	امیددرمانی اثربخشی بیشتری نسب به معنویت‌درمانی برای کاهش افسردگی داشت.
۱۴۰۰	قربانی و همکاران	۳۳	گروه درمانی معنوی بر افسردگی اثربخشی داشت.
۲۰۲۰	فاوال و همکاران	۳۴	امید در افسردگی نقش مثبتی برای کاهش شدت آسیب‌شناسی روانی و خودکشی دارد.
۲۰۲۰	بلور، جوز و جوشانلو	۳۵	امید واسطه کاهش ترس از خوشبختی و افسردگی است.
۱۳۹۹	برقعی و روشن	۳۶	معنویت‌درمانی دینی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش افسردگی دارد.
۱۳۹۹	عیسی‌زاده، صفاری‌نیا	۳۷	معنویت‌درمانی، اثربخش برای کاهش افسردگی بیماران کووید است.
۱۳۹۹	هاشمیان، نامداری و عابدی	۳۸	امیددرمانی گروهی موجب افزایش سلامت‌روان و معناداری دختران افسرده می‌شود.
۱۳۹۹	ایروانی، فرنوش	۳۹	امیددرمانی موجب افزایش توانمندی رفتاری مبتلایان به افسرده‌خویی است.

دو روش درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت-دین^۱ (در این مقاله به اختصار درمان معنویت) و امیددرمانی انتخاب و با همدیگر مقایسه و اثربخشی هر کدام بر اساس بافت جامعه ایران-اصفهان به‌عنوان جامعه آماری موردسنجش قرارگرفت. در مجموع مفروضات این پژوهش بدین شرح می‌باشد:

(۱) درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت-دین و امیددرمانی بر علائم افسردگی پایدار زنان شهر اصفهان تاثیر معنی‌داری دارد.

(۲) بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت-دین و امیددرمانی بر علائم افسردگی پایدار زنان شهر اصفهان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

روش

این پژوهش بر اساس روش نیمه تجربی (با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل) انجام شده است. در این طرح، برای گروه‌های آزمایشی اول و دوم به ترتیب درمان معنویت و امیددرمانی تعریف و اجرا شد؛ اما برای گروه کنترل هیچ درمانی در نظر گرفته نشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان شهر اصفهان با علائم افسردگی پایدار بود.

¹ - Cognitive-Behavioral Therapy Mixed with Spirituality and Religion



بررسی شد (۳ ماه بعد). داده‌های پژوهش با نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۶) تجزیه و تحلیل شد.

ابزار پژوهش

پرکاربردترین معیار برای تشخیص علائم افسردگی پایدار «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا» که اکنون در ایران نیز بر اساس جدیدترین ویرایش (DSM5) استفاده می‌شود. منتها در این پژوهش به جزء منبع اشاره شده از مقیاس رتبه‌بندی دیس‌تایمی کرنل (CDRS) میسون^۱ و همکاران استفاده شده است (۴۰). این پرسشنامه یکی از پرکاربردترین ابزارهای سنجش افسردگی پایدار بوده و در برگزیده ۲۰ سوال می‌باشد. پروتکل هر دو روش درمانی به شرح جدول ۲ و ۳ می‌باشد.

روش انتخاب نمونه آماری: برای تعیین نمونه آماری ۳۶ نفر از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند استفاده شد. علت انتخاب این حجم نمونه به دلایل زیر بود: ۱) تعداد نمونه در دسترس، ۲) محدودیت زمان و منابع مالی پژوهشگران، ۳) طولانی بودن جلسات درمانی، ۴) ملاک‌های ورود و خروج، ۵) محدودیت نفقات معرفی‌شده و...

نمونه آماری به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفره تقسیم شدند (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل). سپس از هر سه گروه پیش‌آزمون اخذ گردید، و پروتکل درمانی بر روی دو گروه آزمایش اجرا شد. پس از آن، مجدداً از هر سه گروه پس‌آزمون اخذ گردید. در انتها میزان پایداری مداخلات

جدول (۲) پروتکل معنویت‌درمانی

شماره جلسه	هدف/محتوای جلسه
۱	جهت‌گیری: اخذ رضایت/ارزیابی بافت باورهای دینی- معنوی بیمار
۲	ارزیابی کارکردی: تمرکز بر درمان بر اساس بافت دینی- معنوی بیمار/ بررسی ارتباط دین- معنویت با بیماری و فرمول‌بندی مدل اولیه‌ای درمان.
۳	مشارکت: به بیمار کمک می‌شود ارتباط بین افسردگی را با بافت معنوی خود بررسی کند
۴ و ۵	نظارت/ارزیابی مجدد کارکردی: کمک به بیمار برای ارائه بازخورد از روند تاثیر تمرکز بر مسائل معنوی/ مجدداً با توجه به بافت معنوی بر درمان تمرکز می‌شود/ مدل تکمیلی از بیماری فرمول‌بندی می‌شود.
۶	ارتباط دعا و بیماری: شناختن دعاهایی که در باور مراجع وجود دارد/ تقویت بافت بیمار درباره دعا و ترغیب او به انجام بیشتر دعاهایی که مراجع ارتباط بهتری با آنها برقرار میکند.
۷ و ۸	تقویت رفتارهای دینی- معنوی/ مراقبه، تامل و تفکر: شناسایی رفتارهای دینی- معنوی مراجع و تقویت آن/ ایجاد پذیرش درباره ارتباط برخی مشکلات بعنوان آزمایش معنوی برای رشد و تعالی
۹	تقویت خرده علائق دینی- معنوی: تقویت: ۱) اذکار معنوی که مراجع با آن ارتباط بهتری دارد؛ ۲) اوقاتی که با توکل یا توسل حال روحی و روانی بهتری دارد/ ایجاد روحیه بخشندگی؛ ۳) روحیه صبر
۱۰	برنامه‌ریزی رفتاری: فرمول‌بندی معنوی عملی بر اساس باورهای جدید



جدول (۳) پروتکل امیددرمانی

شماره جلسه	محتوای جلسات
۱	آشنایی، بیان اهداف درمان
۲	آموزش اهمیت هدفمند بودن در زندگی و چگونگی رشد امید
۳	بررسی داستانهای زندگی بیمار/ مقایسه زندگی خود با دیگران/ یافتن امید در زندگی دیگران و نهادینه کردن آن برای خود
۴ و ۵	تبیین داستانهای زندگی بر اساس مؤلفه‌های نظریه امید
۶	تهیه لیستی از اتفاقات جاری و دادن معنا به آنها
۷ و ۸	انتخاب و بیان هدفهای مناسب/ افزایش امید، شناسایی رسیدن به اهداف
۹	بیان گذرگاههای مناسب جهت دستیابی به اهداف
۱۰	حفظ و ارتقاء امید و جمع‌بندی مطالب

یافته‌ها

گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌داری داشته‌اند که با توجه به کاهش معنی‌داری نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، دو روش درمانی در مقایسه با گروه کنترل اثر معنی‌داری بر کاهش افسردگی داشته‌اند (تأیید فرضیه اول). همچنین، فقدان تفاوت معنی‌دار بین دو مرحله سنجش پس‌آزمون و پیگیری (سطح معنی‌داری برابر با ۰/۳۳۸) نشان‌دهنده پایداری اثر دو روش درمانی در طول زمان مطالعه است.

فرضیه اول: درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت- دین و امیددرمانی بر علائم افسردگی پایدار زنان شهر اصفهان تأثیر معنی‌داری دارد.

نتایج به‌دست‌آمده از طرح ترکیبی سنجه‌های تکرار شده و آنالیز کواریانس در جدول شماره (۴) نشان می‌دهد که فرضیه اول تأیید شده است (سطوح معنی‌داری برای سه وضعیت درون‌آزمودنی، بین‌آزمونی و ترکیبی برابر با ۰/۰۰۱ است). میانگین تغییر نمرات در سه مرحله سنجش بین

جدول (۴) برآورد سطح معناداری برای آزمون فرضیه اول: اثر دو روش درمان

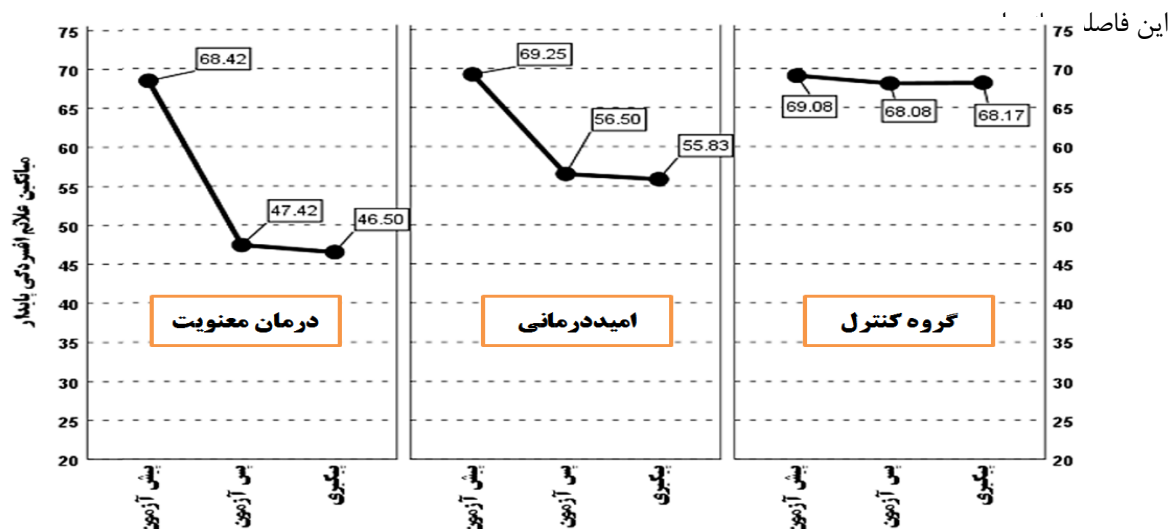
نوع اثر	آزمون کلی و مقابله‌های زوجی	مجموع مربعات نوع سوم	درجه‌آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	نتیجه
درون‌آزمودنی	بدون تعدیل	۳۸۰۰	۶	۶۴۰	۱۹۶	۰/۰۰۱	تأیید فرضیه تحقیق
(در مجموع)	تعدیل گرین‌هاوس گایسر	۳۸۰۰	۴	۹۵۰	۱۹۶	۰/۰۰۱	
بین‌آزمودنی							
(در مجموع)		۲۷۰۰	۳	۹۰۰	۱۸	۰/۰۰۱	تأیید فرضیه تحقیق
ترکیبی	پیش‌آزمون / پس‌آزمون	۵۶۰۰	۳	۱۸۵۰	۲۳۳	۰/۰۰۱	تأیید فرضیه تحقیق
درون‌آزمودنی/ بین‌آزمودنی	پیش‌آزمون / پیگیری	۵۸۰۰	۳	۱۹۵۰	۲۰۴	۰/۰۰۱	
بین‌آزمودنی	پس‌آزمون / پیگیری	۶/۵	۳	۱/۲	۱/۱۵۴	۰/۳۳۸	پایداری اثر

را در دو گروه آزمایشی طی سه مرحله اندازه‌گیری نشان می‌دهد. هرچند در هر دو گروه آزمایشی میانگین علائم افسردگی پایدار کاهش یافته است، اما شدت کاهش متفاوت بوده است. بیشترین کاهش در گروه آزمایشی درمان معنویت و کمترین کاهش در گروه امیددرمانی مشاهده می‌شود.

کاهش بین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایشی الگوی متفاوتی داشته است (کاهش بیشتر در گروه معنویت تا میانگین تقریباً ۴۷ و کاهش کمتر در گروه امیددرمانی تا میانگین تقریباً ۵۷). الگوی مشاهده شده در بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه یکسان است، به‌طوری‌که خط ترسیم شده بین آن‌ها تقریباً افقی و بدون شیب است و نشان‌دهنده پایداری و ثبات نتایج در

معنی‌داری ۰/۰۰۴ است که نشان‌دهنده کاهش معنی‌دار است. آزمون فرضیه دوم نشان می‌دهد دو روش درمانی در سطح اثربخشی تفاوت معنی‌داری دارند (سطح معنی‌داری ۰/۰۳۰). به عبارت دیگر، تفاوت اثربخشی آن‌ها با مقدار ۰/۲۳۶ به لحاظ آماری معنی‌دار و تصادفی نیست. بنابراین، فرضیه دوم تأیید می‌شود.

نمودار شماره (۲) تأیید فرضیه دوم را نشان می‌دهد. نمودار تفاوت در شدت کاهش علائم افسردگی پایدار در هر دو گروه آزمایشی و کنترل را نمایش می‌دهد. اثربخشی هر دو روش مشهود است، اما شدت کاهش میانگین افسردگی در آن‌ها متفاوت است (میانگین درمان معنویت ۴۷ و امیددرمانی ۵۶). لذا، ضمن تأیید فرضیه دوم، می‌توان ادعا کرد اثربخشی درمان معنویت بیشتر از امیددرمانی است.



نمودار (۱) جهت آزمون فرضیه اول: مقایسه میانگین علائم افسردگی پایدار در سه مرحله

نتایج مرحله پیگیری نیز نشان‌دهنده ثبات و پایداری نتایج درمانی است.

فرضیه دوم: بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت-دین و امیددرمانی بر علائم افسردگی پایدار زنان شهر اصفهان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

اطلاعات جدول شماره (۵) نشان می‌دهد اثربخشی روش درمان معنویت برابر با ۵۵۷/۰ با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ و اثربخشی روش امیددرمانی برابر با ۳۲۱/۰ با سطح



جدول (۵) برآورد سطوح معناداری بر اساس طرح ترکیبی سنجش‌های تکرار شده و آنکوا

گروه‌های درمانی و کنترل	درمان معنویت	امیددرمانی
امیددرمانی	برآورد مقابله	-۶/۴۱۷
	خطای معیار	۲/۷۷۰
	سطح معنی‌داری	۰/۰۳۰
	کران پایین	-۱۲/۱۶۲
	کران بالا	۰/۶۷۱
کنترل	برآورد مقابله	-۱۴/۳۳۳
	خطای معیار	۲/۸۹۰
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰
	کران پایین	-۲۰/۱۵۸
	کران بالا	-۸/۵۰۹
ضریب اتای جزئی	برآورد مقابله	۰/۵۵۷
	خطای معیار	۰/۰۰۰
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰
	کران پایین	-۲۰/۱۵۸
	کران بالا	-۸/۵۰۹

تفاوت ضرایب تأثیر = ۰/۲۳۶

سطح معنی‌داری = ۰/۰۳۰

تأیید فرضیه تحقیق

نتیجه



نمودار خطی (۲) جهت آزمون فرضیه دوم: مقایسه میانگین علائم افسردگی پایدار بین گروه‌ها

۶۵ / مجله دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، دوره ۱۱، شماره ۴، پیاپی ۴۱، زمستان ۰۲



بحث

افسردگی ممکن است در نگاه اول یک بیماری فردی به نظر برسد و تبعات اجتماعی نداشته باشد، اما گزارشات آماری نشان می‌دهند که این اختلال می‌تواند تأثیرات مخربی بر عملکردهای فردی و اجتماعی بیمار داشته باشد. متأسفانه، افسردگی در ایران نرخ بالایی دارد. بنابراین، برای از بین بردن یا کاهش افسردگی، باید روش‌های درمانی مناسب اتخاذ شود تا به داشتن جامعه‌ای سالم امیدوار بود. در این میان، دو متغیر مهم امید و معنویت می‌توانند زمینه کاهش بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات، به‌ویژه افسردگی، را فراهم کنند. از این رو به دلیل اهمیت و ضرورت پرداختن به افسردگی پایدار زنان، این پژوهش با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت-دین و امیددرمانی بر افسردگی پایدار زنان اصفهان انجام و برای آن مفروضاتی به شرح زیر مطرح شد.

(۱) درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت-دین و امیددرمانی موجب کاهش افسردگی می‌شود.

(۲) بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت-دین و امیددرمانی بر علائم افسردگی پایدار تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتایج این پژوهش نشان داد هر دو روش درمانی اثربخشی معنی‌داری بر کاهش علائم افسردگی پایدار زنان شهر اصفهان دارند (که با آزمایش فرضیه اول این نتیجه حاصل گردید)؛ منتها سطح اثربخشی روش درمان معنویت به نسبت امیددرمانی بیشتر ارزیابی شد (که با آزمایش فرضیه دوم این نتیجه حاصل گردید).

درباره اثربخشی امیددرمانی یافته‌های پژوهش با تحقیق خلیلی‌دوآبی و همکاران (۳۰)، پیروی و همکاران (۳۲)، فاوال و همکاران (۳۴)، بلور، جوز و جوشانلو (۳۵)، هاشمیان، نامداری و عابدی (۳۸)، ایروانی، فرنوش (۳۹)

همسو می‌باشد. در تبیین این نتایج آنچه که مشهود است از طریق امیددرمانی آرامش بدنی و ذهنی، افزایش احساس کنترل، امیدواری و انتظار شرایط بهتر برای تندرستی در فرد تقویت می‌شود و همین موجب کاهش افسردگی می‌گردد. ناظر بر این مفهوم نظریات بک^۱ درباره افسردگی است. او ناامیدی را عامل اصلی افسردگی قلمداد می‌کند و معتقد است ناامیدی علاوه بر اینکه فلج‌کننده اراده است باعث کاهش تاب‌آوری و میل به گریز از یک موقعیت می‌شود؛ به‌ویژه اینکه ناامیدی یکی از نشانه‌های بالینی افسردگی است (۱۸). علاوه بر آن در نظریه امید، تکرار در شکست برای رسیدن به اهداف موجب کاهش امید می‌شود که این اولین مرحله ایجاد افسردگی است؛ از این رو تلاش می‌شود تا با تمرکز بر تفکر امیدوارانه، از طریق امیددرمانی بهبود ظرفیت حل مسأله و نشانه‌های عاطفی مثبت در فرد فراهم شود (۴۱). ناظر بر این مهم نظر ریتنووتی^۲ و همکاران است که معتقدند امید داشتن و امیدوار بودن یکی از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در مواجهه با تنش‌ها می‌باشد (۴۲).

نتیجه‌گیری

در این پژوهش اگر چه در فرضیه اول اثربخشی هر دو روش درمانی موردتایید قرار گرفت، لیکن، در فرضیه دوم نشان داد معنویت‌درمانی در مقایسه با امیددرمانی اثربخشی بیشتری دارد. این یافته‌ها با پژوهش عبدی (۲۹)، احمدی و همکاران (۳۱)، قربانی و همکاران (۳۳)، برقی و روشن (۳۶)، عیسی‌زاده، صفاری‌نیا (۳۷) همسو و با پژوهش خلیلی‌دوآبی و همکاران (۳۰) و پیروی و همکاران (۳۲) ناهمسو بود. از این رو در تبیین این مسئله موارد زیر حائز اهمیت است.

(۱) این اثربخشی معنویت‌درمانی می‌تواند به این دلیل باشد که درمان معنویت ساختار روشنی دارد و علاوه بر استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری بر مفاهیم معنویت و دین تاکید داشته باشد به همین جهت موجب بروز یک تجربه متعالی در فرد افسرده می‌شود تا بتواند در مقابل انواع

2 - Retnowati

1 - Beck



رنج‌های مرتبط با افسردگی، تاب‌آوری بیشتری به‌دست‌آورد. از طرفی بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده پرداختن به معنویت، موجب کاهش بی‌نظمی، اضطراب و اختلالات خلقی و افزایش رضایت از زندگی (که پایه‌های شکل‌گیری افسردگی است) می‌شود.

۲) تورسن و هریس^۱ (۲۰۰۲) معتقدند افرادی که معنویت درونی خود را تقویت می‌کنند، به نسبت سایر افراد از لحاظ سلامت روان و نشاط معنوی در سطح مطلوب‌تری قرار دارند (۴۳). مضاف بر آن برنان^۲ (۲۰۰۴) معتقد است معنویت و دین‌داری علاوه بر کاهش مشکلات جسمی موجب تقویت تاب‌آوری روانی می‌شود (۴۴).

۳) وقتی سلامت معنوی فرد به خطر می‌افتد، ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. بنابراین، تقویت منابع مذهبی یا معنوی در فرد زمینه بهبود کیفیت زندگی و در کل ارتقاء سطح تعاملات می‌گردد که در نهایت برای کاهش علائم افسردگی سودمند خواهد بود. مضاف بر آن برخی پژوهش‌ها نشان داده است سطح افسردگی افرادی که معنویت بالایی دارند، پایین‌تر از سایر افراد است.

۴) پژوهش‌های مختلفی نشان‌دهنده همبستگی بالایی بین سلامت روانی و اعتقادات معنوی وجود دارد. ناظر بر این مفهوم سوراجاکول^۳ و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند افراد افسرده همواره احساس می‌کنند که از خدا، دیگران و خودشان احساس جدا شده‌اند ولی معنویت به آن‌ها کمک می‌کند تا بهتر با افسردگی مقابله کنند (۴۵). در پژوهش دیگری دیسروزیرز و میلر^۴ (۲۰۰۷) به این نتیجه رسیدند که ارتباط معناداری بین تجربیات معنوی روزانه با سطح افسردگی وجود دارد (۴۶).

محدودیت‌ها

همواره در انجام هر پژوهشی محدودیت‌هایی وجود دارد که منتج به ارائه پیشنهاداتی موثر برای آینده خواهد شد؛ از این رو محدودیت و پیشنهادات این پژوهش به شرح می‌باشد:

۱. جامعه آماری: تمرکز این پژوهش فقط بر جامعه آماری زنان بوده و در آن مردان یا سنین مختلف بررسی نشده است.

پیشنهاد: در پژوهش‌های بعدی به سایر گروه‌های سنی و جنسیتی نیز پرداخته شود.

۲. محدوده جغرافیایی: تمرکز این پژوهش فقط در شهر اصفهان بود بنابراین، از لحاظ تعمیم به سایر مناطق محدودیت دارد.

پیشنهاد: مشابه این پژوهش در سایر شهرها و حتی اقوام یا طبقه اجتماعی و فرهنگی نیز انجام شود.

۳. پیگیری نتایج درمان: پیگیری پایداری نتایج درمان فقط تنها پس از ۳ ماه انجام شده است (پیگیری بلندمدت انجام نگرفته است).

پیشنهاد: در این دست پژوهش‌ها، ضمن ارتباط مستمر با بیماران به صورت بلندمدت، پایداری نتایج حاصله مورد ارزیابی قرار گیرد.

۴. تجزیه و تحلیل داده‌ها: اگر چه از طریق حذف متغیرهای پنهان در بخش تجزیه و تحلیل داده‌ها سعی شده است محدودیت‌های مرتبط با تعداد نمونه و روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند را کاهش داد.

پیشنهاد: اثربخشی این درمان‌ها در مراکزی که به صورت تخصصی به بیماران افسرده خدمات می‌دهند بررسی شود.

³ - Sorajjakool

⁴ - Desrosiers And Miller

¹ - Thoresen and Harris

² - Brennan



تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان اعلام می کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافعی با سازمان ها و اشخاص دیگری ندارد.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای سمیه سلیمانی رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی خمینی شهر با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1401.128 می باشد. این کد در تاریخ ۱۴۰۱/۰۸/۰۹ توسط دانشگاه آزاد نجف آباد صادر شده است. مضاف بر آن در این پژوهش سعی شد تا به هیچ کدام از مشارکت کنندگان، هزینه درمانی تحمیل نگردد و تیم پژوهشی تلاش نمود تمامی جنبه های اخلاقی برای آن ها رعایت گردد (جنبه هایی مانند: کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش، دادن اطمینان به افراد مبنی بر اینکه تمامی مطالب محرمانه خواهد بود، قبل از شروع پژوهش درباره روش کار اطلاع رسانی شد تا به اختیار خود مشارکت داشته باشند، به تمامی سوالات شرکت کنندگان در طول درمان پاسخگویی شد، رعایت حریم خصوصی مشارکت کنندگان تامین گردید و...)

۵. استفاده از ابزارهای روان سنجی متنوع: در این پژوهش برای سنجش افسردگی پایدار فقط بر روی یک ابزار روان سنجی خاص تکیه شده است.

پیشنهاد: برای ارتقاء نتایج مناسب است از چندین ابزار معتبر و متنوع برای سنجش افسردگی استفاده شود.

۶. تنوع متغیر: در این پژوهش فقط متغیر افسردگی پایدار زنان بررسی و مقایسه شده است.

پیشنهاد: بررسی اثرات متغیرهای پیدا و پنهان دیگر مانند: اضطراب، استرس و کیفیت زندگی نیز تحلیل درست تری به پژوهشگر می دهد.

۷. بررسی تاثیرات اجتماعی و اقتصادی: در این پژوهش تاثیرات اجتماعی و اقتصادی که بعضا به عواملی موثر بر افسردگی هستند بررسی نشدند.

پیشنهاد: در پژوهش های آیند مناسب است این موارد لحاظ و مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش کمال قدردانی را داشته باشند.

References:

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. 31 March 2023 [cited 24 January 2025][A]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression)
2. World Health Organization. Depressive disorder (depression). 31 March 2023[B]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression). Accessed 24 January 2025.
3. The Economic Cost of Depression is Increasing; Direct Costs are Only a Small Part. Depression, Patients and Families. May 27, 2021. Available from: <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/the-economic-cost-of-depression-is-increasing>](https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/the-economic-cost-of-depression-is-increasing). Accessed January 24, 2025.
4. Errazuriz, A., Avello-Vega, D., Ramirez-Mahaluf, J. P., Torres, R., Crossley, N. A., Undurraga, E. A., & Jones, P. B. (2023). Prevalence of depressive disorder in the adult population of Latin America: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Regional Health - Americas, 26, 100587. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100587>



5. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204–1222. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
6. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017[C]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. WHO Team. Number of pages 24, WHO Reference Number: WHO/MSD/MER/2017.2.
7. Liu Q, He H, Yang J, Feng X, Zhao F, Lyu J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *J Psychiatr Res*. 2020;126:134-140. doi:10.1016/j.jpsychires.2019.08.002
8. Sotodeh Asl N, Gholami B, Ghorbani R. Effects of cognitive therapy, drug therapy and combined therapy in improvement of major depression. *Koomesh*[Internet]. 2011;13(1(41)):114-119.[Persian]
9. Butler, Gillian; Hope, Tony. (۲۰۱۴). *Treating Depression (Psychological Cold)*, Translated by: Koushyar Karimi Tari. Tehran: Nasl-e-No Andish.[Persian]
10. KC, A., Chandna, J., Acharya, A., Gurung, R., Andrew, C., & Skalkidou, A. (2024). A longitudinal multi-centric cohort study assessing infant neurodevelopment delay among women with persistent postpartum depression in Nepal. *BMC Medicine*, 22(1), 284. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03501-0>
11. Jhangir S, Jameel R. Sociotropy-autonomy, self-criticism and self-esteem in individuals with or without depression. *J Pak Med Assoc* [Internet]. 2023 Oct. 30 [cited 2025 Jan. 24];73(11):2196-9. Available from: https://jpma.org.pk/index.php/public_html/article/view/8189
12. Farhadi, M., Yarmohamadi Vase, M., Zoghi Paidar, M. R., Chegin, A. A. The Efficacy of Hypnotherapy Based on Ego Strengthening on Treatment of Major Depression in Female-Headed Households. *Psychological Achievements*, 2017; 24(1): 63-78. doi: 10.22055/psy.2017.16245.1429[Persian]
13. World Population Review. Title of the Article. Available from: <https://worldpopulationreview.com>. Accessed [2022].
14. Nezami, L., Alivandi Vafa, M., khademi, A., Babapour Kheiroddin, J. Native Modeling of Psychosocial Vulnerability to Persistent Depression of Women: A Grounded Theory Study. *Quarterly Journal of Woman and Society*, ۲۰۲۲; ۱۲(۴۸): ۵۱-۶۶. doi: ۱۰/۳۰۴۹۵/jzvj.۲۰۲۱/۲۶۵۲۰/۳۴۲۲[Persian]
15. Lerner D, Adler D, Shayani A, Rogers WH. Research on the Tufts Be Well at Work Program for Employees With Depression: ۲۰۰۵–۲۰۲۰. *Psychiatr Serv*. ۲۰۲۱ May ۷;۷۲(۱۲). doi: ۱۰/۱۱۷۶/appi.ps.۲۰۲۰۰۷۶۲
16. WHO and ILO call for new measures to tackle mental health issues at work. Sep ۲۸, ۲۰۲۲[A]. Available from: [<https://www.who.int/europe/news-room/۲۸-۰۹-۲۰۲۲-who-and-ilo-call-for-new-measures-to-tackle-mental-health-issues-at-work>](<https://www.who.int/news/item/۲۸-۰۹-۲۰۲۲-who-and-ilo-call-for-new-measures-to-tackle-mental-health-issues-at-work>). Accessed January ۲۴, ۲۰۲۵
17. WHO and ILO call for new measures to tackle mental health issues at work. Joint News Release, Geneva, Switzerland. September ۲۸, ۲۰۲۲[B]. Available from: <https://www.who.int/news/item/۲۸-۰۹-۲۰۲۲-who-and-ilo-call-for-new-measures-to-tackle-mental-health-issues-at-work>. Accessed January ۲۴, ۲۰۲۵.
18. Ganji M. Psychopathology based on DSM-۵, Volume ۱. Savalan Publications; ۲۰۲۲. [Persian]
19. Gilmer, W. S., Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Luther, J., Howland, R. H., Yohanna, D., Khan, A., & Alpert, J. (۲۰۰۵). Factors associated with chronic depressive episodes: A preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, ۱۱۲(۶), ۴۲۵-۴۳۳. <https://doi.org/۱۰/۱۱۱۱/j.۱۶۰۰-۰۴۴۷/۲۰۰۵/۰۰۶۳۳.x>.
20. Substantial research has evaluated the effectiveness of spirituality-infused psychotherapies for treating general mental disorders, with some positive outcomes reported for spirituality-infused cognitive-behavioral therapies for depression or substance abuse, including mindfulness-based cognitive therapy.
21. Rosmarin, David H., author.(2018).*Spirituality, religion, and cognitive-behavioral therapy : a guide for clinicians*.New York : The Guilford Press,Identifiers: LCCN 2017045235| ISBN 9781462535446. P14.
22. Hosseini, Bibi Zahra; Asai-Moznabi, Abolghasem; Fallah, Mohammad Hossein. (۲۰۲۲). Explanation of Unified Monotheistic Personality in Integrated Monotheistic Therapy from the Perspective of Islam. *Research in Religion and Health* [Internet]. ۲۰۲۲;۸(۱):۱۵۰-۱۵۹. Available from: <https://sid.ir/paper/۱۰۱۴۱۴۲/fa>. [Persian]
23. Britt KC, Acton G. Exploring the Meaning of Spirituality and Spiritual Care with Help From Viktor Frankl. *J Holist Nurs*. 2022 Mar;40(1):46-55. doi: 10.1177/08980101211026776. Epub 2021 Jun 24. Erratum in: *J Holist Nurs*. 2022 Sep;40(3):NP1-NP5. doi: 10.1177/08980101221127086. PMID: 34166126.



24. Hadi, M., & Janbozorgi, M. (۲۰۰۹). The effectiveness of integrated Islamic therapy on personality and clinical components. *Psychology & Religion*, ۲(۲), ۷۱-۱۰۴. [Persian]
25. Subica, A. M., & Yamada, A.-M. (۲۰۱۸). Development of a spirituality-infused cognitive behavioral intervention for individuals with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, ۴۱(۱), ۸-۱۵. doi:10.1037/prj000010۲.p8.
26. Rahimi, E., & Maredpour, A. (۲۰۲۱). Development of a meaning-based suicide prevention package and its effect on life expectancy, negative spontaneous thoughts, and suicidal ideation of female students of Yasuj University of Medical Sciences in ۲۰۲۰. *Armaghan Journal*, ۲۶(۴), ۶۸۴-۷۰۰. <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-۱-۳۰۵۱-fa.html>. [Persian]
27. Salimi, A., Abbasi, A., Zaharakar, K., Tameh, B., & Davarniya, R. (۲۰۱۷). The effect of group-based hope therapy on resiliency of mothers of children with autism spectrum disorder. *Armaghan Journal*, ۲۲(۳), ۳۵۰-۳۶۳. <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-۱-۱۷۶۳-fa.html>. [Persian]
28. Santos, V., Paes, F., Pereira, V., Arias-Carrión, O., Silva, A. C., Carta, M. G., Nardi, A. E., & Machado, S. (۲۰۱۳). The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: systematic review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, ۹, ۲۲۱-۲۳۷. <https://doi.org/10.1186/1745-0179.9.1.221>
29. Abdi, K., Arefi, M., Afsharinia, K., & Amiri, H. (۲۰۲۴). Comparison of the effectiveness of two group spiritual therapy approaches with acceptance and commitment based therapy on increasing life expectancy and happiness of cancer patients. *Research Journal of Medical Sciences*, ۳۱(۱), ۱-۱۱. <http://rjms.iuums.ac.ir/article-۱-۸۴۹۶-fa.html>. [Persian]
30. Khalili Doabi, M., Goudarzi, K., Rouzbehani, M., & Karimi, J. (۲۰۲۱). Comparison of the effectiveness of hope therapy and cognitive-behavioral therapy on depression of adolescent girls. *Islamic Lifestyle with a Health Focus*, ۵(۲), ۱۱۸-۱۲۵. Available from: <https://sid.ir/paper/985763/fa>. [Persian]
31. Ahmadi, S. A., Vaziri, Sh., Ahi, G., Lotfi Kashani, F., & Akbari, M. E. (۲۰۲۱). Comparison of the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and spiritual therapy on reducing psychological distress (anxiety, depression, and stress) in breast cancer patients. *Disability Studies*, ۱۱(۱), ۰-۰. SID. <https://sid.ir/paper/1029139/fa>. [Persian]
32. Peyrovi, M., Tahmooresi, N., Nasli Esfahani, A., & Moghimbeygi, A. (۲۰۲۱). Comparison of the effectiveness of hope therapy and spiritual therapy on self-care behavior, depression, and HbA^{1c} in middle-aged women with type ۲ diabetes. *Disability Studies*, ۱۱(۱), ۰-۰. SID. <https://sid.ir/paper/1028707/fa>. [Persian]
33. Ghorbani, A., Ghezelbash, S., Alizadeh, H., & Khosravi, M. (۲۰۲۱). The effect of spiritual group therapy on depression, anxiety, and stress in family caregivers of children with cancer. *Complementary Medicine Quarterly*, ۱۱(۳), ۱۹۶-۲۰۹. [Persian]
34. Favale, D., Bellomo, A., Lotti, P., Bradascio, C., & Ventriglio, A. (۲۰۲۰). Role of hope and resilience in the outcome of depression and related suicidality. *Psychology*, ۱۱, ۴۲۸-۴۳۵. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.113028>
35. Bloore, R., Jose, P., & Joshanloo, M. (۲۰۲۰). Does hope mediate and moderate the relationship between happiness aversion and depressive symptoms?. *Open Journal of Depression*, ۹, ۱-۱۶. <https://doi.org/10.4236/ojd.2020.91001>
36. Baraqai, S. S., & Roshan, R. (۲۰۲۰). Comparison of religious spiritual therapy and acceptance and commitment-based group therapy and their effects on reducing disgust and depressive disorder in women with obsessive-compulsive disorder. *Psychology & Religion Quarterly*, ۱۳(Spring ۲۰۲۰), ۱(Issue ۴۹). [Persian]
37. Eisazadeh, F., & Saffari Nia, M. (۲۰۲۱). The effectiveness of group spiritual therapy on depression, mental health, and psychological capital in recovering from Covid- ۱۹ disease. *Quran and Medicine*, ۵, ۱۱-۲۲. [Persian]
38. Hashemian, M., Namdari, K., & Abedi, A. (۲۰۲۰). Effectiveness of hope therapy based on group on mental health and meaning in life in depressed female students. *Quarterly Journal of Counseling Research*, ۱۹(۷۳), ۱۲۲-۱۴۴. <http://iran-counseling.ir/journal/article-۱-۵۸۹-fa.html>. [Persian]
39. Eiravani, F. (۲۰۲۰). The effectiveness of hope therapy training on behavioral competencies of clients with dysthymia in Semnan city. Available from: <https://civilica.com/doc/1502951>. [Persian]
40. Mason, B. J., Kocsis, J. H., Leon, A. C., Thompson, S., Frances, A. J., Morgan, R. O., & Parides, M. K. (۲۰۰۳). Rating scales in mental health (۲nd ed.). In S. Sajatovic & L. F. Ramirez (Eds.), *Tests and Measures in the Social Sciences* (pp. ۸۳-۸۸). Hudson, OH: Lexi-Comp.



41. Snyder, C., & Lopez, S. (۲۰۰۹). Oxford handbook of positive psychology. USA: Oxford University Press.
42. Retnowati, S., Ramadiyanti, D. W., Suciati, A. A., Sokang, Y. A., & Viola, H. (۲۰۱۵). Hope intervention against depression in the survivors of cold lava flood from Merapi Mount. *Social Behavior and Personality*, ۱۶۵, ۱۷۰-۱۷۸. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.619>.
43. Thoresen, C. E., & Harris, H. S. (۲۰۰۲). Spirituality and health: What's the evidence and what's needed?. *Annual Behavioral Medicine*, ۲۴(۱), ۳-۱۳.
44. Brennan, M. (۲۰۰۴). Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle-aged and older adults. *The International Journal for the Psychology of Religion*, ۱۴(۳), ۱۹۳-۲۱۴.
45. Sorajakool, S., Aja, V., Chilson, B., Ramírez-Johnson, J., & Earll, A. (۲۰۰۸). Disconnection, depression, and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. *Pastoral Psychology*, ۵۶(۵), ۵۲۱-۵۳۲. <https://doi.org/10.1007/s.11089-008-0125-2>
46. Desrosiers, A., & Miller, L. (۲۰۰۷). Relational spirituality and depression in adolescent girls. *Journal of Clinical Psychology*, ۶۳(۱۰), ۱۰۲۱-۱۰۳۷. <https://doi.org/10.1002/jclp.20409>.



Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Integrated with Spirituality-Religion Versus Hope Therapy on Persistent Depression Symptoms in Women in the year 2022

Somayeh Soleymani¹, Yousef Gorji^{2*}, Mahmood Sharifi Esfahani³

1. Ph.D. Student in Department of Counseling, Kho.C., Islamic Azad University, KhomeiniShahr, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran
3. Assistant Professor, Department of Counseling, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran

Type of Article Original Research

Received: 2025/01/03
Accepted: 2025/02/05

***Corresponding Author:**
Yousef Gorji, Assistant Prof.
Assistant Professor,
Department of Psychology,
KhomeiniShahr Branch,
Islamic Azad University,
Isfahan, Iran

TEL: 09131280635

Email: (gorji@iaukhsh.ac.ir)

Abstract

Introduction: The prevalence of depression among women is twice that of men. Depression is the most common illness among psychiatric disorders and imposes significant economic costs on patients and society. Localizing common treatments for patients who have become accustomed to depression and whose condition has developed into persistent depression is crucial. Therefore, in this study, two methods were compared: cognitive-behavioral therapy combined with spirituality-religion and hope therapy, and the effectiveness of each was assessed.

Methods: The research method was quasi-experimental (with a pretest-posttest design with a control group), and the statistical population included all women with symptoms of persistent depression in the city of Isfahan. Using accessible and purposeful sampling, 36 individuals were selected and randomly divided into three groups of 12 (two treatment groups as experimental groups and one group as a control). A pretest was conducted for all groups, followed by the implementation of therapeutic protocols. In the end, a posttest was conducted for all groups, and the stability of interventions was assessed three months later.

Results: The study confirmed the effectiveness of both therapeutic methods (cognitive-behavioral therapy combined with spirituality-religion and hope therapy); however, a comparison of both methods showed that spirituality therapy had greater effectiveness.

Conclusion: Given the effectiveness of both methods in reducing persistent depression in the sample population, the results can be generalized to the entire statistical population.

Keywords: Women's Health, Depression, Dysthymic Disorder, Positive Psychology, Spiritual Therapies

► *Please cite this article as:* Soleymani S, Gorji Y, Sharifi Esfahani M. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Integrated with Spirituality-Religion Versus Hope Therapy on Persistent Depression Symptoms in Women in the year 2022. J Neyshabur Univ Med Sci 2024;11(4):58-72.