

## The Effectiveness of Religious Cognitive Behavioral Therapy Compared to Classical Cognitive Behavioral Therapy on Depression, Self-image and God-image of Depressed Patients

Farhoush, \*M., Jamshidi, M.A., Dastani, M., Abdoljabbari, M., Farhoush, M.

### Abstract

**Introduction:** The purpose of present study was to investigate the effectiveness of religious cognitive behavioral therapy compared to classical cognitive behavioral therapy on depression and improving self-image and God-image in depressed patients.

**Method:** The study design was a randomized controlled trial. A total sample of 30 patients selected in which 15 patients received classical cognitive behavioral therapy, while others received religious cognitive behavioral therapy. The data collection tool included a semi-structured interview based on DSM (SCID-I), Glock and Stark's Religion Inventory, Beck's Depression Inventory, Beck's Self-concept Inventory and Lawrence's Godimage Inventory. All participants were asked to fill inventories in the pre and post treatment stages. Each protocol included ten 50 min sessions. Data were analyzed using a covariance analysis by SPSS 22 software.

**Results:** The findings of the study showed that religious cognitive behavioral therapy could significantly increase God-image ( $P < 0/001$ ) compared than classical cognitive therapy. The findings also showed that two religious and classical treatments significantly reduced depression and improved self-image and its components, but no significant difference was observed between them in this regard.

**Conclusion:** It could be concluded that cognitive behavioral therapy with an religious approach with all components and techniques could be recommended to reduce depression and to improve self-image and god-image of depressed patients.

**Keywords:** Religious Cognitive Behavioral Therapy, Classical Cognitive Behavioral Therapy, Depression, Self image, God image.

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری کلاسیک در افسردگی، خودپنداره و خداپنداره بیماران افسرده

محمد فرهوش<sup>۱</sup>، محمدعلی جمشیدی<sup>۲</sup>، محبوبه داستانی<sup>۳</sup>، مرتضی عبدالجباری<sup>۴</sup>، مجتبی فرهوش<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۸

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری کلاسیک در کاهش افسردگی و بهبود خودپنداره و خداپنداره در مبتلایان به افسردگی بود.

**روش:** طرح پژوهش حاضر کاربندی تصادفی کنترل شده بود. در این پژوهش ۳۰ نفر شرکت کردند. ۱۵ نفر درمان شناختی رفتاری کلاسیک و ۱۵ نفر درمان شناختی رفتاری مذهبی را بصورت فردی دریافت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مصاحبه نیمه-ساختاریافته بر اساس DSM (SCID-I)، پرسشنامه‌های دینداری گلاک و استارک، افسردگی بک و خودپنداره بک و خداپنداره لارنس بود که شرکت‌کنندگان در ابتدا و انتهای درمان به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. هر پروتکل شامل ده جلسه ۵۰ دقیقه‌ای بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS-۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری مذهبی به صورت معناداری بیش از درمان شناختی رفتاری کلاسیک، موجب افزایش احساس حضور و مراقب خدا و کاهش تصور منفی از خدا می‌شود ( $P < 0/001$ ). همچنین یافته‌ها نشان داد هر دو درمان مذهبی و کلاسیک بطور معناداری موجب کاهش افسردگی و بهبود خودپنداره و مؤلفه‌های آن شدند، اما اثربخشی آن‌ها با یکدیگر تفاوت معناداری نداشت.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش‌های استفاده از درمان شناختی رفتاری با رویکرد مذهبی و استفاده از مؤلفه‌ها و تکنیک‌های آن در کاهش افسردگی و بهبود خودپنداره و تصویر از خدای بیماران افسرده قابل توصیه است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی رفتاری مذهبی، درمان شناختی رفتاری کلاسیک، افسردگی، خودپنداره، خداپنداره.

## مقدمه

افسردگی یک مسئله مهم برای سلامت عمومی است. امروزه مشکلات و محدودیت‌هایی که اپیدمی کووید ۱۹ ایجاد کرده است، آسیب‌پذیری به افسردگی<sup>۱</sup> را افزایش داده است (۱). افسردگی اساسی یک اختلال خلقی است که فرد دچار احساس بی‌ارزشی، عدم لذت، عدم تمرکز، اختلال خواب و خوراک می‌شود. این مشکلات افسردگی باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۲). افسردگی باعث کمبود انرژی و اختلال در روابط بین فردی (۳) و همچنین تشدید و تداوم بیماری‌ها می‌شود (۴). اکثر افراد افسرده، خودسرزنشگری و احساس گناه دارند.

خودپنداره<sup>۲</sup> منفی در افراد افسرده شایع است (۵). افراد شاد و مثبت‌نگر هنگامی که با مشکلی مواجه می‌شوند، معمولاً بخشی از علت آن مشکل را شرایط یا دیگران ارزیابی می‌کنند و بخشی دیگر از آن مشکل را رفتار اشتباه خودشان می‌دانند و رفتارشان را موقتی، جزئی و موقعیتی ارزیابی می‌کنند اما افراد افسرده و منفی‌نگر، تمامی علت مشکل را شخصیت خودشان می‌دانند و آن را همیشگی و کلی و پایدار ارزیابی می‌کنند. در نتیجه خودپنداره افراد افسرده در تفسیر منفی وقایع تأثیر می‌گذارد و سپس این تفسیر منفی، خودپنداره ایشان را منفی‌تر می‌کند و این سیکل معیوب ادامه دارد (۶).

شواهد پژوهشی و بالینی نشان می‌دهد که افسردگی دو محور اصلی (۱) مسائل بین فردی (افسردگی اتکایی) مانند احساس رها شدن و تنهایی و (۲) اختلال در تصور خود (افسردگی درون فکنی شده) مانند احساس شکست، احساس ناتوانی و کمال‌گرایی افراطی دارد (۷).

شواهدی نشان می‌دهد که افراد افسرده مذهبی، درگیری‌های مذهبی دارند. ابورعیا و همکاران در بررسی شیوع، پیش‌بین‌ها و تلویحات روانشناختی درگیری‌های مذهبی معنوی بین مسلمانان فلسطینی دریافتند حدود ۴۰ درصد شرکت‌کنندگان درگیری‌های مذهبی را تجربه کرده‌اند. تصور مثبت از خدا سطح پایین‌تر درگیری‌ها و تصور منفی از خدا سطوح بالاتر درگیری‌ها را پیش‌بینی می‌کردند. (۸). اکسلاین و همکاران دریافتند بین درگیری‌های مذهبی

شامل عصبانیت از خدا، نگرانی نسبت به خشم یا عدم تأیید خداوند و تردید درباره وجود خدا با خداپنداره منفی (خدای نامهربان و دور از دسترس) رابطه مثبت و با خداپنداره مثبت (خدای مهربان و حمایت‌کننده) رابطه منفی دارد (۹). بلنک و همکاران در بررسی تأثیر عقاید مذهبی بر افسردگی و PTSD نجات‌یافتگان زلزله‌هاییتی دریافتند افرادی که زمین لرزه را تنبیهی از طرف خدا می‌دانستند علائم افسردگی و PTSD شدیدتری نسبت به کسانی که چنین اعتقادی نداشتند، نشان می‌دادند (۱۰). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند افرادی که تصویر پذیرنده و مثبتی از خدا داشتند از اضطراب و افسردگی کمتری برخوردار بودند، ولی افرادی که تصویر ذهنی منفی و تعارض‌آمیزی از خدا داشتند اضطراب و افسردگی بیشتری از خود نشان می‌دادند (۱۱).

ایجاد ارتباط معنوی با خداوند قادر متعال، به شخص این اطمینان را می‌دهد که نیرویی قوی همیشه او را حمایت می‌کند. این افراد با بعد معنوی دادن به مشکلات، بهتر با مشکلات کنار می‌آیند و کمتر دستخوش استرس و اضطراب می‌شوند. همچنین اعتقاد به حمایت و یاری خداوند متعال موجب می‌شود نسبت به رهایی از مشکلات، امید بیشتری داشته باشند (۱۲). از این رو پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که تصور مثبت از خدا، مقابله‌های فرد را ارتقاء می‌بخشد و آسیب‌پذیری به افسردگی را کاهش می‌دهد (۱۳). تصور مثبت از خدا همچنین با عواطف مثبتی همچون خوش‌بینی، هدفمندی در زندگی، حق‌شناسی، سخاوت و بخشندگی، و نوع‌دوستی مرتبط است. این ویژگی‌ها با شناخت‌ها و رفتارهای تداوم بخش افسردگی مقابله می‌کند (۱۴).

یکی از بهترین درمان‌های افسردگی، درمان شناختی رفتاری است که تأثیر ویژه‌ای در درمان افسردگی دارد. این رویکرد با تمرکز بر افکار و باورهای ناسازگارانه موجب بهبود افسردگی می‌شود (۱۵). بر اساس رویکرد شناختی رفتاری، تجربه افراد، به تشکیل فرض‌ها و طرحواره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد که در جهت‌دهی احساسات و رفتارهای فرد مؤثرند. برخی از فرض‌ها منفی، انعطاف‌ناپذیر و افراطی هستند (۱۶). این فرض‌های ناکارآمد موجب می‌شوند فرد دیدگاه نامناسبی درباره خود و دیگران داشته باشد و در نتیجه احساسات منفی‌تری را تجربه کند و رفتارهای نامناسبی را انجام دهد. به مرور در یک سیکل

1. depression
2. Self-image

گروه‌ها اجرا کردند، اما نتایج تفاوت معناداری بین CBT مذهبی و CBT کلاسیک نشان نداد (۲۴). همچنین مجاهد در پژوهشی نشان داد اگرچه درمان شناختی رفتاری اسلامی همانند درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر افزایش سلامت روان و کاهش نگرش‌های ناکارآمد مؤثر است اما درمان اسلامی از درمان کلاسیک مؤثرتر نیست (۲۵). همچنین خوشبویی و همکاران در پژوهشی درمان شناختی رفتاری متناسب با فرهنگ مسلمانان را با درمان شناختی رفتاری کلاسیک مقایسه کردند، یافته‌ها نشان داد که هر دو درمان بر کاهش افسردگی مؤثرند و نسبت به گروه کنترل، بطور معناداری افسردگی را کاهش دادند، اما تفاوت دو گروه آزمایشی معنادار نبود (۲۶). در حالیکه به لحاظ نظری به نظر می‌رسد بایستی درمان شناختی رفتاری اسلامی مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری کلاسیک باشد.

در اسلام اموری همچون قدرانی، نوع‌دوستی و بخشندگی تأکید شده‌اند که موجب کاهش حزن و اندوه می‌شود (۱۷). علاوه بر این، باورهای مذهبی با ایجاد و تقویت معنای زندگی و تغییر تفسیر فرد از وقایع، نگرشی خوش‌بینانه و امیدوارانه به زندگی و وقایع آن ایجاد می‌کنند، از این رو به مقابله با رفتارها و شناخت‌های منفی مرتبط با افسردگی کمک می‌کند (۲۵). بسیاری از اتفاقات زندگی که در ارزیابی اولیه منفی ارزیابی می‌شود، در ارزیابی ثانویه برخاسته از دیدگاه معنوی، مثبت ارزیابی می‌شوند. بطور کلی نگرش‌های مثبت معنوی، تاب‌آوری فرد در مواجهه با مشکلات را افزایش می‌دهد (۲۷). ازهر و ورما در مالزی، با انجام یک کارآزمایی بالینی تصادفی به مقایسه روان‌درمانی اسلامی و روان‌درمانی کلاسیک در درمان افسردگی پرداختند. شرکت‌کنندگانی که روان‌درمانی اسلامی شامل قرائت قرآن و نماز خواندن را دریافت کرده بودند نسبت به آن‌هایی که تنها روان‌درمانی کلاسیک را دریافت کرده بودند، کاهش سریعتری را در علائم افسردگی نشان دادند. استفاده از این نوع درمان در مورد افراد داغ‌دیده نیز نتایج مشابهی را نشان داد (۲۸). ازهر و همکارانش این پژوهش را قبلاً در افرادی که دچار اضطراب فراگیر بودند، انجام داده بودند و کارآمدی روان‌درمانی اسلامی را مشاهده کردند (۲۹). بنابراین، به نظر می‌رسد افزودن مفاهیم و باورهای اسلامی به روان‌درمانی

معیوب گرفتار می‌شود که موجب رنج و اختلال در عملکرد می‌شود (۱۷).

افکاری که در شخص به وجود می‌آید، ممکن است تفسیرهایی از تجارب جاری باشند یا پیش‌بینی‌هایی درباره رویدادهای آینده و یا یادآوری چیزهایی که در گذشته اتفاق افتاده‌اند. این افکار به نوبه خود، سایر نشانه‌های افسردگی را پدید می‌آورند: مانند نشانه‌های رفتاری (کاهش در سطوح فعالیت، کناره‌گیری)، نشانه‌های انگیزشی (بی‌علاقگی، رخوت)، نشانه‌های هیجانی (اضطراب، احساس گناه)، نشانه‌های شناختی (اشکال در تمرکز، عدم قدرت در تصمیم‌گیری) و نشانه‌های جسمی (بی‌اشتهایی و بی‌خوابی) (۱۸). با پیشرفت افسردگی، افکار خودآیند منفی هر چه بیشتر زیادتر می‌گردند و افکار منطقی‌تر هر چه بیشتر ناپدید می‌شوند. این فرآیند به گسترش فزاینده دامنه خلق افسرده منجر می‌شود و به این ترتیب دور باطل افسردگی شکل می‌گیرد. فرد هر قدر افسرده‌تر می‌شود، افکار افسردگی بیشتر می‌شوند و اعتقاد فرد به درستی آن افکار منفی افسرده‌ساز بیشتر می‌شود و در نتیجه افسردگی فرد تشدید می‌شود (۱۸).

درمان شناختی رفتاری ضمن چالش کشیدن این افکار منفی، با آموزش راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه‌تر به درمان افسردگی می‌پردازد (۱۸). مطالعات متعددی اثربخشی این الگوی درمانی را برای افسردگی تأیید کرده‌اند (۱۹). فراتحلیل‌های انجام شده درباره اندازه اثر درمان شناختی رفتاری بر نشانگان افسردگی، معمولاً اندازه اثر متوسط را برای این درمان گزارش کرده‌اند (۲۰). درمان شناختی رفتاری، بدنبال بازسازی شناختی فرد است تا افکار غیرمنطقی، منفی و ناکارآمد را با افکار منطقی، مثبت و کارآمد جایگزین کند (۱۵). بسیاری از بیماران مذهبی ترجیح می‌دهند که درمان روانشناختی را به‌همراه باورهای مذهبی خود بطور یکپارچه دریافت کنند (۲۱).

به نظر می‌رسد باورهای مذهبی می‌تواند فرد بر اهداف معنوی متمرکز شود و احساس معنای معنوی را در فرد تقویت کند (۲۲). در نتیجه توجه فرد را از افکار مربوط به فقدان منصرف می‌کند، همچنین توجه افراطی به افکار و احساسات درونی را کاهش دهد (۲۳). از این رو کوئینگ و همکارانش برنامه‌های CBT مذهبی، برای مذاهب مختلف را طراحی کردند و در جهت درمان افسردگی در برخی

رفتاری کلاسیک در کاهش افسردگی و بهبود خودپنداره و خداینده در مبتلایان به افسردگی بود.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به افسردگی بودند که به مراکز مشاوره شهر قم مراجعه داشتند. به کسانی که سابقه مراجعه به مرکز مشاوره داشتند، بصورت پیامکی و حضوری اطلاع‌رسانی شد. با برخی از اساتید مراکز مشاوره که در درمان افسردگی تخصص داشتند، جلسه توجیهی برگزار شد تا مراجعین خودشان را به شرکت در این پژوهش دعوت کنند. حجم نمونه با در نظر گرفتن عامل تحلیل کوریانس و اثر متقابل گروه  $\times$  زمان، با استفاده از نرم افزار G Power محاسبه شد. عامل‌های مدنظر برای محاسبه حجم نمونه عبارت‌اند از: (۱) آلفا یا خطای نوع اول ( $\alpha = 0.05$ )، (۲) توان آزمون آماری ( $\beta = 1 - 0.10$ ) (۳) اندازه اثر با توجه به مطالعات مشابه ( $d = 0.53$ ) است. (۴) تعداد گروه‌ها که برابر با ۲ است. بر این اساس حجم نمونه ۳۰ نفر محاسبه شد. در مجموع ۵۰ نفر برای شرکت در این پژوهش داوطلب شدند. در جلسه‌ای برای هر یک از داوطلبین اهداف این پژوهش تبیین شد و بوسیله مصاحبه ساختاریافته (SCID)، افسردگی آنان ارزیابی شد. به منظور جلوگیری از ریزش شرکت‌کنندگان، در مصاحبه اولیه شرایط افراد مثل بعد مسافت، انگیزه درمان و... مورد بررسی قرار گرفت. در مجموع ۴۲ نفر در این طرح وارد شدند، که برای خنثی کردن اثر متغیرهای جمعیت شناختی، در دو گروه ۲۱ نفره به لحاظ جنسیت، سن و تحصیلات هم‌تاسازی شدند. از آنجا که درمان شناختی رفتاری مذهبی با درمان شناختی رفتاری کلاسیک مقایسه می‌شد و درمان شناختی رفتاری یک درمان استاندارد برای درمان افسردگی اساسی است، همچنین انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون، متغیرهای مزاحم را تا حدود زیادی کنترل می‌کند و نیاز به گروه کنترل نبود. البته به لحاظ اخلاقی نیز مشکل بود که افرادی پس از تشخیص افسردگی، در گروه کنترل قرار گیرند و برای سه ماه، از درمان محروم شوند. در این پژوهش بخاطر ملاحظات اخلاقی افراد هرگاه می‌خواستند می‌توانستند از ادامه شرکت در جلسات انصراف دهند، از این رو تنها ۳۰ نفر (در هر گروه ۱۵ نفر) تا انتهای پژوهش باقی ماندند و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. ملاک‌های ورود و خروج توسط کارشناس

کلاسیک موجب بهبودی سریعتر علائم افسردگی و اضطراب در افراد مسلمان شود.

برخی پژوهش‌ها به بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره پرداختند، اما نتایج آن‌ها متناقض است. اگرچه پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود خودپنداره می‌شود (۳۰) اما در مقابل پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری بطور معناداری باعث بهبود خودپنداره نمی‌شود (۶) به نظر می‌رسد آمیخته کردن درمان شناختی رفتاری با آموزه‌های اسلامی، می‌تواند اثربخشی آن را در بهبود خودپنداره افزایش دهد. پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که تقویت معنویت موجب بهبود خودپنداره می‌شود (۳۱) جانسون و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند دانشجویان پرستاری که تجربیات معنوی روزانه دارند، سلامت خود را خوب یا عالی توصیف می‌کنند، در حالی که دانشجویانی که تجربیات روزانه کمتری دارند علائم افسردگی بیشتری گزارش می‌کنند (۳۲). پژوهش‌هایی نیز نقش مثبت معنویت و دینداری را در روان‌درمانی نشان داده‌اند (۳۳). از این رو پژوهش حاضر بدنبال اجرای CBT مذهبی و مقایسه اثربخشی آن با CBT کلاسیک است.

کوئیتیگ و همکارانش برنامه‌های CBT مذهبی، برای مذاهب مختلف را طراحی کردند و در جهت درمان افسردگی در برخی گروه‌ها اجرا کردند، اما یافته‌هایشان تفاوت معناداری بین CBT مذهبی و CBT کلاسیک نشان نداد (۲۴). البته در مطالعه‌ی ایشان درمان از راه دور و بصورت تلفنی ارائه شده بود همچنین آثار درمان بر خودپنداره و خداینده افراد ارزیابی نشده بود. از این رو این پژوهش بدنبال انجام مجدد پژوهش کوئیتیگ است با این تفاوت که درمان بصورت حضوری و فردی ارائه می‌شود و اثربخشی درمان علاوه بر افسردگی بر خودپنداره و خداینده نیز ارزیابی می‌شود. بنابراین مسأله پژوهش آن است که آیا درمان شناختی رفتاری مذهبی بر کاهش افسردگی و بهبود خودپنداره و خداینده از درمان شناختی رفتاری کلاسیک مؤثرتر است؟

## روش

**طرح پژوهش:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی در مقایسه با درمان شناختی

این پرسشنامه را ساختند و برای استاندارد کردن در کشورهای مختلف اروپا، آمریکا، آفریقا و آسیا و بر روی پیروان ادیان مسیحیت، یهودیت و اسلام اجرا کردند (۳۷) و با دین اسلام هم انطباق یافته است (۳۸). فرم اصلی پرسشنامه در ابعاد پنجگانه‌ی اعتقادی، عاطفی، پیامدی، مناسکی و فکری به سنجش دینداری می‌پردازد. در فرم ایرانی این پرسشنامه بعد فکری دین به دلیل وسعت تبلیغات در ایران حذف شده است. بنابراین فرم ایرانی این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه می‌باشد که در چهار بعد اعتقادی (با ۷ گویه)، عاطفی (با ۶ گویه)، پیامدی (با ۶ گویه)، و مناسکی (با ۷ گویه) جهت سنجش میزان دینداری به کار می‌رود. مقدار آلفا برای متغیرهای بعد اعتقادی ۰/۸۱، بعد عاطفی ۰/۷۵، بعد پیامدی ۰/۷۲ و بعد مناسکی ۰/۸۳ می‌باشد (۳۸). به منظور سنجش دینداری شرکت‌کنندگان که معیار ورود به پژوهش بود، از این پرسشنامه استفاده شد. دیندار کسی است که در این آزمون نمره بیش از ۲۶ بدست آورد.

۳. پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم<sup>۱</sup>: این پرسشنامه‌ی ۲۱ ماده‌ای توسط بک، استیر و براون در سال ۱۹۹۶ ساخته شد که در واقع شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است، وجود و شدت علائم افسردگی را در افراد اندازه‌گیری می‌کند. نمره کلی افسردگی از جمع نمره کل ماده‌ها حاصل می‌شود و از صفر تا ۶۳ متغیر است. اعتبار<sup>۲</sup> بازآزمایی یک هفته‌ای این پرسشنامه ۰/۹۱ بدست آمد. همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱ گزارش شده است (۳۹). مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ بود (۴۰). همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی هامیلتون، ۰/۷۱ و با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول، ۰/۹۳ به دست آمد که بیانگر روایی این پرسشنامه است (۴۰). در این پژوهش از این پرسشنامه برای تعیین شدت افسردگی استفاده شد.

۴. مقیاس خودپنداره، پرسشنامه خودپنداره توسط بک و استیر در سال ۱۹۹۰ طراحی شد، این مقیاس تصور افراد از خودشان را در ۵ جنبه (توانایی ذهنی، کارآمدی شغلی،

ارشد بالینی ارزیابی شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعات مشابه، مناسب بود.

ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: (۱) افراد دارای علائم افسردگی باشند (۲) افراد در مقیاس افسردگی نمره بیش از ۲۰ بدست آورند. (۳) افراد دارای سن ۲۰ تا ۵۰ سال (۴) افراد مذهبی باشند، ملاک مذهبی بودن بدست آوردن نمره بیش از ۲۶ در مقیاس دینداری گلاک و استارک بود. (۵) موافقت برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت نامه کتبی. ملاک‌های خروج عبارتند بودند از: (۱) دارا بودن علائم اختلالات سایکوتیک، دوقطبی، PTSD و اختلال شخصیت (۲) آسیب‌شناختی قابل ملاحظه (۳) دارا بودن نشانگان سوء مصرف مواد (۴) داشتن طرح و برنامه خودکشی بصورت فعال (۵) انصراف شخصی (۶) غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان.

## ابزار

۱. مصاحبه بالینی ساختاریافته تشخیصی برای اختلال‌های محور یک (SCID-I)، یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته است که برای تشخیص‌گذاری اختلالات عمده محور یک براساس DSM به کار می‌رود. این مصاحبه در سال ۱۹۹۶ به درخواست انجمن روان‌پزشکی آمریکا با هدف‌های بالینی و پژوهشی توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیام تهیه شد (۳۴). SCID به منظور انجام یک مصاحبه تکمیلی، رد یا تأیید تشخیص‌های افتراقی و یا اختلالات همراه تهیه گردیده است. SCID بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روان‌پزشکی استفاده می‌شود و مطالعات مختلف حاکی از اعتبار و پایایی مطلوب آن هستند (۳۵). شریفی و همکاران اعتبار و روایی نسخه فارسی را مطلوب گزارش کردند. ایشان توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص را متوسط تا خوب گزارش کردند (کاپای بالاتر از ۰/۶) و توافق کلی برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود و اکثر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرایی نسخه فارسی SCID را مطلوب گزارش کردند (۳۵). امینی و همکاران نیز اعتبار و روایی آن را مطلوب گزارش کردند (۳۶).

۲. پرسشنامه دینداری گلاک و استارک: برای سنجیدن نگرش‌ها و باورهای دینی و دینداری افراد، گلاک و استارک

1. BDI-II  
2. reliability

تا ۱۱)، مراقبت خداوند (سؤالات ۱۲ تا ۲۱) و تصور منفی از خداوند (سؤالات ۲۲ تا ۲۷) می‌باشد. پایایی درونی سه خرده آزمون حضور خدا در زندگی، مراقبت خداوند و تصور منفی از خدا را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲ و ۰/۶۹ بدست آمده است (۴۳). خسروی و فیض‌آبادی پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمجموعه‌های «تصور منفی از خدا» ۰/۷۶، «تصور مثبت از خدا» ۰/۸۵، «حضور خدا در زندگی» ۰/۸۳ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ و پایایی بر اساس آزمون مجدد را ۰/۷۹ گزارش کردند (۴۴). پژوهش حاضر بدنبال اجرای برنامه‌ی درمانی کوئینگ و همکاران در مبتلایان به افسردگی و بررسی اثربخشی آن بود. بدین منظور برنامه‌ی درمانی طراحی شده‌ی آنان برای CBT آمیخته به مذهب و CBT کلاسیک ترجمه شد و به تأیید دو کارشناس رسید. پروتکل شامل ده جلسه است و در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جذابیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی، عیب‌ها و حسن‌ها) ارزیابی می‌کند. سازندگان پایایی آزمونها با استفاده از روش آزمون - آزمون مجدد به ترتیب پس از یک هفته و سه ماه فاصله زمانی ۰/۸۸ و ۰/۶۵ گزارش نمودند. همچنین ضریب همسانی درونی برای مقیاس ۰/۸۰ و روایی این پرسشنامه در مقایسه با پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ ۰/۵۵ گزارش شده است. علاوه بر اعتبار آن این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مردان افسرده ۰/۸۰، زنان افسرده ۰/۷۶، مردان مضطرب ۰/۷۵ و زنان مضطرب ۰/۷۸ گزارش شده است (۴۱). در ایران محمدی (۱۳۷۲) اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۶۸ گزارش کرده است (۴۲). ۵. مقیاس خداپنداره ((GIS: لارنس، مقیاس خداپنداره را در دو فرم بلند ۷۲ و فرم کوتاه ۲۷ آیتمی، ساخت. فرم کوتاه این آزمون شامل سه مؤلفه حضور خدا در زندگی (سؤالات ۱

#### جدول ۱) پروتکل درمان شناختی رفتاری کلاسیک کوئینگ (۲۴)

ردیف	هدف	تکنیک	تکالیف
۱	ارزیابی و معرفی CCBT	معرفی درمانگر، تأکید بر رازداری، ارزیابی مشکلات مراجع و شدت آن‌ها، برقراری رابطه درمانی، معرفی برنامه درمان و منطق آن، تعدیل انتظارات مراجع از درمان، آموزش نحوه ارزیابی خلق، گفتگوی درباره نقش تحریف‌های شناختی در زندگی، گفتگو درباره نقش افکار ناکارآمد در خلق و رفتار فرد	تمرین ABC و کشف رابطه افکار ناکارآمد و هیجانات منفی و رفتارهای نامؤثر
۲	فعال‌سازی رفتاری	نقش رفتارهای مثبت در بهبود خلق، نقش تفریح در بهبود خلق، تبیین نقش فرد در تغییر زندگی خویش، قرارداد با مراجع برای انجام فعالیت‌های مثبت، برنامه ریزی برای فعالیت‌های لذت‌بخش، تشویق فرد به ایجاد رابطه با دوستان	تمرین قدم زدن با تمرکز بطور روزانه
۳	شناسایی افکار ناکارآمد	شناسایی افکار همراه با خلق، شناخت تفکر ناکارآمد و پیامدهای آن، تبیین نقش دیدگاه فرد در خلق او، تبیین تأثیر باورهای فرد در رفتار او، طبقه‌بندی افکار ناکارآمد بر اساس انواع تحریف‌های شناختی، آموزش روش ABC برای چالش با افکار ناکارآمد	تمرکز کردن بر کارهای روزمره
۴	شناسایی و چالش با افکار ناکارآمد	تقویت توانایی نظارت‌گری بر افکار، تقویت توانایی طبقه‌بندی افکار غیرمنطقی، نقش تغییر دیدگاه و تفسیر فرد در تغییر خلق، جایگزین کردن دیدگاه مثبت با دیدگاه منفی درباره موقعیت، روش‌های جایگزین پاسخدهی به افکار منفی در پرتو اهداف شخصی مراجع، انجام اعمال مثبت در پاسخ به موقعیت به جای اجتناب از موقعیت، روش ABCDE برای چالش با افکار منفی	تمرین تکنیک ABCDE
۵	رویارویی با فقدان	شناسایی فقدان‌های فرد، مفهوم سازی احساس فقدان به عنوان پیامد بیماری افسردگی، آموزش راهکارهای مقابله با فقدان، ارزیابی مثبت ثانویه فقدان‌ها، تسلیم شدن فعال در مقابل امور غیرقابل کنترل، روش ABCDE در مواجهه با موقعیت‌های فعال‌کننده افکار منفی	تمرین تسلیم شدن فعال و پذیرفتن به جای تلاش بی‌فایده، تمرین تکنیک ABCDE در بررسی فقدان
۶	مقابله هیجانات منفی	آشنایی با کشمکش‌های فرد، نرمالیزیشن تجربه افکار منفی در هنگام افسردگی، تقویت بخشش خود و دیگران و تصویرسازی درباره آن	تمرین بخشش خود و دیگران، تمرین تصویرسازی بخشش
۷	قدردانی	آشنایی با قدردانی و چگونگی ارتباط آن با تجربه بیماری مراجع، تمرین بازسازی شناختی بر اساس چارچوب قدردانی از دیگران	شمارش امکانات و توانایی‌های خود، تعیین زمان مناسب برای

ردیف	هدف	تکنیک	تکالیف
			قدردانی از افراد مهم زندگی
۸	نوع دوستی و سخاوت	مرور تمرین‌های قدردانی و آثار آن، تأکید بر سخاوت و نوع دوستی، انگیزش برای نوع دوستی، ارزیابی تمایل مراجع به گسترش سخاوت و نوع دوستی.	برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های نوع‌دوستانه، برنامه‌ریزی برای سخاوت و هدیه دادن به دیگران
۹	رشد مرتبط با استرس	آشنایی با رشد مرتبط با استرس، تمرین جستجوی پیامدهای مثبت فقدان‌ها، مرور برخی مشکلات دیگران و اینکه چگونه در سختی‌ها رشد کردند، مرور روش ABCDE برای چالش با باورهای منجر به احساسات منفی، بررسی تأثیر نوع دوستی بر بهبود خلق	تمرین جستجوی پیامدهای مثبت برخی مشکلات گذشته، تهیه فهرستی از تغییرات مثبت
۱۰	امید و پیشگیری از عود	آشنایی با امید، گفتگو درباره اهداف و آرزوها، مرور تکنیک‌های مقابله با افسردگی، نگهداری و پیشگیری از عود، گذراندن زمان با دوستان، تمرکز بر جملات انرژی بخش و امیدبخش، پیش‌بینی عود و راهکارهای مقابله با آن	تمرین تکنیک ABCDE در مواجهه با موقعیت‌های زندگی، نوع دوستی و سخاوت نسبت به دیگران

**جدول ۲) پروتکل درمان شناختی رفتاری مذهبی کونینگ (۲۴)**

ردیف	هدف	تکنیک	تکالیف
۱	ارزیابی و معرفی RCBT	معرفی درمانگر، تأکید بر رازداری، ارزیابی مشکلات مراجع و شدت آن‌ها، برقراری رابطه درمانی، معرفی برنامه درمان و منطق آن، تعدیل انتظارات مراجع از درمان، آموزش نحوه ارزیابی خلق، گفتگوی درباره باورهای مذهبی و نقش آن‌ها در زندگی، نقش ایمان به خدا و عمل صالح در کاهش ناراحتی، نقش یاد خدا در افزایش آرامش و نشاط «...ألا بذكر الله تطمئن القلوب (رعد، ۲۸)»، نقش انس با آیات قرآن در کاهش افکار منفی و ناکارآمد	تمرین انس با آیات قرآن، حفظ کردن و مرور یک آیه در هر هفته.
۲	فعال‌سازی رفتاری: قدم زدن با ایمان	تبیین نقش رفتارهای مثبت در بهبود خلق، نقش تفریح در بهبود خلق، تبیین نقش فرد در تغییر زندگی خویش بر اساس آیات قرآن «إِنَّ اللَّهَ لَا يَغْيِرُوا مَا بَقُومَ حَتَّىٰ يَغْيِرُوا مَا بَأَنفُسِهِمْ» (رعد، ۱۱)، قرارداد با مراجع برای انجام فعالیت‌های مثبت، برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های لذت‌بخش، شناسایی و برقراری ارتباط با خویشاوندان و دوستان	تمرین نیایش متفکرانه و قدم زدن با ایمان بطور روزانه
۳	شناسایی افکار ناکارآمد	شناسایی افکار همراه با تغییرات خلق، شناخت تفکر ناکارآمد و پیامدهای آن، تبیین نقش دیدگاه فرد در خلق او، تبیین تأثیر باورهای فرد در رفتار او، طبقه بندی افکار ناکارآمد بر اساس انواع تحریف‌های شناختی، تبیین تعارض این افکار با رضای خدا، آموزش روش ABC برای چالش با افکار ناکارآمد	تمرکز کردن بر یک آیه قرآن و غرق شدن در معنای آن
۴	شناسایی و چالش با افکار ناکارآمد	تقویت توانایی نظارت‌گری بر افکار، تقویت توانایی طبقه‌بندی افکار غیرمنطقی، نقش تغییر دیدگاه و تفسیر فرد در تغییر خلق، جایگزین کردن دیدگاه مثبت با دیدگاه منفی درباره موقعیت، روش‌های جایگزین پاسخدهی به افکار منفی بر اساس آموزه‌های دینی، استفاده از باورها و ارزش‌های مذهبی در انتخاب دیدگاه کارآمد، انجام اعمال مثبت مذهبی در پاسخ به موقعیت به جای اجتناب از موقعیت، روش ABCDE برای چالش با افکار منفی، استفاده از اعتقادات مذهبی در چالش با افکار ناکارآمد	تمرین تکنیک ABCDE
۵	رویاریابی با فقدان	مفهوم‌سازی احساس فقدان به عنوان پیامد بیماری افسردگی، شناسایی فقدان‌های معنوی، آموزش راهکارهای مقابله با فقدان، ارزیابی مثبت ثانویه معنوی و معنادهی معنوی به فقدان‌ها، تسلیم شدن فعال در مقابل امور غیرقابل کنترل، مرور آیات مرتبط از قرآن مانند: «خداوند هیچ کس را جز به اندازه توانایی‌اش تکلیف نمی‌کند. (بقره، ۲۵۶)»، روش ABCDE در مواجهه با موقعیت‌های	تمرین تسلیم شدن فعال و پذیرفتن به جای تلاش بی‌فایده، ۲۰ دقیقه عبادت متفکرانه و عمیق در شبانه‌روز، تمرین تکنیک ABCDE در

ردیف	هدف	تکنیک	تکالیف
		فعال کننده افکار منفی	بررسی فقدان
۶	مقابله هیجانات منفی و کشاکش های معنوی	آشنایی با کشمکش های معنوی و احساسات منفی مانند: احساس گناه، احساس رها شدن توسط خدا، ترس از تنبیه خدا، نرمالیزیشن تجربه افکار منفی حتی درباره مقدسات مذهبی در هنگام افسردگی، تقویت بخشش و توبه و تمرین تصویرسازی بخشش خود و دیگران	تمرین بخشش خود و دیگران، توبه، تمرین تصویرسازی بخشش، مناجات با خدا
۷	شکرگزاری	آشنایی با شکرگزاری و چگونگی ارتباط آن با تجربه بیماری مراجع، تمرین بازسازی شناختی بر اساس چارچوب شکرگزاری، تمرکز بر شکرگزاری مذهبی، تمرین شاکر بودن در هر شرایطی، تمرین قدرشناسی از دیگران	شمارش نعمت های خود، تعیین زمان مناسب برای قدردانی از خدا، تمرین قدردانی از افراد مهم زندگی
۸	نوع دوستی و سخاوت	مرور تمرین های قدردانی و آثار آن، مفهوم سازی سخاوت و نوع دوستی به عنوان نوعی شکرگزاری، انگیزش مذهبی برای نوع دوستی، مرور آیاتی از قرآن درباره نوع دوستی، «به خدا قرض الحسنه بدهید و هرآنچه از کارهای نیک برای خود از پیش می فرستید، نزد خدا به بهترین وجه و بزرگترین پاداش خواهید یافت» (مزل، ۲۰)، ارزیابی تمایل مراجع به گسترش سخاوت و نوع دوستی.	برنامه ریزی برای فعالیت های نوع دوستانه، دعای روزانه برای یک نفر، برنامه ریزی برای سخاوت و هدیه دادن به دیگران
۹	رشد معنوی مرتبط با استرس	آشنایی با رشد مرتبط با استرس بخصوص از دیدگاه معنوی، تمرین جستجوی پیامدهای مثبت فقدان ها، مرور برخی مشکلات مصائب پیامبران و ائمه اطهار و مؤمنین که چطور در سختی ها رشد کردند، مرور روش ABCDE برای چالش با باورهای منجر به احساسات منفی، بررسی تأثیر نوع دوستی بر بهبود خلق	تمرین جستجوی پیامدهای مثبت برخی مشکلات گذشته، تهیه فهرستی از تغییرات مثبت، دعای روزانه برای یک نفر
۱۰	امید و پیشگیری از عود	آشنایی با امید و توکل، گفتگو درباره اهداف و آرزوها، مرور منابع معنوی، مرور تجربه عبادت متفکرانه، تعیین اهداف معنوی، نگهداری و پیشگیری از عود، حفظ رابطه با خدا، گذراندن زمان با خویشاوندان و دوستان، ارتباط با جامعه ایمانی خود، به خصوص افراد شناسایی شده در درمان، تمرکز بر آیات انرژیک بخش و امیدبخش، پیش بینی عود و راهکارهای مقابله با آن	بهره مندی از منابع معنوی مانند عبادت، ارتباط با دوستان مؤمن، تلاوت قرآن، حضور در فعالیت های مذهبی در مساجد و هیأت

۳) کسب رضایت نامه کتبی درباره شرکت در درمان (۴) ادامه یا پیگیری درمان در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش (۵) شرکت کنندگان اجباری برای شرکت در جلسات تا انتهای درمان نداشتند و می توانستند هرگاه می خواهند درمان را ترک کنند. (۶) عدم تحمیل هزینه اضافی بخاطر پژوهش.

#### یافته ها

هر گروه شامل ۹ زن و ۶ مرد بود، سن شرکت کنندگان از ۲۱ سال تا ۴۳ سال بود، میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۶ سال بود. تحصیلات شرکت کنندگان از دیپلم تا کارشناسی ارشد بود و شصت درصد شرکت کنندگان متأهل بودند. دو گروه به لحاظ جنسیت، سن، تحصیلات و تأهل هم تاسازی شدند. تمامی شرکت کنندگان تشخیص افسردگی گرفتند و در آزمون دینداری نمره بیش از ۲۶ کسب کردند. نمرات شرکت کنندگان در متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

**روند اجرای پژوهش:** ساختار جلسات در دو پروتکل: هر جلسه ۶۰ دقیقه زمان دارد و ساختار آن عبارت است از: بررسی تکالیف جلسه پیش و رفع موانع و مشکلات احتمالی، مرور هدف جلسه و اهمیت آن در افزایش نشاط و کاهش افسردگی، ارائه تکنیک ها برای دستیابی به هدف جلسه، ارائه تمرین در جلسه و تکلیف در خانه، جمع بندی.

کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی این پژوهش را با کد اخلاق IR.SBMU.RETECH.REC.1396.740 تصویب کردند. برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان پزشکی امریکا مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس نکات زیر در مورد بیماران شد: (۱) احترام به اصل رازداری آزمودنی ها (۲) ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمام شرکت کنندگان



جدول ۳) میانگین و انحراف استاندارد متغیر های پژوهش

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	کلاسیک	۴۲/۱	۱/۸	۲۲/۱	۱۰/۵
	مذهبی	۴۱/۰	۱/۷	۲۳/۵	۷/۷
حضور خدا در زندگی	کلاسیک	۲۲/۹	۵/۸	۴۱/۴	۶/۹
	مذهبی	۱۹/۴	۵/۴	۴۱/۹	۶/۹
مراقبت خدا	کلاسیک	۲۲/۵	۶/۷	۳۵/۱	۵/۱
	مذهبی	۱۸/۵	۵/۴	۳۸/۷	۴/۳
تصور منفی از خدا	کلاسیک	۲۵/۷	۴/۰	۱۶/۴	۳/۹
	مذهبی	۲۴/۱	۳/۲	۱۲/۱	۳/۸
خودپنداره کل	کلاسیک	۵۶/۴	۲۰/۱	۹۴/۹	۱۶/۱
	مذهبی	۵۰/۰	۱۳/۰	۱۰۲/۳	۱۲/۳
توانایی ذهنی	کلاسیک	۱۱/۴	۴/۰	۱۹/۴	۳/۹
	مذهبی	۹/۸	۲/۹	۲۱/۲	۲/۷
کارآمدی شغلی	کلاسیک	۱۰/۹	۴/۴	۱۸/۸	۴/۳
	مذهبی	۱۰/۱	۲/۹	۲۰/۲	۲/۸
جذابیت جسمانی	کلاسیک	۱۱/۴	۴/۱	۲۰/۷	۳/۵
	مذهبی	۱۰/۱	۲/۶	۲۱/۳	۲/۷
مهارت‌های اجتماعی	کلاسیک	۱۱/۵	۴/۰	۱۷/۵	۳/۰
	مذهبی	۹/۸	۲/۷	۱۹/۰	۲/۷
حسن‌ها	کلاسیک	۱۱/۳	۴/۰	۱۸/۵	۳/۶
	مذهبی	۱۰/۱	۲/۶	۲۰/۶	۲/۷

تحلیل کواریانس انجام شد و همانطور که نتایج در جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاوت دو گروه آزمایشی مذهبی و کلاسیک در متغیرهای افسردگی، خداپنداره و خداپنداره در مجموع معنادار است. به عبارت دیگر، بین آزمودنی‌هایی که مداخلات شناختی رفتاری مذهبی و شناختی رفتاری کلاسیک را دریافت کرده‌اند، در مرحله پس‌آزمون، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون دو گروه در نمرات مؤلفه‌های خداپنداره معنادار بوده است و گروه شناختی رفتاری مذهبی بیش از گروه شناختی رفتاری کلاسیک در افزایش احساس حضور خدا در زندگی، مراقب خدا و کاهش تصور منفی از خدا رشد داشته است. میزان تأثیر درمان شناختی رفتاری مذهبی بر افزایش احساس حضور خدا در زندگی ۱۳ درصد، مراقبت خداوند ۲۵ درصد و کاهش تصور منفی از خدا ۲۵ درصد بوده است ( $P < 0.01$ ). اما در افسردگی و خودپنداره و مؤلفه‌های آن شامل توانایی ذهنی، کارآمدی شغلی، جذابیت جسمانی،

جهت بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس، ابتدا نرمالیتی داده‌ها با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف بررسی شد، از آنجا که سطح معناداری در تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ بود ( $P > 0.05$ )، نرمال بودن متغیرها تأیید شد. نتایج حاصل از آزمون لوین نشان داد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها برقرار است ( $P > 0.05$ ). همچنین نتایج حاصل از آزمون ام‌باکس (همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس) پیش‌فرض برابری کوواریانس‌ها در همه تحلیل‌ها را تأیید کرد (آزمون لامبدای ویلکز،  $value = 0.484$ ،  $F = 3/643$ ،  $DF = 0/6$ ،  $Error DF = 0/50$ ،  $P = 0/004$ ،  $ETA \text{ squared} = 0/304$ ). به منظور بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز تعامل متغیرهای وابسته (افسردگی) و هم‌پراش (خودپنداره) بررسی شد، نتایج نشان داد که ( $P > 0.05$ ) است و پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون برقرار است. بنابراین تمامی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار است.

مهارت‌های اجتماعی و حسن‌ها، اگرچه نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون پیشرفت چشمگیری داشته است اما تفاوت این پیشرفت بین دو گروه آزمایشی معنادار نیست.

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا)

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	ضرایب اتا
گروه	افسردگی	۱۸/۵۷۷	۱	۱۸/۵۷۷	۰/۲۳۴	۰/۶۳۳	۰/۰۰۹
	حضور خدا	۹۲/۳۳۰	۱	۹۲/۳۳۰	۴/۱۸۲	۰/۰۵۰	۰/۱۳۴
	مراقبت خداوند	۱۶۷/۱۲۸	۱	۱۶۷/۱۲۸	۸/۹۶۵	۰/۰۰۶	۰/۲۴۹
	تصور منفی از خدا	۱۴۲/۷۷۸	۱	۱۴۲/۷۷۸	۹/۲۲۷	۰/۰۰۵	۰/۲۵۵
	خودپنداره	۳۲۲/۷۱۳	۱	۳۲۲/۷۱۳	۱/۵۵۰	۰/۲۲۴	۰/۰۵۴
	توانایی ذهنی	۱۳/۳۷۷	۱	۱۳/۳۷۷	۱/۲۵۵	۰/۲۷۲	۰/۰۴۴
	کارآمدی شغلی	۱۲/۰۹۹	۱	۱۲/۰۹۹	۰/۹۲۸	۰/۳۴۴	۰/۰۳۳
	جذابیت جسمانی	۲/۲۷۵	۱	۲/۲۷۵	۰/۲۲۶	۰/۶۳۸	۰/۰۰۸
	مهارت‌های اجتماعی	۱۱/۵۰۶	۱	۱۱/۵۰۶	۱/۳۶۵	۰/۲۵۳	۰/۰۴۸
	حسن‌ها	۳۵/۵۷۲	۱	۳۵/۵۷۲	۳/۳۸۴	۰/۰۷۷	۰/۱۱۱

## بحث

پژوهشگران انتظار داشتند که درمان شناختی رفتاری مذهبی مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری کلاسیک باشد. بنابراین با مشاهده یافته‌ها که بر خلاف انتظار بود، متغیرهای مزاحم و تعدیل‌کننده را جستجو کردند و با برخی کارشناسان در درمان شناختی رفتاری مشورت کردند. بررسی‌ها این عوامل مزاحم و تعدیل‌کننده را نشان داد:

۱) تخصص و توانایی درمانگر در اثربخشی درمان مؤثر است، برخی پژوهش‌ها نیز در تحلیل اثربخشی کمتر درمان شناختی رفتاری مذهبی نسبت به درمان شناختی رفتاری کلاسیک، یافتند که توانمندی درمانگران کلاسیک بیش از درمانگران مذهبی بوده است (۴۷). پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده یک درمانگر هر دو پروتکل را ارائه کند یا توانایی و تخصص درمانگران ملاحظه شود و در دو گروه آزمایشی هم‌تاسازی شود.

۲) تشابه جنسیتی، در این پژوهش تمامی شرکت‌کنندگان، از سطوح نسبتاً بالای دینداری برخوردار بودند. برای افراد مذهبی، ارتباط با جنس موافق، آسان‌تر از ارتباط با جنس مخالف است. در هر دو گروه در مواردی که درمانگر و درمانجو تناسب جنسیتی داشتند، رابطه درمانی بهتر و در نتیجه اثربخشی درمان بیشتر بود. در این پژوهش تناسب جنسیتی در درمان کلاسیک بیشتر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تناسب جنسیتی لحاظ شود.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری مذهبی همچون درمان شناختی رفتاری کلاسیک موجب کاهش افسردگی و بهبود خودپنداره می‌شود. اما اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی از درمان شناختی رفتاری کلاسیک بیشتر نیست. البته یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری مذهبی در بهبود خودپنداره کارآمدتر از درمان شناختی رفتاری کلاسیک است.

یافته‌های این پژوهش درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و بهبود خودپنداره با برخی پژوهش‌ها (۴۵، ۴۶) همسو است. یافته‌های این پژوهش درباره یکسان بودن اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک و مذهبی در کاهش افسردگی با یافته‌های برخی پژوهش‌های خارجی همچون پژوهش کوئینگ و همکاران (۲۴) و برخی پژوهش‌های داخلی همچون خوشبویی و همکاران (۲۶) و مجاهد (۲۵) همسو است. در مقابل یافته‌های این پژوهش با برخی پژوهش‌ها که نشان داده‌اند درمان شناختی رفتاری کلاسیک از درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان معنوی مؤثرتر است (۴۷)، ناهمسو است. همچنین یافته‌های این پژوهش با برخی پژوهش‌های که نشان داده‌اند درمان شناختی رفتاری مذهبی از کلاسیک مؤثرتر است مانند پژوهش ازهر و ورما (۲۸) ناهمسو است.

تکنیک‌ها را آمیخته به معنویت می‌کردند و مقابله‌های مذهبی را بکار می‌گرفتند. از این‌رو تفاوت دو گروه معنادار نبود. پژوهش‌هایی نیز این نکته را در مراجعین مذهبی ساکن قم گزارش کرده‌اند (۴۹).

اگرچه یافته‌های پژوهش و تحلیل‌های آماری نشان داد که اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی مشابه درمان کلاسیک است اما در این پژوهش پژوهشگران مشاهده کردند که درمانجویان مذهبی به درمان آمیخته به معنویت انگیزه بالایی دارند و تکالیف را بهتر انجام می‌دهند. در این راستا پژوهش‌هایی نیز نشان داده‌اند که افراد مذهبی که درمان شناختی رفتاری آمیخته به مذهب و معنویت دریافت می‌کنند، انگیزه و پایبندی بیشتری به درمان دارند (۲۴) همچنین پژوهش‌هایی نقش مثبت آموزه‌های اسلامی در نگرش‌های مثبت درمانجویان مسلمان و در نتیجه در افزایش کارآمدی روان‌درمانی را نشان داده‌اند (۵۰). از این‌رو لازم است در پژوهش‌های آینده درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی طراحی شود و اثربخشی آن ارزیابی شود.

یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر بهبود خداینداره مؤثر است. اما درمان شناختی رفتاری مذهبی مؤثرتر است. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت در منابع اسلامی امید، بر توکل نمودن به قدرت لایزال الهی در مواجهه با مشکلات تأکید شده است. باور و اتکا به یاری خداوند که بینهایت قدرت و توانایی دارد، موجب امید می‌شود (۵۰). مناجات با خداوند و یاری جستن از او و احساس رابطه شخصی با وجودی برتر، سبب چشم‌انداز مثبتی در زندگی می‌شود (۱۷) و باعث می‌شود افراد برای زندگی خود معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند (۵۱). بنابراین بسته شناختی رفتاری اسلامی با توجه دادن فرد به تکیه کردن بر قدرت خداوند، بطور معناداری موجب بهبود خداینداره می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش، اجرا در شهر قم بود که افراد به مقابله‌های معنوی و مذهبی به آسانی دسترسی دارند و تفاوت بین دو گروه را کم می‌کند. از محدودیت‌های این پژوهش عدم برگزاری آزمون پیگیری بود. البته برای آزمون پیگیری اقدام شد، اما تنها نیمی از شرکت‌کنندگان همکاری کردند، از این‌رو در نتایج گزارش نشد. از محدودیت‌های این

ضعف برنامه درمانی، درمان شناختی رفتاری مذهبی بکار رفته در این پژوهش توسط تیم کوئینگ و با راهنمایی دکتر واثق انجام شده است. در مشورت با کارشناسان درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی آشکار شد که بسیاری از آموزه‌های اسلامی در درمان افسردگی مؤثرند و برای یکپارچه شدن با درمان شناختی رفتاری مناسبند. با این وجود در پروتکل کوئینگ استفاده نشده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده پروتکل درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی در یک کار تیمی از متخصصان بومی، طراحی شود. مهم‌ترین ابعاد معنوی پیشنهادی عبارتند از: معنادهی معنوی، امید معنوی، تاب‌آوری معنوی، شکرگزاری، توجه به رشد معنوی در مشکلات، توجه به آیات قرآنی دلگرم‌کننده و امیدبخش، توجه به یاری خدا، تعیین اهداف معنوی. توجه به منابع معنوی، جلب حمایت اجتماعی از دوستان و مؤمنان، دعا و مناجات با خدا، حضور در مراکز مذهبی، حضور در فعالیت‌های خیریه.

۴) عدم ساختار در ابعاد مذهبی و معنوی درمان، درمانگران شناختی رفتاری، در هر جلسه، متناسب با هدف درمان، کیس فرمولیشن و مفهوم‌سازی موردی می‌کنند. به عبارت دیگر به مراجع نشان می‌دهند که مشکل کجاست. به عنوان نمونه تحریف‌های شناختی چگونه موجب احساسات منفی و رفتارهای منفی می‌شوند. در نتیجه در مراجع احساس نیاز ایجاد می‌شود که این تحریف‌های شناختی را اصلاح کند و با روش سقراطی گام به گام با درمانگر پیش می‌رود. اما در ابعاد معنوی و مذهبی درمان، این فرآیند طی نمی‌شود و مراجع نقش باور یا مفهوم مذهبی در کاهش افسردگی خویش را درک نمی‌کند. به نظر می‌رسد بایستی بطور مشابه در ابعاد مذهبی و معنوی درمان نیز متناسب با هدف جلسه کیس فرمولیشن انجام شود و با روش سقراطی گام به گام مراجع را به مقصد رساند و نگرش یا مهارتی را در مراجع تقویت کرد. بطور کلی به نظر می‌رسد درمان‌های ساختارمند بهتر از درمان‌های بدون ساخت هستند. به عنوان نمونه یوسفی نشان داد درمان شناختی رفتاری مذهبی کارآمدتر از معنادمانگری است (۴۸).

۵) دسترسی آسان افراد به مقابله‌های معنوی و مذهبی، این پژوهش در قم انجام شد و درمانجویان مذهبی بودند، از این‌رو به نظر می‌رسد افراد در گروه شناختی رفتاری مذهبی نیز،

resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2016;24.

3. Bueno-Notivol J, Gracia-García P, Olaya B, Lasheras I, López-Antón R, Santabárbara J. Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International journal of clinical and health psychology*. 2021;21(1):100196.

4. Bektas DK, Demir S. Anxiety, depression levels and quality of life in patients with gastrointestinal cancer in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2016;17(2):723-31.

5. Li Y, Liang F, Xu Q, Gu S, Wang Y, Li Y, et al. Social support, attachment closeness, and self-esteem affect depression in international students in China. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:399.

6. Momeni F, Shayegan Manesh Z, Aghajani T. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) on Self-Imagination and Depression in People with Binge Eating Disorder. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2021;63(6):-.

7. Moosavian E. Theoretical overview of the role of core shame in anaclitic and introjective depression etiology. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*. 2020;9(6):213-22.

8. Abu-Raiya H, Pargament KI. Religious coping among diverse religions: Commonalities and divergences. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2015;7(1):24.

9. Exline JJ, Pargament KI, Grubbs JB, Yali AM. The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2014;6(3):208.

10. Blanc J, Rahill GJ, Laconi S, Mouchenik Y. Religious beliefs, PTSD, depression and resilience in survivors of the 2010 Haiti earthquake. *Journal of affective disorders*. 2016;190:697-703.

11. Tung ES, Ruffing EG, Paine DR, Jankowski PJ, Sandage SJ. Attachment to God as mediator of the relationship between God Representations and mental health. *Journal of Spirituality in Mental Health*. 2018;20(2):95-113.

12. Asgari P, Roushani K, Mohri AM. The Relationship between religious belief, optimism and spiritual well being among college students of Islamic Azad University. 2009:27-39(Full Text in Persian).

13. Downing J, Sinisi C, Foster R. The Effects of Self-Esteem, God Image, and Gender on Coping Methods. *Psi Chi Journal of Psychological Research*. 2021;26(1).

14. Park CL. The Meaning of Beliefs in Communicating with God and the Deceased for Individuals' Well-being. *Human Interaction with the Divine, the Sacred, and the Deceased*. 2021:234-44.

15. Jafarnia V, Badeleh M, Seifi H, Hasani J, Madanifar M. The effect of group cognitive

پژوهش عدم کنترل متغیرهای مزاحم همچون تناسب جنسیتی درمانگر و تخصص درمانگر بود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، محدودیت‌ها و کاستی‌های این پژوهش رفع شود. همچنین بطور کلی پیشنهاد می‌شود که کارگاه‌های مناسبی برای روان‌درمانگران با رویکرد شناختی رفتاری برگزار شود که با ابعاد معنوی دین اسلام آشنا شوند و بتوانند آن‌ها را در درمان تلفیق کنند. همچنین برای روان‌درمانگران با رویکرد معنوی و مذهبی، کارگاه‌هایی برگزار شود که توانمندی آنان در آنالیز روانشناختی مشکل مراجع و کیس فرمولیشن افزایش یابد و تکنیک‌های روانشناختی را بطور مؤثرتری بکار گیرند و با آموزه‌های اسلامی و معنوی تلفیق کنند.

پژوهش‌های متعددی به ترکیب مفاهیم اسلامی با درمان شناختی رفتاری پرداخته‌اند. به عنوان نمونه اصغر و همکاران در پاکستان پروتکل شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی ارائه کردند (۵۲) مناسب است در یک مطالعه مروری مؤلفه‌ها و تکنیک‌های این پروتکل‌ها جمع‌آوری و دسته‌بندی شود. همچنین در یک فراتحلیل اثربخشی این پروتکل‌ها با یکدیگر مقایسه شود و پروتکل‌های کارآمدتر معرفی شوند و علت اثربخشی آن‌ها تبیین شود. صبحس و همکاران در مالزی درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی را طراحی کردند و اثربخشی آن را در کاهش نشانگان آگورافوبی نشان دادند (۵۳).

تشکر و قدردانی: بدینوسیله مؤلفان از تمامی کارشناسان، شرکت‌کنندگان و مراکز مشاوره بویژه مرکز مشاوره صدرا که در انجام این پژوهش مشارکت کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

حامی مالی: بنابر اظهار مؤلفان مقاله، مرکز مطالعات دین و سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی حمایت مالی این پژوهش را بر عهده داشته است.

تضاد منافع: مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش را گزارش نکرده‌اند.

## منابع

1. Hawes MT, Szenczy AK, Klein DN, Hajcak G, Nelson BD. Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Psychological Medicine*. 2021:1-9.

2. Carvalho IG, Bertolli EdS, Paiva L, Rossi LA, Dantas RAS, Pompeo DA. Anxiety, depression,

- International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(14):7711.
27. Pourkord M, Mirdrikvand F, Karami A. Predicting resilience in students based on happiness, attachment style, and religious attitude. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2020;7(2):27-34.
  28. Azhar MZ, Varma SL. Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1995;63(3-4):165-8.
  29. Azhar MZ, Varma SL, Dharap AS. Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;90(1):1-3.
  30. Akbari balootbangan A, Talepasand S, Rezaei A, Rahimian boogar I. The Effectiveness of a Cognitive-Behavioral Approach to Assertiveness Training on the Self-Esteem and School Self-Concept of Adolescent Boy Victims of Bullying. *Community Health Journal*. 2018;12(4):47-59.
  31. Malekiha M, Yoosefinik A. Effectiveness Of Spiritual Therapy On Hope And Self-Concept In Women With Multiple Sclerosis Disease. *Scientific Research Quarterly of Woman and Culture*. 2020;11(42):85-96.
  32. Johnson PT, Cheshire M, Wood FG, Dunn LL, Ewell PJ. Daily spiritual experiences of nurse educators and relationship to depression and health. *Journal of Christian Nursing*. 2016;33(3):179-83.
  33. Williams V. Exploring Religion and Spirituality in Psychological Therapy: School of Psychology; 2017.
  34. First MB, Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). 2004.
  35. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and Feasibility of The Persian Version of The Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Sciences*. 2004;6(1):10-22.
  36. Amini H, Sharifi V, Asaadi S.M, Mohammadi M.R, Kaviani H, Semnani Y, et al. Validity of the Iranian version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) in the diagnosis of psychiatric disorders. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2008;7(1):0-.
  37. Glock CY, Stark R. Religion and society in tension: a publi. from the research program in the Sociology of Religion Survey Research Center, Univ. of Calif., Berkeley. 1970.
  38. Sirajzadeh SH. Religious Attitudes and Behaviors of Tehran Adolescents and Its Implications for the Theory of Secularization. *Quarterly Journal of Research Index*. 1999;3:105-18.
  39. sion inventory (BDI-II): Pearson; 1996.
  40. Fata L, Birashk B, ATEF VM, Dabson K. Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. 2005.
  - behavioral therapy on depression and life expectancy in patients with hepatitis B. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2016;18(5):272-8.
  16. Segal ZV, Dobson KS. Cognitive models of depression: Report from a consensus development conference. *Psychological Inquiry*. 1992;3(3):219-24.
  17. Sabki ZA, Sa'ari CZ, Muhsin SBS, Kheng GL, Sulaiman AH, Koenig HG. Islamic Integrated Cognitive Behavior Therapy: A Shari'ah-Compliant Intervention for Muslims with Depression. *Malaysian Journal of Psychiatry*. 2019;28(1):29-38(Full Text in Persian).
  18. Beck AT. Cognitive models of depression. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*. 2002;14(1):29-61.
  19. Serfaty M, King M, Nazareth I, Moorey S, Aspden T, Mannix K, et al. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for depression in advanced cancer: CanTalk randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2020;216(4):213-21.
  20. Luo C, Sanger N, Singhal N, Patrick K, Shams I, Shahid H, et al. A comparison of electronically-delivered and face to face cognitive behavioural therapies in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2020;24:100442.
  21. Hamid N. The effectiveness of positive mental imagery of recovery and cognitive behavioral therapy based on religious beliefs on anxiety and life quality in women with breast cancer. *learning*. 2020;1(51):001-9.
  22. Grill KB, Wang J, Cheng YI, Lyon ME. The role of religiousness and spirituality in health-related quality of life of persons living with HIV: A latent class analysis. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2020.
  23. Teo DCL, Duchonova K, Kariman S, Ng J. Religion, Spirituality, Belief Systems and Suicide. *Suicide by Self-Immolation: Springer*; 2021. p. 183-200.
  24. Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Shaw SF, Robins CJ, Daher NS, et al. Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: A pilot randomized trial. *The Journal of nervous and mental disease*. 2015;203(4):243-51.
  25. mojahed a. Comparison of Islamic oriented and classical cognitive behavioral therapy on mental health of martyrs' and veterans' wives. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2009;11(44):91-282.
  26. Khoshbooi R, Hassan SA, Deylami N, Muhamad R, Engku Kamarudin EM, Alareqe NA. Effects of Group and Individual Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Sexual Satisfaction among Perimenopausal Women.

41. Beck AT, Steer RA, Epstein N. Self-Concept dimensions OF clinically depressed and anxious outpatients. *Journal of Clinical Psychology*. 1992;48(4):423-32.
42. Mohammadi B. Investigating the relationship between self-concept and depression: Trabiati Modares University (Full text in persian); 1992.
43. Lawrence RT. Measuring the image of God: The God image inventory and the God image scales. *Journal of Psychology and theology*. 1997;25(2):214-26.
44. Feizabadi S, Khosravi Z. Comparison of the concept of God and life satisfaction in divorcing and non-divorcing couples in Kashan. *New educational approaches*. 2009;4(2):1-12.
45. GHaribi Asl A, Sodan M, Atari Y. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Counseling on Self-Concept and Depression in Women with Breast Cancer. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2016;15(3):333-45.
46. Eskandari M, Bahmani B, Hassani F, Asgari A. Effectiveness of Cognitive-Existential Group Therapy on Mental Health and Images of God in Parents of Children with Cancer. *Clinical Psychology and Personality*. 2015;13(1):3-14.
47. Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1992;60(1):94.
48. yosefi n. Effect of Religious-based Cognitive Therapy and Logotherapy on Reducing the Depression, Anxiety, and Aggression Symptoms in University Students. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2012;3(10):137-58.
49. Masjedi-Arani A, Yoosefee S, Hejazi S, Jahangirzade M, Jamshidi M-a, Heidari M, et al. effectiveness of an Islamic approach to Hope therapy on Hope, depression, and anxiety in comparison with conventional Hope therapy in patients with coronary heart disease. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*. 2020;28(127):82-9.
50. Sabry WM, Vohra A. Role of Islam in the management of psychiatric disorders. *Indian journal of psychiatry*. 2013;55(Suppl 2):205-24(Full Text in Persian).
51. Ahmadi M, Zaree K, Leily AK, Hoseini ASS. Efficacy of a written prayer technique on the anxiety of mothers of children with cancer. *Palliative & supportive care*. 2019:1-6(Full Text in Persian).
52. Asghar H, UzmaMasroor SGD. Development of Cognitive Behaviour Therapy with Islamic Concepts for Treatment of Depression and Anxiety. 2021.
53. Subhas N, Mukhtar F, Munawar K. Adapting cognitive-behavioral therapy for a Malaysian muslim. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2021;35:28.