

اثربخشی درمان مبتنی بر نظام خود با درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت - دین بر علایم افسردگی پایدار زنان

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

^۱گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران، ^۲گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۳/۰۱/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۰۴

چکیده

زمینه و هدف: سبک زندگی بشر پیشرفت قابل توجهی داشته منتها این پیشرفت‌ها موجب تغییر در سبک زندگی و روابط اجتماعی و بروز انواع اختلالات به ویژه افسردگی شده است. در عصر حاضر افسردگی بر زندگی میلیون‌ها نفر در سراسر جهان به ویژه زنان تأثیرات منفی گذاشته است. این چالش‌ها؛ این زمینه را فراهم نمود تا جدیدترین درمان‌های افسردگی شناسایی و بومی‌سازی گردد، لذا هدف از این پژوهش تعیین و اثربخشی درمان مبتنی بر نظام خود با درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت - دین بر علایم افسردگی پایدار زنان بود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد. جامعه آماری تمامی زنان دارای افسردگی پایدار شهر اصفهان بود، که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. لذا تعداد ۳۶ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه دیس تایمی کرنل می‌باشد. برای هر دو روش درمانی ۱۰ جلسه درمانی مجزا بر اساس پروتکل‌ها و ساختار درمانی تعریف و اجرا گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس یا آنکوا تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس پرسشنامه دیس تایمی (با دامنه ۰ تا ۸۰) میانگین افسردگی زنان در مرحله پیش‌آزمون در همه گروه‌ها حدود ۶۸ ارزیابی گردید. نتایج مداخلات درمانی نشان داد هر دو روش درمانی موجب کاهش افسردگی پایدار می‌شوند و دارای سطح معنی‌داری برابر ۰/۰۲۶ هستند. از سویی تفاوت اثربخشی به مقدار ۰/۱۴۱ در هر دو درمان نشان داد که این نتایج تفاوت معنی‌دار با مقدار صفر بوده و این تفاوت به لحاظ آماری تصادفی نیست. بر این اساس، سطح اثربخشی دو روش در جامعه آماری متفاوت برآورد گردید به نحوی که درمان مبتنی بر نظام خود بیشتر از روش معنویت - دین ارزیابی گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد هر دو روش درمانی موجب کاهش افسردگی پایدار زنان شده است، لیکن درمان مبتنی بر نظام خود اثربخشی بیشتری داشته است، از این رو می‌توان توصیه نمود این روش برای افسردگی پایدار سودمندتر می‌باشد، به ویژه این که این درمان ساختار یافته بوده و اختصاصاً برای افسردگی ارایه شده است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی پایدار، درمان مبتنی بر نظام خود (SST)، درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت - دین

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

Email: gorji@iaukhsh.ac.ir

"نشریه علمی پژوهشی ارمغان دانش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یک نشریه با دسترسی آزاد است و تمامی مقالات منتشر شده در این نشریه به صورت دسترسی آزاد منتشر می‌شوند."

مقدمه

بر اساس بررسی‌های افرادی که درگیر

افسردگی پایدار شده‌اند، همواره دارای خلق پایین، اضطراب و تحریک‌پذیری، احساسات منفی همراه با گناه، نداشتن بهره‌وری، کیفیت پایین زندگی، افکار یا رفتار خودکشی هستند (۶). *دیس‌تیمیا* با *ملانکولی* یا *مالیخولیا* هم معنی بوده و از دو واژه یونانی دیس به معنی بد و تیموس به معنی روحیه ساخته شده است (۸). *دیس‌تایمی* حالت جدی از افسردگی مزمن است که برای حداقل دو سال، دوام داشته (برای کودکان و نوجوانان، یک سال) و نسبت به *اختلال افسردگی عمده*، خطرناک به نظر می‌رسد (۹).

بر اساس نتایج پژوهش‌های به عمل آمده، برخی از مبتلایان به افسردگی پایدار ممکن است سال‌ها با این بیماری زندگی کنند، بدون آن‌که از وجود آن آگاه باشند؛ به دلیل این که آنها ممکن است بر این باور باشند مشکلاتی که دارند طبیعی است. این رو افسردگی را بخشی از شخصیت خود تلقی کرده و حتی در مورد علایم خود با متخصص و یا خانواده هم صحبت نکنند.^۱

با توجه به نقش و جایگاهی که زنان در جامعه و خانواده دارند، ضرورت دارد نسبت به بهداشت روانی این قشر جامعه حساسیت بیشتری داشت؛ به دلیل این که زنان به عنوان پشتوانه سلامت روان و خانواده و جامعه نقش مؤثری در تربیت فرزندان و نسل‌های آینده ایفا می‌کنند (۱۰). بر اساس آمار

امروزه *افسردگی*، در بین اختلالات روانی به عنوان بیماری شایع قرن و مسئله شماره ۱ در میان جوامع در نظر گرفته می‌شود (۱). بر اساس پژوهش‌های علمی، تعداد زیادی از افراد برهه‌ای از زندگی خود را با افسردگی سپری کرده (۲) و گزارش‌های آماری گویای این مسئله است که تقریباً دو سوم افراد افسرده در اندیشه اقدام به خودکشی هستند و متأسفانه از این تعداد ۱۰ تا ۱۵ درصد خودکشی موفق داشته‌اند (۳) افسردگی زندگی میلیون‌ها نفر از مردم جهان را مختل نموده و خسارت مالی ناشی از افسردگی، تنها در کشور آمریکا بیش از ۱ بلیون دلار، برآورد شده است (۱).

ابتلا افسردگی، در ایران بین ۱۱/۹ و ۲۳/۸ درصد ارزیابی می‌شود (۴) و بر اساس پژوهش انجام شده در ایران ۴۲/۳ درصد از شرکت کنندگان دارای علایم متوسط تا شدید افسردگی هستند (۵). در بین انواع افسردگی‌ها؛ افسردگی پایدار که به آن *دیس‌تایمی* (دیس‌تیمیا)^(۱) نیز گفته می‌شود، به عنوان بیماری مزمن و عودکننده، هم اکنون زندگی میلیون‌ها نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار داده و موجب تحمیل هزینه‌های هنگفت به نظام سلامت شده است (۶). پژوهش‌های طولی نشان می‌دهد بهبودی کامل ۵۰ تا ۶۰ درصد مبتلایان به افسردگی پایدار، حتی درمان‌جویانی در دوره‌های درمانی شرکت کرده بودند فراهم نمی‌شود و درمان، تنها روی یک سوم از آنها اثربخشی داشته است (۷).

1-Persistent depressive disorder (dysthymia)

سازمان بهداشت جهانی، متأسفانه افسردگی در زنان به نسبت مردان شایع‌تر می‌باشد (۳). افسردگی در زنان ۱۲-۲۵ درصد و در مردان ۵-۱۲ درصد برآورد شده است (۱۱).

زنان به عنوان پاشنه آشیل خانواده اثربخشی زیادی بر کارکردهای خانواده دارند و اگر عملکرد این عضو خانواده دچار اختلال گردد، قطعاً کل خانواده آسیب‌پذیر خواهد شد. از سویی ممکن است گاهی افسردگی افراد تبدیل به افسردگی مزمن شود و همین مسئله سرچشمه بسیاری از مشکلات بعدی می‌گردد. به دلیل این که بعضاً بیمار نسبت به درمان مقاوم می‌شود، پرداختن به درمان افرادی که با افسردگی خو گرفته و بیماری در آنها مزمن شده است - افسردگی تبدیل به افسردگی پایدار شده است - بسیار حایز اهمیت است؛ چرا که افراد مبتلا به افسردگی پایدار در معرض آسیب بیشتری هستند (۸) و احتمال ایجاد هرگونه شرایط بحرانی در آنها متصور است.

از طرفی مبحث معنویت و مذهب برای بشر، از دیر باز اهمیت داشته و همواره بخش اعظمی از شاکله شخصیتی انسان با معنویت آمیخته است. پژوهش‌های گسترده‌ای درباره اثر بخشی مباحث مرتبط با معنویت یا دینداری بر سلامت روان انجام شده است. به عنوان مثال در مطالعه تورسن و هریس تأثیر معنویت بر سلامت افراد را اثبات کرده‌اند (۱۲). در مطالعه برنان معنویت و دینداری موجب سازگاری سالمندان با مشکل کاهش بینایی می‌داند (۱۳). ورتینگتون و همکاران نشان دادند مشارکت مکرر در محافل دینی

مانند کلیسا و مسجد موجب بهزیستی و رضایت از زندگی و کاهش افسردگی می‌شود (۱۴). از همین رو در سال‌های اخیر به وسیله متخصصین توصیه می‌کنند هنگام درمان بیماران - چه برای بیماری‌های روانی و چه برای بیماری‌های جسمی - از جنبه‌های مختلف معنویت یا دین استفاده گردد.

روی هم رفته معنویت مفهوم جامع‌تری نسبت به دین دارد (۱۵)، در حالی که فقط در کشور آمریکا ۷۳ درصد از مردم به وضوح داشتن «باور یقینی» به خداوند را تأیید (۱۶) و ۵۸ درصد اعلام کرده‌اند حداقل یکبار در روز به نیایش مشغول و ۳۹ درصد گفته‌اند در هفته یکبار در مراسم دینی حضور می‌یابند (۱۷). مگر می‌توان برای درمان بیماری‌ها این مقوله مهم را نادیده گرفت؟!؛

در پژوهش‌های انجام شده در سال‌های اخیر تأثیر استفاده از مؤلفه‌های معنویت یا دین برای درمان افسردگی بسیاری گزارش شده است. یکی از درمان‌هایی که امروزه برای طیف وسیعی از اختلالات به کار می‌رود، درمان شناختی رفتاری است. پژوهش‌های مختلف نشان داده است درمان ترکیبی شناختی رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت، در درمان انواع اختلالات مؤثر می‌باشد. به عنوان نمونه باررا و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند طی ۱۲ جلسه مداخله با محوریت معنویت و دین، بر روی افراد سالمند زمینه کاهش اضطراب آنها فراهم شده است (۱۸) و یا در پژوهشی گانستاد و توالا اثبات کردند داشتن اعتقادات مذهبی موجب بر تاب‌آوری

کودکان و نوجوانان می‌شود (۱۹). در این بین در پژوهش‌های مختلف نیز تأثیر درمان شناختی رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت بر درمان افسردگی نیز مورد تأیید قرار گرفته است. به عنوان نمونه می‌توان به پژوهش‌های انجام شده به وسیله محمدی (۲۰)، عیسی‌زاده و صفاری‌نیا (۲۱)، بلیزردی (۲۲)، بونلی و همکاران (۲۳)، بوش و همکاران (۲۴)، اسمیت، مک کالف و پل (۲۵)، قربانی و همکاران (۲۶)، برقععی و روشن (۲۷)، مجیدی و همکاران (۲۸)، حدادی‌کوهسار و همکاران (۲۹) و عسکری و همکاران (۳۰) اشاره نمود. در این زمینه پژوهش‌های خیلی زیادی وجود دارد که تماماً نتایج این پژوهش‌ها نشان داده است که معنویت و مذهب در سلامت روان نقش مؤثری دارد.

از سویی درمان مبتنی بر نظام خود یا به اختصار اس‌اس‌تی^(۱) یکی از روش‌های درمانی جدیدی است که در سال‌های اخیر به وسیله کری ادینگتون، تیموتی استرامن، آنجلا ویت و گرگوری کلدن برای درمان افسردگی ارایه شده است. درمان مبتنی بر نظام خود اختصاصاً برای درمان افسردگی طراحی و یک سیستم روان درمانی مختصر و ساختار یافته است.

در این روش درمانی، مراجع زیر نظر درمان‌گر گام به گام کاربرگ‌هایی هدفمند و از پیش طراحی شده را در جهت درمان افسردگی خودش تکمیل می‌کند (۳۱). اعتقاد این روش بر این است که هر کس، خودش زودتر و بهتر از هر متخصصی می‌تواند علایم افسردگی را در خود شناسایی کند، بنابراین

خودش هم بهتر می‌تواند با مشارکت در مسیری هدفمند، خود را درمان کند.

بنیادهای نظری این روش شامل؛ خودتنظیمی، کمال‌گرایی، خود واقعی و خود ایده‌آل، اهداف پیشرفت و اهداف پیشگیری است. تکنیک درمانی اس‌اس‌تی از ترکیب درمان شناختی (CT)، روان درمانی بین فردی و درمان فعال‌سازی رفتاری تشکیل شده است (۳۱). از طرفی در این روش از تحلیل وضعیت روانی (PSA)، تحلیل خودباوری، نظریه خودمختاری (SDT)، نظریه چارچوب رابطه‌ای (RFT) نیز استفاده می‌شود.

این درمان کاملاً مبتنی بر همکاری (مشارکت) مراجع بوده و درمان‌جو به عنوان همکار درمان‌گر، در فرآیند درمان «خود افسرده شده» مشارکت خواهد داشت. از طرفی درمان‌گر نقش یک متخصص و همراه را ایفا می‌کند، چرا که درباره علل و عوامل مؤثر بر افسردگی مانند؛ خودتنظیمی، کمال‌گرایی، خودباوری، خود واقعی و خود ایده‌آل تخصص و آگاهی دارد.^۲

در اس‌اس‌تی رهنمودهای مفید و مؤثر با زبانی ساده، دقیق و کاربردی، در اختیار مراجع قرار می‌گیرد تا به خوبی از عهده رویارویی و مقابله با افسردگی خود برآیند. یکی از سازه‌های مهم و مؤثر اس‌اس‌تی فرآیند خودتنظیمی است، بدین مفهوم که گرایش‌های خودتنظیمی مراجع مورد بررسی قرار می‌گردد (۳۳).

1-Self System Therapy (SST)

درباره اثربخشی اس اس تی بر افسردگی، نیسیو و همکاران در مطالعه‌ای با ترکیب درمان اس اس تی با تصویربرداری مغناطیسی هدایت شده (rTMS) نشان دادند این ترکیب اثربخشی درمان (rTMS) را بر افسردگی مضاعف می‌کند (۳۴). از سویی ادینگتون و همکاران نیز در پژوهشی، اثربخشی اس اس تی را بر روی ۴۹ نفر مبتلا به افسردگی تأیید کردند (۳۵). استراومن و همکاران با مقایسه درمان اس اس تی با شناخت درمانی (CT) برای رفع اختلال عملکرد خودتنظیمی افراد افسردگی نشان دادند اس اس تی منجر به کاهش اختلال عملکرد خودتنظیمی افراد نسبت به بیماران (CT) می‌شود (۳۶).

افزایش مشکلات خلقی، افزایش انواع اختلالات به ویژه افسردگی این ضرورت را ایجاد می‌کند تا درمان‌های جدید و مختلف در زمینه افسردگی شناسایی و اثربخشی آنها روی جوامع و فرهنگ‌های مختلف بررسی گردد. ناظر بر این مسئله گزارش‌های آماری است که در آنها نشان داده است جهان شاهد افزایش ابتلا افراد به افسردگی است. مضاف بر آن بر اساس آمارهای مختلف خطر ابتلا زنان به افسردگی پایدار دو برابر مردان می‌باشد (۳۷)، به همین سبب و به دلیل این که نقش و جایگاه زنان کشور ایران در رشد و اعتلای فرهنگ و ارزش‌های کشور غیر قابل انکار می‌باشد، ضرورت دارد انواع درمان‌های نوین بومی‌سازی و برای بیماران کشور مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین در این پژوهش از میان روش‌های نوین درمانی دو روش، شامل: درمان مبتنی بر نظام

خود (SST) و درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت - دین^(۱) انتخاب و با همدیگر مقایسه و اثربخشی هر کدام بر اساس بافت جامعه ایران - اصفهان به عنوان جامعه آماری - مورد سنجش قرار گرفت.^۳

روی هم رفته با توجه به این که در پژوهش‌های پیشین اشاراتی به اثربخشی دو روش درمانی مورد نظر در این پژوهش شده است. لذا هدف از این پژوهش تعیین و اثربخشی درمان مبتنی بر نظام خود با درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت - دین بر علایم افسردگی پایدار زنان بود.

روش بررسی

این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان دارای علایم افسردگی پایدار شهر اصفهان بودند. برای تعیین نمونه آماری این پژوهش که به تعداد ۳۶ نفر بودند از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند استفاده شده است. نمونه آماری به صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفره تقسیم‌بندی شدند، دو گروه درمانی به عنوان گروه آزمایش و یک گروه به عنوان کنترل - پس از انجام پیش‌آزمون، پروتکل درمانی بر روی دو گروه آزمایش اعمال و در ادامه مجدداً از هر سه گروه پس‌آزمون اخذ گردید. در انتها میزان پایداری مداخلات، حدود ۳ ماه بعد بررسی گردید.

1-Cognitive-Behavioral Therapy Mixed with Spirituality And Religion

در این پژوهش به هیچ یک از مشارکت کنندگان در پژوهش، هزینه درمانی تحمیل نگردید و سعی شد تا تمامی جنبه‌های اخلاقی نیز رعایت شود، شامل: کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش، دادن اطمینان به افراد مبنی بر این که تمامی مطالب محرمانه خواهد بود، قبل از شروع پژوهش درباره روش کار اطلاع‌رسانی شد تا به اختیار خود مشارکت داشته باشند، به تمامی سوالات شرکت کنندگان در طول درمان پاسخ‌گویی شد، رعایت حریم خصوصی مشارکت کنندگان تأمین گردید.

آدرس و مشخصات کلینیک‌ها و مراکز مشاوره شهر اصفهان استخراج و طی تماس حضوری و تلفنی، از این مراکز درخواست شد تا نسبت به معرفی مراجعین افسرده‌ای که تمایل به مشارکت در کار پژوهشی دارند همکاری کنند. از باب تأکید نیز درخواست شد حتی اگر مراجعی دارند که افسردگی پایدار در آنها تشخیص داده شده است، معرفی نمایند. در مجموع تعداد ۱۲۴ نفر به تیم شناسایی شدند که با اعمال ملاک‌های ورود و خروج این تعداد به ۳۶ نفر تقلیل یافت. علت انتخاب حجم این تعداد به عنوان حجم نمونه به دلایلی به این شرح می‌باشد، تعداد نمونه در دسترس، محدودیت زمان و منابع مالی پژوهش‌گران، طولانی بودن میزان جلسات درمانی، ملاک‌های ورود و خروج و محدودیت در نفقات معرفی شده.

ابتدا کل ۱۲۴ نفر اولیه از لحاظ سن، تحصیلات، شغل، تعداد فرزند هم‌تاسازی شدند، سپس بر اساس ملاک‌های زیر لیست نهایی انتخاب شدند؛

۱- علاقمندی به شرکت در پژوهش و ارایه رضایت نامه، ۲- سکونت در شهر اصفهان و داشتن حداقل تحصیلات سیکل و بالاتر، ۳- داشتن توانایی جسمانی و شناختی جهت درک مطالب جلسات درمانی، ۴- با افسردگی خو گرفته و درمان خود را رها کرده باشد و فعلاً تحت درمان به وسیله متخصص دیگری نباشند، ۵- اکنون درگیر سایر اختلالات روانی که بر روی این پژوهش اثر گذارد نباشد، ۶- نداشتن بیماری پزشکی جدی و محدود کننده که خود موجب افسردگی شده باشد، ۷- نداشتن بیماری‌های جسمانی مزمن مانند سرطان، بیماری‌های کلیوی، ۸- نداشتن سابقه مصرف مواد مخدر، ۹- متعهد شدن نسبت به شرکت در جلسات درمانی، ۱۰- نداشتن مشکلات فردی، خانوادگی و یا جسمی مهم و محدود کننده و ۱۱- تشخیص علایم افسردگی پایدار.^۴

پرکاربردترین معیارها برای تشخیص انواع افسردگی‌ها در «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا» با نام اختصاری (DSM) می‌باشد که اکنون در ایران نیز بر اساس جدیدترین ویرایش (DSM5) افسردگی تشخیص داده می‌شود. مضاف بر آن در این پژوهش برای تشخیص علایم افسردگی پایدار از مقیاس رتبه‌بندی دیس تایمی کرنل (CDRS)^(۱) میسون بی‌جی و همکاران استفاده شده (۳۸) این پرسشنامه در برگیرنده ۲۰ سؤال می‌باشد و یکی از پر کاربردترین ابزارهای سنجش افسردگی پایدار است. موارد امتیازدهی بر

1-Cornell Dysthymia Rating Scale(CDRS)

اساس نمره ۰ تا ۴ (۰ = اصلاً و ۴ = شدید) می‌باشد. دامنه نمره کل ۰ تا ۸۰ بوده و نمرات بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر علایم افسردگی پایدار است. روایی محتوایی پرسشنامه ترجمه شده از نظر تعداد ۶ نفر روانشناس و روانپزشک ارزیابی گردید. در ادامه پس از چند مرحله پالایش و بررسی سئوالات، پرسشنامه نهایی تهیه گردید. از طرفی برای برآورد اعتبار محتوایی پرسشنامه، از روش لاوشه^(۲) استفاده گردید که در مجموع اعتبار محتوایی از آستانه ۰/۷۰ به عنوان حداقل قابل قبول بالاتر ارزیابی شد. بنابراین از نظر داوران محتوای ارایه شده، از اعتبار لازم برخوردار بودند. در نهایت پرسشنامه نهایی به وسیله ۳۰ نفر از کسانی که علایم اولیه افسردگی پایدار در آنها شناسایی شده بود تکمیل که آلفای کرونباخ نشان داد، این مقیاس برای تشخیص افسردگی پایدار ایران نیز مطلوب و مؤثر است.

در این پژوهش برای هر کدام از دو روش درمان اساسی و معنویت - دین، پروتکل درمانی اختصاصی به شرح جداول ۱ و ۲ تهیه گردید (تعداد ۱۰ جلسه درمانی که محتوای مطالب و این جلسات بر

اساس فرهنگ دینی و اعتقادی کشور ایران بومی‌سازی گردید). منبع پروتکل درمان اساسی از کتاب راهنمای مراجع (SST) نوشته‌کری ادینگتون و همکاران، استخراج (۳۳) و منبع پروتکل درمان معنویت - دین از کتاب معنویت، دین و درمان شناختی - رفتاری، نوشته دیوید اچ. روزمارین برگرفته شده است (۳۹). روایی هر دو پروتکل به وسیله سه نفر از اساتید رشته الهیات و معارف اسلامی و سه نفر از اساتید رشته‌های مشاوره و روانشناسی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفتند. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از تحلیل کوواریانس، طرح ترکیبی سنج‌های تکرار شده و مقایسه میانگین‌ها با آزمون‌های زوجی استفاده شد. شاخص‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار، ضریب اتای جزئی، آماره F و سطح معنی‌داری برای تفسیر نتایج به کار گرفته شدند.

جدول ۱: پروتکل درمانی (SST)^۵

شماره جلسه	محتوای جلسات
۱ و ۲: معرفی و ارزیابی	• اخذ پیش‌آزمون / معارفه و معرفی روش درمان / جمع‌آوری اطلاعات ارزیابی به کمک مصاحبه ساخت یافته
۳ و ۴: مرحله جهت‌یابی	• معرفی و اموری که افسردگی از مراجع دزدیده است. آماده سازی برای مبارزه با افسردگی
۵ و ۶: مرحله اکتشافی	• شناخت معیارهایی که برای خود تنظیمی لازم است. ارزیابی معیارهای تعریف شده / مسیر اهداف شناسایی در جهت تثبیت اهداف پیشرفت برنامه‌ریزی می‌شود
۶ تا ۹: مرحله سازگاری	• شناسایی این که آیا معیارهای فرد به مراجع کمک می‌کند تا مسیر درست را دنبال کند یا برعکس پیشگیری می‌کند. شناسایی مؤثرترین معیارها
۱۰: اختتامیه	• تثبیت تغییرات و ارزیابی مداخلات انجام شده

جدول ۲: پروتکل درمانی معنویت - دین	
شماره جلسه	هدف/ محتوای کلی جلسه
۱: جهت گیری	- گرفتن رضایت شفاهی درباره این که آیا مایل است دین - معنویت در بافت درمان محل بحث قرار گیرد - آسوده کردن خیال مراجع درباره پرداختن به دین - معنویت - ارزیابی اطلاعات درباره بافت باورهای دینی - معنوی
۲: ارزیابی کارکردی	- تمرکز بر درمان بر اساس بافت دینی و معنوی مراجع - بررسی ارتباط دین - معنویت با مشکلات کنونی مراجع - مدل اولیه‌ای از ارتباط دین - معنویت با مشکلات کنونی مراجع فرمول بندی می‌شود
۳: مشارکت	- به مراجع فرصت داده میشود با تعمق خودش ارتباط بین مشکل و دین - معنویت را بررسی کند - ارزیابی میزان فرآیند درمان و تاثیر ورود به مباحث دین - معنویت - تقویت ماهیت آزمایشی درمان
۴: نظارت	- دادن فرصت به بیمار برای ارائه بازخورد از روند اقدامات و تمرکز بر دین - معنویت - پس از بازخورد گیری مجدداً مراحل ارزیابی کارکردی انجام می‌شود
۵: انجام مجدد ارزیابی کارکردی	- مجدداً با توجه به بافت شناخته شده فرد از دین - معنویت بر درمان تمرکز میشود - ارتباط دین - معنویت با مشکلات کنونی مراجع بررسی میشود - مدل تکمیلی از ارتباط دین - معنویت با مشکلات کنونی مراجع فرمول بندی میشود
۴: ارتباط دعا و مشکلات	- شناختن دعاهایی که در باور مراجع وجود دارد - تقویت بافت مراجع درباره دعا - ترغیب به انجام بیشتر دعاهایی که مراجع ارتباط بهتری با آنها برقرار می‌کند
۵: تقویت رفتارهای دینی - معنوی	شناسایی رفتارهای دینی - معنوی مراجع و تقویت آن
۶: مراقبه و تامل و تفکر	- ایجاد ارتباط بین مشکل و تاثیر تفکر در باب آن مشکل و افزایش دین - معنویت - برخی مشکلات آزمون و آزمایش معنوی هستند برای رشد و تعالی
۷: تقویت خرده علائق دینی - معنوی	- تقویت انکار معنوی که مراجع با آن ارتباط بهتری دارد - تقویت اوقاتی که با توکل یا توسل حال روحی و روانی بهتری دارد - تقویت ایجاد روحیه بخشندگی نسبت به خدا، خود و دیگران برای ایجاد شرایط روحی بهتر - تقویت داشتن روحیه صبر و استفاده از توبه در شرایطی که احساس گناه در مراجع بالاست - تقویت تفویض مشکلات لاینحل و سخت به خداوند
۸: شناسایی موانع بیرونی مشکل	- بررسی باورهای غیرمنطقی درباره عوامل بیرونی مانند شر، بدبختی، بدشانسی، شیطان صفتی، چشم زخم، سحر و جادو - بررسی راهکارهای تقویت رفع این باورهای
۹: داستان و جملات طلایی	- استفاده از جملات مثبت و طلایی دینی - معنوی - استفاده از داستان‌های دینی - معنوی
۱۰: بازخوردگیری و برنامه ریزی رفتاری	- بازخورد گیری - رفع تعارضات و باورهای غیر منطقی - فرمول بندی عملی دینی - معنوی بر اساس باورهای جدید

یافته‌ها

است (سطوح معنی‌داری برای سه وضعیت

درون آزمودنی، بین آزمونی و ترکیبی برابر با ۰/۰۰۱

است). میانگین تغییر نمرات در سه مرحله سنجش بین

گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌داری

نتایج به دست آمده از طرح ترکیبی سنجه‌های

تکرار شده و آنالیز کواریانس در جدول ۳ نشان

می‌دهد که فرضیه اول مورد تأیید قرار گرفته

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 روش‌های درمانی بر کاهش افسردگی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین فقدان تفاوت معنی‌دار بین دو مرحله سنجش پس‌آزمون و پیگیری (سطح معنی‌داری برابر با $0/338$) پایداری حاصل از دو روش درمانی را حداقل در طول زمان مطالعه حاضر مورد تأیید قرار می‌دهد.

نمودار ۱ الگوی متفاوت میانگین‌ها را در دو گروه درمانی طی سه مرحله اندازه‌گیری نشان می‌دهد. هر چند در هر دو روش درمانی میانگین افسردگی کاهش یافته است، اما شدت کاهش در آنها متفاوت است به نحوی که بیشترین کاهش در گروه درمانی اساسی و کمترین کاهش در گروه آزمایشی معنویت - دین می‌باشد. در حالی که کاهش بین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو روش درمانی از الگوی متفاوتی پیروی کرده است (کاهش در گروه درمانی اساسی تا میانگین تقریباً ۳۸، کاهش در گروه درمانی معنویت - دین تا میانگین تقریباً ۴۷)، الگوی مشاهده شده در بین دو مرحله پس‌آزمون تقریباً افقی و بدون شیب بوده و حاکی از پایداری و ثبات نتایج در این فاصله زمانی است.

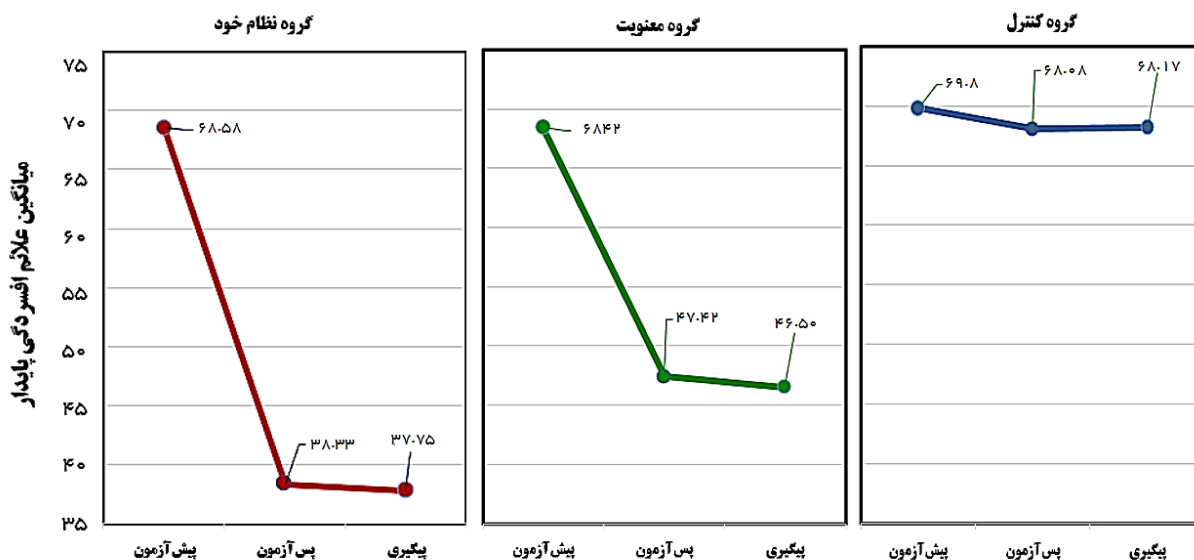
اطلاعات جدول ۴ گزارش می‌کند اثربخشی روش درمان معنویت - دین برابر $0/651$ با سطح

معنی‌داری $0/001$ و در روش درمان (SST) برابر $0/792$ با سطح معنی‌داری $0/001$ می‌باشد. مقابله انجام شده برای برای آزمون فرضیه دوم نشان می‌دهد نشان می‌دهد که دو روش درمانی دارای تفاوت معنی‌دار در سطح اثربخشی هستند (سطح معنی‌داری برابر با $0/026$). به عبارت دیگر، به عبارت دیگر، تفاوت اثربخشی آنها به مقدار $0/141$ دارای تفاوت معنی‌دار با مقدار صفر است و این تفاوت به لحاظ آماری تصادفی نیست. به این ترتیب فرضیه دوم تحقیق تأیید می‌شود. بر این اساس، سطح اثربخشی دو روش درمانی شناختی رفتاری آمیخته با معنویت - دین و درمان مبتنی بر نظام خود در جامعه آماری متفاوت برآورد می‌شود به نحوی که روش درمان اساسی اثربخش‌تر از روش درمان معنویت - دین است.

نمودار ۲ تأیید فرضیه دوم را به خوبی نمایش داده است. هر دو روش درمانی دارای الگوی کاملاً متفاوتی با گروه کنترل هستند (اثر هر کدام از آنها به لحاظ آماری معنی‌دار است) شدت کاهش میانگین افسردگی در مقایسه با یکدیگر نیز متفاوت است و این کاهش پایدار باقی مانده است. مقادیر به دست آمده برای میانگین افسردگی در سه مرحله اندازه‌گیری متفاوت بوده و در نهایت باعث تأیید فرضیه دوم شده است.

جدول ۳: برآورد سطح معنی‌داری برای آزمون فرضیه اول: اثر دو روش درمان

نوع اثر	آزمون کلی و مقابله‌های زوجی	مجموع مربعات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	نتیجه
درون آزمودنی (در مجموع)	بدون تعدیل	۳۷۰۳/۱	۶	۶۴۳/۸	۱۹۵/۹	۰/۰۰۱	تأیید فرضیه
	تعدیل گرین هاوس گایسر	۳۷۰۳/۱	۳/۹۴۷	۹۵۳/۵	۱۹۵/۹	۰/۰۰۱	تحقیق
بین آزمودنی (در مجموع)	—	۲۷۱۳/۰۱	۳	۹۰۴/۳	۱۸/۰۴۸	۰/۰۰۱	تأیید فرضیه
	پیش‌آزمون / پس‌آزمون	۵۵۶۰/۵	۳	۱۸۵۳/۵	۲۳۲/۶۷۹	۰/۰۰۱	تأیید فرضیه
ترکیبی درون آزمودنی / بین آزمودنی	پیش‌آزمون / پس‌آزمون	۵۸۴۲/۱	۳	۱۹۴۷/۳	۲۰۳/۸۰۶	۰/۰۰۱	تحقیق
	پیش‌آزمون / پس‌آزمون	۶/۵	۳	۱/۱۵۴	۰/۳۳۸	۰/۳۳۸	پایداری اثر



نمودار ۱: باکس پلات خطی پنهانی جهت آزمون فرضیه اول: مقایسه میانگین علایم افسردگی پایدار در سه مرحله

جدول ۴: برآورد سطوح معنی‌داری بر اساس طرح ترکیبی سنجه‌های تکرار شده و آنکوا

گروه‌های درمانی و کنترل		درمان معنویت - دین		نظام مبتنی بر خود (SST)	
نظام مبتنی بر خود (SST)	برآورد مقابله	-۱۹/۲۷۸	خطای معیار	۸/۰۹۹	
	خطای معیار	۰/۰۲۶	سطح معنی‌داری	-۳۶/۰۷۴	
	کران پایین	-۲/۴۸۱	کران بالا	-۵۱/۳۶۱	برآورد مقابله
	کران بالا	-۵۱/۳۶۱	خطای معیار	۸/۱۴۷	خطای معیار
	خطای معیار	۰/۰۰۱	سطح معنی‌داری	-۸۷/۰۵۸	کران پایین
کنترل	سطح معنی‌داری	-۶۷/۷۸۰	کران بالا	-۳۴/۹۴۲	کران بالا
	کران پایین	-۳۴/۹۴۲	کران بالا	-۳۴/۹۴۲	کران بالا
	کران بالا	-۳۴/۹۴۲	کران بالا	-۳۴/۹۴۲	کران بالا
ضریب اتای جزئی		۰/۶۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۲	۰/۰۰۱
نتیجه		تفاوت ضرایب تأثیر = ۰/۱۴۱ سطح معنی‌داری = ۰/۰۲۶ تأیید فرضیه تحقیق			



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

بحث

در سال‌های اخیر روش‌های مختلف درمان افسردگی توسعه یافته است، لذا در این پژوهش دو روش درمانی (۱- روش درمان مبتنی بر نظام خود و ۲- درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت - دین) به عنوان درمان‌های جدید افسردگی انتخاب تا امکان بومی‌سازی آن فراهم گردد. لذا هدف از این پژوهش تعیین و اثربخشی درمان مبتنی بر نظام خود با درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت - دین بر علایم افسردگی پایدار زنان بود.

نتایج این پژوهش که با استفاده از طرح ترکیبی سنجه‌های تکرار شده و تحلیل کوواریانس انجام شده است، نشان داد هر دو روش درمانی اثربخشی معناداری بر افسردگی پایدار دارند؛ منتها سطح اثربخشی روش درمان (SST) بر کاهش افسردگی بیشتر ارزیابی گردید. درباره علت تأثیر گذاری مداخلات انجام شده موارد زیر را می‌توان مطرح کرد، در زمینه تأثیرگذاری روش درمان مبتنی بر نظام خود (SST): این روش در طول فرآیند درمان بیماران دچار اختلالات افسردگی به آنها رهنمودهای مفید و مؤثری ارائه می‌کند. مضاف بر آن با زبانی ساده، دقیق و کاربردی به افراد افسرده کمک می‌کند تا با افسردگی خود رویارویی و مقابله کنند. از همین رو این روش درمانی بسیار کاربردی و مؤثر ارزیابی گردید به ویژه این که در مقایسه با روش درمانی معنویت - دین اثربخشی بیشتری را نشان داد.

در زمینه تأثیرگذاری روش درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت - دین: به دلیل این که پایه اساسی این روش بر اساس درمان شناختی رفتاری (روشی که در درمان بسیاری از اختلالات اثربخشی آن به وسیله پژوهشگران زیادی مورد تأیید قرار گرفته است) بوده و مضاف بر آن آمیخته با معنویت، دین و مباحث مذهبی بیماران می‌باشد یک تجربه متعالی به فرد افسرده ارائه می‌کند تا بتواند در مقابل انواع رنج‌های مرتبط با افسردگی تاب‌آوری بیشتری به دست آورد. از طرفی بر اساس پژوهش‌های انجام شده پرداختن به معنویت، موجب کاهش بی‌نظمی، اضطراب و اختلالات خلقی و افزایش رضایت از زندگی (که پایه‌های شکل‌گیری افسردگی است) می‌شود.

به صورت کلی نتایج این پژوهش در آزمون هر دو فرضیه تعیین شده نشان از اثربخشی معنویت - دین و همچنین درمان تخصصی اساسی بر افسردگی بوده و این دو فرضیه مورد تأیید قرار گرفت. در بحث اثربخشی درمان معنویت - دین بر افسردگی، نتایج حاصله با پژوهش قربانی و همکاران (۲۶)، بر قعی و روشن (۲۷)، عیسی‌زاده و صفاری‌نیا (۲۱)، مجیدی و همکاران (۲۸)، حدادی‌کوهسار و همکاران (۲۹) و عسکری و همکاران (۳۰) هم‌سو بود، به دلیل این که در این پژوهش‌ها اثربخشی انواع تکنیک‌ها مورد استفاده با درمان مبتنی بر نظام خود (SST) و درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت - دین بر روی انواع

اختلالات و به ویژه افسردگی به اثبات رسیده است. علاوه بر آن در تبیین هم راستا بودن پژوهش‌ها اشاره شده با مباحث مرتبط با معنویت و یا دین و مذهب این استدلال نیز قابل طرح است که این متغیر برای تغییر نگرش آدمی و همچنین کاهش آسیب‌های فردی و اجتماعی اثربخشی داشته و از سویی مؤلفه معنویت، به افراد مفهوم با ثباتی از معنای زندگی را ارائه می‌کند. از طرفی در پژوهش‌های همسو تأثیر معنویت یا دینداری بر سلامت روان به اثبات رسیده و تورسن و هریس (۱۲) معتقدند افرادی که معنویت درونی خود را تقویت می‌کنند از لحاظ سلامت روان و نشاط معنوی در سطح مطلوب‌تری نسبت به سایر افراد بوده و همواره در فشار خود آرامش و عزت نفس بهتری دارند. مضاف بر آن برنان (۱۳) معتقد است معنویت و دینداری علاوه بر کاهش مشکلات سمی موجب تقویت تاب‌آوری روانی می‌شود.

از سویی درباره اثر بخشی درمان اساس‌تی بر افسردگی پایدار، نتایج حاصله در این پژوهش با مطالعات نیسیو (۳۴)، ادینگتون و همکاران (۳۵) و استراومن و همکاران (۳۶) هم‌سو می‌باشد، به دلیل این که این روش درمانی به صورت تخصصی به درمان افسردگی پرداخته و در این بررسی‌ها نیز به وسیله پژوهشگران مذکور تأثیر آن بر افسردگی به اثبات رسیده است. مضاف بر آن مراجع از طریق درمان اساس‌تی زیر نظر درمان‌گر گام به گام جهت درمان افسردگی خود تلاش می‌کند چرا که اعتقاد این روش بر این است که هر کس، خودش زودتر و بهتر

از هر متخصصی می‌تواند علایم افسردگی را در خود شناسایی کند، بنابراین خودش هم بهتر می‌تواند با مشارکت در مسیری هدفمند، خود را درمان کند. از سویی به جهت این که این روش مبتنی بر همکاری و مشارکت فرد افسرده می‌باشد رهنمودهای مفید و مؤثری با زبانی ساده، دقیق و کاربردی، در اختیار بیمار قرار می‌گیرد تا بخوبی از عهده رویارویی و مقابله با افسردگی خود برآید.

در فرضیه دوم این پژوهش میزان اثربخشی دو روش درمانی اساس‌تی و معنویت - دین بر افسردگی پایدار مقایسه شد. مقابله انجام شده نشان داد که هر دو روش دارای تفاوت معنی‌دار در سطح اثربخشی هستند (سطح معنی‌داری برابر ۰/۰۲۶) به عبارت دیگر، تفاوت اثربخشی به مقدار ۰/۱۴۱ نشان داد دارای تفاوت معنی‌دار با مقدار صفر است و این تفاوت به لحاظ آماری تصادفی نیست. به این ترتیب فرضیه دوم تحقیق نیز تأیید و بر این اساس، سطح اثربخشی دو روش در جامعه آماری متفاوت برآورد می‌شود به نحوی که اساس‌تی اثربخش‌تر از روش معنویت- دین ارزیابی گردید.

بنابراین با توجه به اثربخشی بیشتر اساس‌تی می‌توان توصیه نمود این روش برای افسردگی پایدار دارند سودمندتر می‌باشد. در تبیین چرایی این اثربخشی بیشتر می‌توان استدلال نمود این روش درمانی، ابتدا به درمانجو کمک میکند علایم افسردگی را شناسایی کند. و از سویی یک سیستم روان درمانی مختصر و ساختار یافته است که اختصاصاً

برای درمان افسردگی طراحی شده است. این درمان کاملاً مبتنی بر همکاری (مشارکت) مراجع بوده و درمان‌جو به عنوان همکار درمان‌گر، در فرآیند درمان «خود افسرده شده» مشارکت خواهد داشت.

همواره در انجام هر پژوهشی محدودیت‌هایی وجود دارد؛ مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش نیز بدین شرح می‌باشد: ۱- این تحقیق فقط برای جامعه آماری خاص زنان انجام شده است و مردان و یا سنین مختلف را بررسی ننموده است که بهتر است برای سایر گروه‌ها نیز بررسی شود. ۲- این پژوهش فقط در شهر اصفهان انجام شده است و مناسب‌تر آن است با توجه بافت جمعیتی، قومیتی و طبقه اجتماعی و فرهنگی مختلف ایران، برای سایر شهرهای ایران نیز مورد بررسی قرار گیرد.

از سویی در هر پژوهشی، به دلیل تامل و غور پژوهش‌گر در عمق و ژرفای یک مسئله یا موضوع زمینه‌ارایه پیشنهاداتی راهگشا برای عرصه‌های مختلف علمی و عملی فراهم می‌شود، لذا پیشنهاد می‌شود سایر پژوهشگران نیز ضمن انجام پژوهش‌های مشابه دیگر درباره این موضوع، در صورتی که اثربخشی آن برای سایر طیف‌های جمعیتی افسرده ایران تأیید شد، از طریق کارگاه‌های آموزشی، تکنیک‌های آن را به مشاوران و متخصصان حوزه سلامت، آموزش بدهند. به خصوص روش‌های اختصاصی که اختصاصاً برای افسردگی طراحی شده است - تا استفاده این روش درمانی در بین درمان‌گران ایرانی نیز فراهم گردد. از سویی پیشنهاد

می‌شود دو روش درمانی به صورت جداگانه بر روی مردان افسرده نیز مورد سنجش قرار گیرد. از طرفی لازم است در پژوهش‌های بعدی به نقش متغیرهایی چون طبقه اقتصادی، اجتماعی، جنسیتی نیز توجه نمود و رابطه این متغیرها را با متغیرهای این پژوهش بررسی گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که هر دو روش درمانی مورد بررسی - درمان مبتنی بر نظام خود (SST) و درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت - دین بر کاهش علایم افسردگی پایدار در زنان مؤثر بوده‌اند. با این حال، میزان اثربخشی روش اساسی به صورت معنی‌داری بیشتر ارزیابی گردید که نشان‌دهنده توانمندی این روش در فراهم‌سازی چارچوبی ساختارمند، مشارکتی و هدفمند در فرآیند درمان افسردگی است.

این یافته‌ها ضمن تأیید نقش مؤثر مداخلات روان‌درمانی نوین، بیانگر اهمیت توجه به زمینه‌های فرهنگی، معنوی و فردمحور در طراحی و اجرای برنامه‌های درمانی برای افسردگی پایدار هستند.

از آن‌جا که این پژوهش صرفاً بر زنان در جامعه آماری خاص تمرکز داشته، پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده تأثیر این درمان‌ها بر گروه‌های مختلف جنسیتی، سنی، اجتماعی و قومی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین توصیه می‌شود استفاده از اساسی، به عنوان روشی تخصصی و کاربردی در

درمان افسردگی پایدار، در برنامه‌های آموزشی مشاوران و درمان‌گران ایرانی گنجانده شود.

داشته، نویسنده دوم به عنوان راهنما و ناظر بر تمامی فرآیند پروژه نظارت داشته است و نویسنده سوم به عنوان مشاور پروژه فعالیت داشته است.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مطالعه بر خود لازم می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال قدردانی را داشته باشند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در خصوص این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

این تحقیق از هیچ‌گونه حمایت مالی برخوردار نبود.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای رشته روانشناسی با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1401.128 دانشگاه آزاد نجف آباد می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

در این پژوهش نویسنده اول به عنوان دانشجوی مجری پژوهش و نویسنده مقاله مشارکت

REFERENCES

1. Tahmasebi M, Kharamin S, Salaminia S, Bahrebar S. Underlying Depression and Related Factors in Riding-Car Drivers at Yasuj Trauma Center. *Armaghanj danesh* 2020; 25(2): 381-91.
2. Farhadi M, Yarmohammadi Vasil M, Zoghi Padayar MR, Chegini AA. The effect of hypnotherapy based on ego strengthening on major depression of female heads of the household. *Psychological Achievements* 2016; 24(1): 63-78.
3. Ebrahimi H, Kazemi AH, Falahi Khokhnab M, Modir R. Investigating the relationship between suicidal thoughts and psycho-social characteristics in depressed patients. *Psychiatric Nursing Scientific Research Quarterly* 2013; 2(2): 1-12.
4. Nizami L, Alivandi W, Khademi M, AliBabapour J. Local modeling of psycho-social vulnerability to persistent depression in women - contextual method. *Women and Society Quarterly* 2022; 12(48): 51-66.
5. Shahamat M, Ahmadi SM, Reisi S, Malekzadeh M. Comparing Psychological Symptoms in the Medical Staff of Specialized Medical Centers with the Medical Staff of Non-Specific Corona Centers. *Armaghane-danesh* 2022; 28(2): 246-59.
6. Movahedzadeh B, Haghighi S. The Effectiveness of Group Cognitive Hypnotherapy on Psychological Well-being in People Referring to Residential and Semi-Detached Accommodation of Addiction Centers. *armaghanj* 2018; 23 (2) :225-235
7. Mozamzadeh T, Gholamrezai S, Rezaei F. The Effect of Schema Therapy on Severity of Depression and Suicidal Thoughts in Patients with Resistant to Depression. *Armaghanj danesh* 2018; 23(2): 253-266
8. Ganji M. *Psychopathology based on DSM-5*. 1th ed. ehran: Savalan Publishing; 2022; 451-7.
9. American Psychiatric Publishing Inc. Releases New Study Guides. *Psychiatric News*. 41 (10): 4–4. 2006-05-19.
10. Sephermanesh Z. Mental health and related factors in young women of Kashan city. *Iranian Journal of Women, Midwifery and Infertility* 2010; 12(1): 31-41.
11. Roientan S, Azadi S, Mahmoodi A, Hosseini M, Sadegh R. The effectiveness of acceptance, commitment, and group therapy based on hope therapy approach to depression in cancer patients. *Armaghanj danesh* 2019; 24(5): 841-52
12. Thoresen CE, Harris SH. Spirituality and Health: What's the Evidence and what's Needed? *Annual Behavioral Medicine* 2002; 24(1): 3-13.
13. Brennan M. Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle-aged and older adults. *The International Journal for the Psychology of Religion* 2004; 14(3): 193-214.
14. Worthington EL, Kurusu TA, McCullough ME, Sandage SJ. Empirical research on religion and psychology therapeutic processes and outcome: A Ten-year Review and Research Prospectus 1996; 119(3): 448–87
15. Boalheri J, Ghbari Bonab B, Ghahari SH, Mirzaei M, Raqibian R, Dos Alivand H, et al. Teaching spiritual skills. Tehran: Tehran University Counseling Center; 2012; 29.
16. Gallup. Religion [Gallup Historical Trends]. Retrieved December 11, 2014, from www.gallup.com/poll/1690/religion.aspx.
17. Pew Research Center. Religious landscape survey. Retrieved December; 2009; from: <http://religions.pewforum.org/reports>.
18. Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice* 2012; 19(2): 346-58.
19. Gunnestad A, Thwala S. Resilience and religion in children and youth in southern Africa. *International Journal of Childrens Spirituality* 2011; 16: 169-85.
20. Mohammadi SH. The effect of spiritual therapy on depression of elderly women living in nursing homes. *Clinical Psychology Studies* 2013; 3(12): 41-63.
21. Eisazadeh F, Saffari Nia M. The effectiveness of group spiritual therapy on depression, mental health and psychological capital in recovering from covid-19 disease. *Quran and Medicine* 2021; 5: 11-22.
22. Blazer D. Religion/spirituality and depression: what can we learn from empirical studies? *American Journal of Psychiatry* 2012; 169(1): 10-2.

23. Bonelli R. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depression research and treatment* vol 2012: 962860.
24. Bush AL, Jameson JP, Barrera T, Phillips LL, Lachner N, Evans G, Stanley M A. An evaluation of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality in older patients with prior depression or anxiety. *Mental Health Religion & Culture* 2012; 15(2): 191-203.
25. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003; 129(4): 614-36.
26. Ghorbani A, Ghezelbash S, Alizadeh Mirashrafi H, Khosravi M. Effect of spiritual group therapy on depression, anxiety and stress of the mothers of children with cancer. *Cmj* 2021; 11(3): 196-209.
27. Baroughi SHS, Roshan R. A Comparison of religious spiritual therapy and acceptance and commitment group therapy and their effect on improving disgust sensitivity and depression in women with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychology and Religion* 2020;13(1): 49.
28. Majidi M, Bahadrani M, Falahati A, Mohammadi M. The effectiveness of spiritual therapy on the symptoms of patients with persistent depression. *Health and Care Magazine* 2020; 1398; 21(2): 339-29.
29. Haddadi Kohsar AA, Moradi A, Ghbari Bonab B, Imani F. Comparing the effectiveness of spiritual therapy based on Iranian culture with mindfulness based on stress reduction in reducing depression, anxiety and stress in patients with chronic pain. *Clinical Psychology Studies* 2018; 8(31): 1-30.
30. Askari M, Mohammadi H, Radmehr H, Jahangir AH. The effect of spiritual-religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly. *J Res Relig Health* 2018; 4(2): 29- 41.
31. Society of Clinical Psychology. Self-System Therapy For Depression 2022. <https://div12.org/treatment/self-system-therapy-for-depression/>.
32. Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S. Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001; 8(3): 255-70.
33. Be Pajoh A, Seyed Nouri Z. *Step-by-step self-treatment of depression (Effective Treatments)* [Persian]. Translated by Ahmad Behpajouh. Tehran: Danje Publishing; 2019. ISBN: 978-6002502506. Book Code: 44835. 168 p. <http://a-behpajouh.ir/book.html>
34. Neacsiu AD, Luber BM, Davis SW, Bernhardt E, Strauman TJ, Lisanby SH. On the concurrent use of self-system therapy and functional magnetic resonance imaging-guided transcranial magnetic stimulation as treatment for depression. *J ECT* 2018; 34(4): 266-73.
35. Eddington KM, Silvia PJ, Foxworth TE, Hoet A, Kwapil TR. Motivational deficits differentially predict improvement in a randomized trial of self-system therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83(3): 602-16.
36. Strauman TJ, Vieth AZ, Merrill KA, Kolden GG, Woods TE, Klein MH, et al. Self-system therapy as an intervention for self-regulatory dysfunction in depression: a randomized comparison with cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(2): 367-76.
37. Gilmer W, Trivedi M, Rush A, Wisniewski S, Luther J, Howland R, et al. Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 112(6): 425-33.
38. Mason BJ, Kocsis JH, Leon AC, Thompson S, Frances AJ, Morgan RO, et al. Rating scales in mental health. 2nd ed. Hudson, OH; Lexi-Comp: 2003; 83-8.
39. Rosmarin David H. Spirituality, religion, and cognitive-behavioral therapy a guide for clinicians. 1th ed. Publisher: The Guilford Press, USA; 2018; 133-267.

Effectiveness of Self System Therapy Compared to Cognitive-Behavioral Therapy Integrated with Spirituality and Religion on Symptoms of Persistent Depression in Women

Soleymani S¹, Gorji Y^{2*}, Sharifi Esfahani M¹

¹Department of Counseling, Kho.C, Islamic Azad University, KhomeiniShahr, Iran, ²Department of Psychology, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran

Received Date: 19 Apr 2024 Accepted Date: 25 Sep 2024

Abstract

Background & aim: Human lifestyle has seen considerable advancements; however, these developments have led to changes in daily living and social relationships, giving rise to various disorders-most notably, depression. In today's era, depression negatively affects the lives of millions around the world, especially women. These challenges have paved the way for identifying and localizing the latest treatments for depression. Accordingly, the present study aimed to assess and compare the effectiveness of Self System Therapy (SST) and Cognitive-Behavioral Therapy Mixed with Spirituality and Religion in alleviating symptoms of persistent depression in women.

Methods: The present semi-experimental study included pre-test, post-test, and follow-up stages. The statistical population consisted of all women with persistent depression in Isfahan city, conducted during the year 2022. A total of 36 individuals were selected via convenient and purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The study employed the Cornell Dysthymia Questionnaire. Each therapeutic approach included 10 separate sessions designed and implemented based on standardized treatment protocols. Data were analyzed using Analysis of Covariance(ANCOVA).

Results: Based on the Cornell Dysthymia Questionnaire (scale range: 0–80), the average depression score among women in the pre-test stage was approximately 68 across all groups. Results indicated that both therapeutic interventions led to reductions in persistent depression and reached statistical significance at the p-value of 0.026. Moreover, the effectiveness difference between the two methods was 0.141, indicating that the variation was significant and not random. Therefore, the two methods demonstrated differing impacts on the sample population, with SST displaying greater effectiveness than the spirituality-religion-based approach.

Conclusion: The findings suggested that both therapeutic methods reduced persistent depression in women. However, Self-System Therapy showed superior effectiveness. Thus, it is recommended as a more beneficial structured treatment tailored specifically for persistent depression.

Keywords: Stable depression, Self-System Therapy(SST), Cognitive behavioral therapy mixed with spirituality-religion

*Corresponding Author: Gorji Y, Department of Psychology, Kho.C, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran

Email: gorji@iaukhsh.ac.ir

Please cite this article as follows: Soleymani S, Gorji Y, Sharifi Esfahani M. Effectiveness of Self System Therapy Compared to Cognitive-Behavioral Therapy Integrated with Spirituality and Religion on Symptoms of Persistent Depression in Women. Armaghane-danesh 2025; 30(2):149-167.

The scientific research journal Armaghan Danesh, affiliated with Yasuj University of Medical Sciences, is an open-access publication. All articles published in this journal