

# Effectiveness of Religious Cognitive-behavioral Therapy in Comparison with Conventional Cognitive-behavioral Therapy in Improving the Affect and Hope of Patients with Depression

Mahboubeh Dastani<sup>1</sup> , Morteza Abdoljabari<sup>2</sup> , Mohammad Ali Jamshidi<sup>3</sup> , Mojtaba Farhoush<sup>4</sup> ,  
 Mohammad Farhoush<sup>5, 6\*</sup> 

1- Department of Psychology, Shahab Danesh University, Qom, Iran.

2- Religion and Health Studies Center, Department of Islamic Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Department of Health Psychology, Edalat University, Tehran, Iran.

4- Quran and Psychology Department, Al-Mustafa International University, Qom, Iran.

5- Department of Psychology, Faculty of Psychology, Semnan University, Mahdishahr, Iran.

6- Religion and Health Studies Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\*Correspondence should be addressed to Mr. Mohammad Farhoush; Email: Farhoush.mohammad@gmail.com

## Article Info

Received: Jul 29, 2021

Received in revised form:

Sep 8, 2021

Accepted: Oct 18, 2021

Available Online: Dec 22, 2022

## Keywords:

Cognitive behavioral therapy

Hope

Negative affect

Positive affect

Religious cognitive behavioral therapy

## Abstract

**Background and Objective:** Some studies show that religion and spirituality play a role in increasing mental well-being. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of religious cognitive-behavioral therapy in comparison with conventional cognitive-behavioral therapy in improving the affect and hope in the patients with depression.

**Methods:** This is an experimental study with a pre-test post-test design. The participants were selected from people with depression who referred to counseling centers. In this study, 42 participants were included, and finally 30 remained until the end of the study. Fifteen patients received conventional cognitive-behavioral therapy and 15 received religious cognitive-behavioral therapy individually. Data collection instruments included semi-structured DSM-based interviews (SCID-I), Glark and Stock Religiosity Questionnaires (CRS), Beck Depression Second Edition (BDI-II), Watson's Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), and Snyder's Adult Hope Scale (AHS). The participants answered the questionnaires one week before the treatment and one week after the end of the treatment sessions. Each protocol consisted of ten sessions. Data were analyzed using covariance analysis. In this study, all the ethical considerations were observed and the authors reported no conflict of interests.

**Results:** The findings showed that religious cognitive behavioral therapy significantly increases hope and its components more than conventional cognitive behavioral therapy ( $P < 0.001$ ). The findings also showed that although both religious and conventional treatments significantly increased positive affect and decreased negative affect, their effectiveness did not differ significantly.

**Conclusion:** Although religious cognitive-behavioral therapy promotes people's hope, but it should be promoted in terms of components and psychological techniques combined with spirituality to increase its effectiveness in increasing positive affect and reducing negative affect.



<https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i4.35642>

**Please cite this article as:** Dastani M, Abdoljabari M, Jamshidi MA, Farhoush M, Farhoush M. Effectiveness of Religious Cognitive-behavioral Therapy in Comparison with Conventional Cognitive-behavioral Therapy in Improving the Affect and Hope of Patients with Depression. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(4):113-128. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i4.35642>

## Summary

### Background and Objective

Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat

(i.e., Research on Religion & Health)

This work is distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Depression is accompanied by negative affect and disappointment. Negative affect includes different moods including fear, anger, feeling guilty and

Vol. 8, No. 4, Winter 2022

inability. Therefore, it is highly correlated with depression (2). One of the best ways for treatment of depression is cognitive-behavioral therapy. This approach improves depression by promoting concentration on incompatible thoughts and beliefs (3). Based on the cognitive-behavioral therapy, depressed people suffer from negative, inflexible and extremist assumptions (4). These inefficient assumptions cause an individual to have inappropriate view of him/herself and others leading him/her to experience more negative affects and show inappropriate behaviors being stuck in a vicious circle that leads to suffering and disrupted performance (5).

There is evidence to show that religious beliefs lead an individual to focus on spiritual goals and promote the feeling of spiritual sense in him/her (6, 7). As a result, his/her attention is deviated from the thoughts related to lack and excessive attention to internal thoughts and feelings are reduced (8).

In Islam, religious beliefs create an optimistic and hopeful attitude to life and events by creating and promoting the sense of life and changing an individual's interpretation of events. In this way, they help to deal with the negative behaviors and cognitions associated with depression (9). Many of the life events that are primarily evaluated as negative are evaluated as positive in the secondary evaluations arising from spiritual viewpoints. Generally, positive spiritual attitudes increase individual resilience against the problems (10).

Koenig et al. developed the religious cognitive-behavioral therapy for different religions and implemented it for treatment of depression in some groups (11). In his study the effect of treatment on affect and hope was not evaluated. Accordingly, the present study attempted to replicate Koenig et al.'s study and to examine the effect of treatment on individual hope and affect. The research hypotheses of the study included the following:

- 1) Religious CBT is more effective than conventional CBT in improving positive affect.
- 2) Religious CBT is more effective than conventional CBT in reducing negative affect.
- 3) Religious CBT is more efficient than conventional CBT in increasing hope and its components.

## Methods

**Compliance with ethical guidelines:** to follow the ethical guidelines, the following considerations were taken into account: 1) Respecting the confidentiality of the information related to the participants, 2) briefing the

participants on the method of implementation of the study, 3) obtaining written consent from the participants for participation in the treatment sessions, 4) continuing the treatment if necessary even after the end of the study, 5) leaving the participants free to withdraw from the study anytime they wanted to, and 6) not asking for additional costs for participation in the study.

This is an experimental study with a pre-test post-test design. The statistical population of the study included the people with depression who had referred to counseling centers in Qom, Iran in 2020. Overall, 42 participants were included, and to cancel out the effect of demographic variables, they were divided into two groups of 21 who were homogeneous in terms of gender, age, and education. Finally, 30 (15 in each group) remained until the end of the study and completed the questionnaires.

The data collection instruments included structured DSM-based interview, Glark and Stock's Religiosity Questionnaires (CRS), Beck's Depression Second Edition (BDI-II), Watson's *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), Snyder's Adult Hope Scale (AHS), conventional cognitive-behavioral treatment and religious cognitive-behavioral treatment.

## Results

The findings showed that like the conventional cognitive behavioral therapy, religious cognitive behavioral therapy increased positive affect and reduced negative affect. But no significant difference was found between the conventional and religious methods in this respect. However, the findings revealed that the religious cognitive behavioral therapy was more efficient in increasing hope and its components than the conventional cognitive behavioral therapy.

## Conclusion

Islamic cognitive-behavioral therapy promotes hope effectively. This finding is inconsistent with the results of some studies including that of Azhar and Varma (14), who showed that religious cognitive behavioral therapy is more effective than conventional therapy. The results of the present study are, however, matched with the findings of Nadi et al (15) in terms of the higher effectiveness of religious cognitive behavioral therapy in promoting hope.

In explanation for these findings, it can be stated that chanting to God and asking Him for help and feeling a personal relationship with a superiorbeing leads to a positive attitude toward life (5) creating a sense of meaningfulness in life

and hope for a better future (13). The researchers expected the religious cognitive behavioral therapy to be more effective than the conventional cognitive behavioral therapy in increasing positive affect and reducing negative affect; therefore, given the fact that the findings were unexpected, we looked for intervening and mediating variables and consulted with experts in cognitive behavioral therapy. The results showed the following intervening and moderating variables:

1) The care provider's expertise and capabilities are effective in the effectiveness of the therapy; 2) being of the same gender: in the present study, all the participants had relatively high levels of religiosity. In both groups, when the care provider and the patients were of the same gender, a better therapeutic relationship developed increasing the effectiveness of the therapy; 3) weak therapeutic plan: in consultation with the experts in cognitive behavioral therapy with an Islamic approach, it was revealed that many of the Islamic teachings are effective in treatment of depression and appropriate for becoming integrated with cognitive behavioral therapy. Nevertheless, they have not been used in Koenig's protocol. The most important spiritual dimensions suggested in the present study include: giving spiritual meaning, spiritual hope, spiritual resilience, being thankful to God, attention to spiritual development following problems in life, attention to promising Quranic verses, attention to God's help, determining spiritual goals, attention to spiritual sources, attracting social support from friends and believers, praying and chanting to God, attending religious centers, and participating in charity activities.

#### Acknowledgements

We would like to thank all the officials and students of Shiraz University of Medical Sciences who helped us in this research.

#### Ethical considerations

The Ethics Committee in Biomedical Research of Shahid Beheshti University of Medical Sciences approved this study under the ethics code of [IR.SBMU.RETECH.REC.1396.740](http://IR.SBMU.RETECH.REC.1396.740).

#### Funding

According to the authors, the Religion and Health Studies Center affiliated with the Shahid Beheshti University of Medical Sciences funded this study.

#### Conflict of interest

The authors reported no conflict of interests.

#### Authors' contribution

Care provider in one of the groups and translating the instructions for cognitive behavioral therapy: first author; supervising the study and providing advice on the religious dimensions of the instructions: second author; helping to recruit care providers and holding treatment sessions: third author; evaluation of the research background and drafting the article: fourth author; serving as care provider for one of the groups and statistical analysis: fifth author.

### References

1. Ustun G. Determining depression and related factors in a society affected by COVID-19 pandemic. *The International journal of social psychiatry*. 2021; 67(1): 54.
2. Dejonckheere E, Mestdagh M, Verdonck S, Lafit G, Ceulemans E, Bastian B, et al. The relation between positive and negative affect becomes more negative in response to personally relevant events. *Emotion*. 2021;21(2):326.
3. Jafarnia V, Badeleh M, Seifi H, Hasani J, Madanifar M. The effect of group cognitive behavioral therapy on depression and life expectancy in patients with hepatitis B. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2016;18(5):272-8. (Full Text in Persian)
4. Segal ZV, Dobson KS. Cognitive models of depression: Report from a consensus development conference. *Psychological Inquiry*. 1992;3(3):219-24.
5. 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)
6. 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.
7. Rafiei-Mohammadi N, Jahangiri MM. The Effect of Logic Therapy Combined with Quran Recitation and Prayer on Depression Symptoms in Women with Major Depressive Disorder. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat*. 2019;5(4):88-98. (Full Text in Persian)
8. Teo DCL, Duchonova K, Kariman S, Ng J. Religion, Spirituality, Belief Systems and Suicide. *Suicide by Self-Immolation*: Springer; 2021. p. 183-200.
9. 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. (Full Text in Persian)

10. 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.
11. 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.
12. 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)
13. 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)
14. Azhar MZ, Varma SL. Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1995;63(3-4):165-8.
15. Nadi E, Saeedpoor F, Boland H. The Effectiveness of Religious-Based Cognitive-Behavioral Group Therapy on Increasing Life expectancy and Happiness in Infertile Women. *Islamic Life Style*. 2020;3(3):41-8. (Full Text in Persian)

## تأثير العلاج المعرفي-السلوكي الديني بالمقارنة مع العلاج المعرفي-السلوكي التقليدي على تحسين السلوك العاطفي والأمل لدى المصابين بالكآبة العميقة

محبوبة داستاني<sup>١</sup>، مرتضى عبدالجباري<sup>٢</sup>، محمد علي جمشيدى<sup>٣</sup>، مجتبی فرهوش<sup>٤</sup>، محمد فرهوش<sup>٥</sup>

١- قسم علم النفس، جامعة شهاب دانش، قم، إيران.

٢- مركز دراسات الدين والصحة، قسم العلوم الدينية، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.

٣- قسم سيكولوجيا الصحة، جامعة عدالت، طهران، إيران.

٤- قسم القرآن وعلم النفس، جامعة المصطفى العالمية، قم، إيران.

٥- قسم علم النفس، جامعة علم النفس والعلوم التربوية، جامعة سمنان، سمنان، إيران.

٦- مركز دراسات الدين والصحة، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.

\* المراسلات الموجهة إلى السيد محمد فرهوش؛ البريد الإلكتروني: [Farhoush.mohammad@gmail.com](mailto:Farhoush.mohammad@gmail.com)

### معلومات المادة

الوصول: ١٨ ذى الحجة ١٤٤٢

وصول النص النهائي: ١ صفر ١٤٤٣

القبول: ١١ ربيع الأول ١٤٤٣

النشر الإلكتروني: ٢٧ جمادى الأولى ١٤٤٤

### الكلمات الرئيسية:

الأمل

العلاج المعرفي-السلوكي الديني

العلاج المعرفي-السلوكي التقليدي

العاطفة الإيجابية

العاطفة السلبية

### الملخص

**خلفية البحث وأهدافه:** تشير بعض الدراسات أن للدين والنزعة الدينية دور بارز في تحسين مستوى الحياة النفسية. ونظراً لهذا الأمر تهدف هذه الورقة البحثية إلى دراسة دور العلاج المعرفي-السلوكي الديني مقارنة بدور العلاج المعرفي-السلوكي التقليدي في تحسين السلوك العاطفي والأمل لدى المصابين بالكآبة العميقة.

**منهجية البحث:** المنهجية التي اعتمدها الدراسة هي منهجية الإختبار العشوائي ومنهج ماقبل الإختبار/مابعد الإختبار. وقد اختير ٤٢ شخصاً من بين المصابين بالكآبة العميقة ممن زاروا المراكز الإستشارية. وابتقت الدراسة ٣٠ مشاركاً من مجموع المشاركين في الدراسة، لإجراء البحوث النهائية. وتلقى ١٥ شخصاً العلاج المعرفي-السلوكي التقليدي و١٥ شخصاً العلاج المعرفي-السلوكي الديني بصورة منفردة. اما آلية جمع المعلومات التي اعتمدت عليها الدراسة فهي تشمل اللقاءات شبه البنوية على أساس (SCID-I) DSM5، واستبيان النزعة الدينية لدى جلاك واستاك (CRS)، وأيضاً استبيان بك حول الكآبة (BDI-II)، والعاطفة الإيجابية والسلبية لدى واتسون (PANAS) واستبيان الأمل لدى اشنايدر (AHS). وقد أجاب المشاركون على الإستبيانات بأسبوع قبل بدء الدورة العلاجية وأسبوع بعد انتهاء الجلسات العلاجية. وقد امتد العلاج لعشرة جلسات علاجية استغرقت كل جلسة خمسين دقيقة. واعتمدت الدراسة لفرز المعطيات وتحليلها على منهج الإنحدار المتعدد. يذكر أنه تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث وأن مؤلفي البحث لم يشيروا إلى أي تضارب في المصالح.

**المعطيات:** اظهرت النتائج أن العلاج المعرفي-السلوكي الديني يحقق نتائج أكثر إيجابية مقارنة بالعلاج المعرفي-السلوكي التقليدي ويرفع مستوى الأمل لدى المصابين بالكآبة ( $P < 0.001$ ). فصحيح أن كلا العلاجين الديني والتقليدي يؤديان إلى تحسين المعنويات وتعزيز العاطفة الإيجابية وخفض مستوى العاطفة السلبية، إلا أن تأثير كل منهما لا يختلف بشكل كبير وملحوظ.

**الاستنتاج:** على الرغم من أن العلاج المعرفي-السلوكي الديني يؤدي إلى تعزيز الشعور بالأمل لدى الأفراد؛ لكن لا بد من تعزيز الأساليب والفنون العلاجية ذات النزعة الدينية والإعتماد عليها بشكل أكبر لتحقيق التأثير الإيجابي في المشاعر الإيجابية وخفض تأثير الشعور السلبي.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Dastani M, Abdoljabari M, Jamshidi MA, Farhoush M, Farhoush M. Effectiveness of Religious Cognitive-behavioral Therapy in Comparison with Conventional Cognitive-behavioral Therapy in Improving the Affect and Hope of Patients with Depression. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(4):113-128. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i4.35642>

## اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهبی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری سنتی بر بهبود عاطفه و امید مبتلایان به افسردگی اساسی

محبوبه داستانی<sup>۱</sup>، مرتضی عبدالجباری<sup>۲</sup>، محمدعلی جمشیدی<sup>۳</sup>، مجتبی فرهوش<sup>۴</sup>، محمد فرهوش<sup>۵</sup> و \*<sup>۶</sup>

- ۱- گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهاب دانش، قم، ایران.
  - ۲- مرکز مطالعات دین و سلامت، گروه معارف اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
  - ۳- گروه روان‌شناسی سلامت، دانشگاه عدالت، تهران، ایران.
  - ۴- گروه قرآن و روان‌شناسی، دانشگاه جامعه المصطفی العالمیه، قم، ایران.
  - ۵- گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
  - ۶- مرکز مطالعات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
- \* مکاتبات خطاب به آقای محمد فرهوش؛ رایانامه: Farhoush.mohammad@gmail.com

### اطلاعات مقاله

دریافت: ۷ مرداد ۱۴۰۰

دریافت متن نهایی: ۱۷ شهریور ۱۴۰۰

پذیرش: ۲۶ مهر ۱۴۰۰

نشر الکترونیکی: ۱ دی ۱۴۰۱

### واژه‌های کلیدی:

امید

درمان شناختی-رفتاری

درمان شناختی-رفتاری مذهبی

عاطفه مثبت

عاطفه منفی

### چکیده

**سابقه و هدف:** برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دین و معنویت در افزایش بهزیستی روانی نقش دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهبی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری سنتی در بهبود عاطفه و امید مبتلایان به افسردگی بود.

**روش کار:** روش این پژوهش کارآزمایی تصادفی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. از میان افراد مبتلا به افسردگی که به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند، ۴۲ نفر انتخاب شدند و در نهایت ۳۰ نفر تا اتمام پژوهش باقی ماندند. ۱۵ نفر درمان شناختی-رفتاری سنتی و ۱۵ نفر درمان شناختی-رفتاری مذهبی را به صورت فردی دریافت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بر اساس DSM5 (SCID-I)، پرسش‌نامه‌های دین‌داری گلارک و استاک (CRS)، افسردگی بک؛ ویراست دوم (BDI-II)، عاطفه مثبت و منفی واتسون (PANAS) و امید شنایدر (AHS) بود که شرکت‌کنندگان یک هفته پیش از شروع درمان و یک هفته بعد از اتمام جلسات درمانی به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. هر شیوه‌نامه شامل ۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مذهبی به صورت معناداری بیش از درمان شناختی-رفتاری سنتی موجب افزایش امید و مؤلفه‌های آن شد ( $P < 0/001$ ). همچنین، اگرچه دو درمان مذهبی و سنتی به طور معناداری موجب افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی شدند، اما اثربخشی آنها با یکدیگر تفاوت معناداری نداشت.

**نتیجه‌گیری:** اگرچه درمان شناختی-رفتاری مذهبی موجب تقویت امید افراد می‌شود اما باید به لحاظ مؤلفه‌ها و فنون روان‌شناختی آمیخته به معنویت تقویت شود تا اثربخشی آن در افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی بیشتر شود.

استناد مقاله به این صورت است:

Dastani M, Abdoljabari M, Jamshidi MA, Farhoush M, Farhoush M. Effectiveness of Religious Cognitive-behavioral Therapy in Comparison with Conventional Cognitive-behavioral Therapy in Improving the Affect and Hope of Patients with Depression. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(4):113-128. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i4.35642>

## مقدمه

اختلال افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی است که با خلق افسرده یا احساس غمگینی، اعتماد به نفس پایین و بی‌علاقگی به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می‌شود (۱). افسردگی موجب کمبود انرژی و اختلال در روابط بین‌فردی (۲) و همچنین تشدید و تداوم بیماری‌ها می‌شود (۳). امروزه مشکلات و محدودیت‌هایی که همه‌گیری کووید ۱۹ ایجاد کرده، آسیب‌پذیری به افسردگی<sup>۱</sup> را افزایش داده است (۴). بیشتر افراد افسرده احساس ناتوانی و ناامیدی را گزارش می‌کنند. در ایشان عواطف مثبت کاهش و عواطف منفی افزایش می‌یابد. یکی از بهترین درمان‌های افسردگی درمان شناختی-رفتاری<sup>۲</sup> است که تأثیر ویژه‌ای در درمان افسردگی دارد. این رویکرد با تمرکز بر افکار و باورهای ناسازگارانه موجب بهبود افسردگی می‌شود (۵). بر اساس رویکرد شناختی-رفتاری، تجربه افراد به تشکیل فرض‌ها و طرح‌واره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد که در جهت‌دهی احساسات و رفتارهای آنان مؤثر است. برخی از فرض‌ها منفی، انعطاف‌ناپذیر و افراطی است (۶). این فرض‌های ناکارآمد موجب می‌شود 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 دور معیوب گرفتار می‌شود که موجب رنج و اختلال در عملکرد می‌شود (۷). برخی از این فرض‌ها عبارت است از: «همه باید من را دوست داشته باشند؛ اگر اشتباهی کنم دیگر هیچ کس من را دوست ندارد؛ اگر کسی افکار خوبی درباره من نداشته باشد، من نمی‌توانم احساس خوشبختی کنم؛ و هر کاری که بر عهده می‌گیرم باید خیلی خوب انجام دهم و کوچک‌ترین خطایی نداشته باشم».

با پیشرفت افسردگی، افکار خودآیند منفی هرچه بیشتر زیادتر و افکار منطقی‌تر هرچه بیشتر ناپدید می‌شود. این فرایند به گسترش چشمگیر عواطف منفی و کاهش عواطف مثبت منجر می‌شود و به این ترتیب دور باطل افسردگی شکل می‌گیرد. فرد هر قدر افسرده‌تر می‌شود، ناامیدتر نیز می‌شود (۸).

بیشتر حالات عاطفی را می‌توان در دو گروه عواطف منفی و مثبت طبقه‌بندی کرد. عاطفه مثبت به میزان تعامل

لذت‌بخش فرد با محیط اشاره دارد. افراد با عاطفه مثبت بالا، شور و شوق نسبت به زندگی دارند. در مقابل عاطفه منفی به تعامل منفی با محیط و آشفتگی درونی اشاره دارد. عاطفه منفی شامل حالات خلقی گوناگون همچون ترس، خشم، احساس گناه و احساس ناتوانی است؛ بنابراین به‌شدت با افسردگی ارتباط دارد (۹).

یکی از مهم‌ترین شکایت‌های افراد افسرده ناامیدی است. در مقابل، امید منبعی محافظت‌کننده در برابر افسردگی است. پژوهش‌هایی که درباره خودکشی به‌عنوان پیامد ناگوار و نهایه افسردگی شدید انجام شده است نشان می‌دهد که ناامیدی نقش بسزایی در اقدام به خودکشی دارد (۱۰). پژوهش‌ها نشان داده است که مذهب با کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت و امید، افراد را در برابر افسردگی محافظت می‌کند (۱۱). علاوه‌براین، افرادی که اعتقادات مذهبی قوی دارند به‌ویژه کسانی که در یک اجتماع مذهبی حمایتگر زندگی می‌کنند، همواره نگرش‌های منفی بیشتری نسبت به خودکشی دارند و خطر ارتکاب خودکشی در آنان کمتر است. پژوهش‌های اخیر نیز تأیید می‌کند که مذهب افراد را در برابر خودکشی محافظت می‌کند (۱۳). پژوهش دورست<sup>۳</sup> و همکاران نشان داده است که امید با سطوح رضایت از زندگی، سازگاری و مقابله مثبت در ارتباط است (۱۴). امید فرایندی است که به افراد اجازه می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی و آن را پیگیری کنند (۱۵). امید قابلیت درک‌شده از به وجود آوردن مسیرهای مطلوب در جهت دستیابی به اهداف و برنامه‌ریزی‌شده شدن در جهت استفاده از این راه‌ها است (۱۶).

پژوهش سرفاتی<sup>۴</sup> و همکاران نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی مؤثر است (۱۷). درمان شناختی-رفتاری به‌دنبال بازسازی شناختی فرد است تا افکار غیرمنطقی، منفی و ناکارآمد را با افکار منطقی، مثبت و کارآمد جایگزین کند (۵). بسیاری از بیماران مذهبی ترجیح می‌دهند که درمان روان‌شناختی را به‌همراه باورهای مذهبی خود به‌طور یکپارچه دریافت کنند (۱۸). به نظر می‌رسد باورهای مذهبی موجب می‌شود فرد بر اهداف معنوی متمرکز و احساس معنای معنوی در او تقویت شود (۱۹، ۲۰)؛ در نتیجه توجه فرد از افکار مربوط به فقدان منصرف می‌شود و توجه افراطی به افکار و احساسات درونی کاهش می‌یابد (۱۱). در پژوهش‌های متعددی به ترکیب مفاهیم اسلامی با درمان

<sup>3</sup> Dorsett<sup>4</sup> Serfaty<sup>1</sup> depression<sup>2</sup> Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

می‌دهد (۳۴). از این رو، پژوهش حاضر به دنبال اجرای درمان شناختی-رفتاری مذهبی و مقایسه اثربخشی آن با درمان شناختی-رفتاری سنتی در کاهش عاطفه منفی و افزایش امید و عاطفه مثبت بود. در مطالعه کوئینگ و همکارانش (۲۳) درباره درمان شناختی-رفتاری مذهبی آثار درمان بر عاطفه و امید افراد ارزیابی نشده است؛ از این رو، پژوهش حاضر به دنبال انجام مجدد پژوهش کوئینگ و بررسی اثربخشی درمان بر عاطفه و امید افراد افسرده بود. فرضیه‌های پژوهش عبارت است از:

- ۱) درمان شناختی-رفتاری مذهبی از درمان شناختی-رفتاری سنتی در افزایش عاطفه مثبت کارآمدتر است.
- ۲) درمان شناختی-رفتاری مذهبی از درمان شناختی-رفتاری سنتی در کاهش عاطفه منفی کارآمدتر است.
- ۳) درمان شناختی-رفتاری مذهبی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری سنتی در افزایش امید و مؤلفه‌های آن کارآمدتر است.

### روش کار

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** برای رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به کدهای اخلاقی مطرح شده انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۴</sup> توجه شد. بر این اساس نکات ذیل درباره بیماران رعایت شد: ۱) احترام به اصل رازداری آزمودنی‌ها، ۲) ارائه اطلاعات کافی درباره چگونگی پژوهش به تمام شرکت کنندگان، ۳) کسب رضایت‌نامه کتبی درباره شرکت در درمان، ۴) ادامه یا پیگیری درمان در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش، ۵) اجباری نبودن شرکت در جلسات تا انتهای درمان و آزادی شرکت کنندگان برای ترک درمان در هر زمان و ۶) تحمیل نشدن هزینه اضافی به دلیل پژوهش.

روش پژوهش حاضر کارآزمایی تصادفی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به افسردگی بود که در سال ۱۳۹۹ به مراکز مشاوره شهر قم مراجعه کرده بودند. به کسانی که سابقه مراجعه به مرکز مشاوره داشتند، به صورت پیامکی و حضوری اطلاع‌رسانی شد. با برخی از استادان مراکز مشاوره که در درمان افسردگی تخصص داشتند، جلسه توجیهی برگزار شد تا مراجعان خود را به شرکت در این پژوهش دعوت کنند. در مجموع، ۵۰ نفر برای شرکت در این پژوهش داوطلب شدند که در نهایت تنها ۳۰ نفر

شناختی-رفتاری پرداخته شده است. برای نمونه اصغر و عظما مسرور<sup>۱</sup> در پاکستان شیوه‌نامه شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی (۲۱) و صبحس<sup>۲</sup> و همکاران در مالزی درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی را طراحی کرده‌اند (۲۲). کوئینگ<sup>۳</sup> و همکارانش برنامه‌های درمان شناختی-رفتاری اسلامی را طراحی و در جهت درمان افسردگی اجرا کرده‌اند (۲۳).

در اسلام اموری همچون قدردانی، نوع دوستی و بخشندگی تأکید شده است که موجب کاهش حزن و اندوه می‌شود (۷). 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 می‌کند؛ از این رو به مقابله با رفتارها و شناخت‌های منفی مرتبط با افسردگی کمک می‌کند (۲۴). بسیاری از اتفاقات زندگی که در ارزیابی اولیه منفی ارزیابی می‌شود، در ارزیابی ثانویه برخاسته از دیدگاه معنوی، مثبت ارزیابی می‌شود. به طور کلی، نگرش‌های مثبت معنوی تاب‌آوری فرد را در مواجهه با مشکلات افزایش می‌دهد (۲۵). پژوهش‌هایی نقش معنویت را در افزایش امید نشان داده است (۲۶-۲۹). ایجاد ارتباط معنوی با خداوند قادر متعال به شخص این اطمینان را می‌دهد که نیرویی قوی همیشه او را حمایت می‌کند. این افراد با بُعد معنوی دادن به مشکلات، بهتر با آنها کنار می‌آیند و کمتر دستخوش ناامیدی و احساس درماندگی می‌شوند. همچنین اعتقاد به حمایت و یاری خداوند متعال موجب می‌شود نسبت به حل مشکلات امید بیشتری داشته باشند (۳۰).

بسیاری از درمان‌جویان در ایران مسلمان هستند و اعتقادات مذهبی جدی دارند و تمایل دارند باورهای مذهبی خود را در بافتی یکپارچه با درمان مشاهده کنند. پژوهش‌هایی نیز نقش مثبت معنویت و دین‌داری را در روان‌درمانی نشان می‌دهد (۳۱-۳۳). هنگامی که بیمار ارزش‌های مذهبی خود را با مفاهیم و فنون درمانی در بافتی یکپارچه ملاحظه می‌کند، انگیزه بیشتری برای درمان و انجام تکالیف خانگی دارد (۲۳). از آنجا که در اثربخشی درمان شناختی-رفتاری شرکت منظم در جلسات و انجام تکالیف اهمیت دارد؛ بنابراین انتظار می‌رود درمان شناختی-رفتاری اسلامی مؤثرتر از درمان شناختی-رفتاری سنتی باشد؛ به‌ویژه که باورها و ارزش‌های مذهبی مقابله‌ها را تقویت می‌کند و احتمال عود بیماری را کاهش

<sup>۱)</sup> Asghar & Uzma Masroor

<sup>۲)</sup> Subhas

<sup>۳)</sup> Koenig

<sup>۴)</sup> American Psychiatric Association

این مصاحبه را در سال ۱۹۹۶ به درخواست انجمن روان‌پزشکی آمریکا با هدف‌های بالینی و پژوهشی تهیه کرده‌اند (۳۵). این مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برای تشخیص‌گذاری اختلالات عمده محور یک بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۷</sup> به کار می‌رود. شریفی و همکاران اعتبار و روایی نسخه فارسی آن را مطلوب و توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص را متوسط تا خوب گزارش کرده‌اند (کاپای بالاتر از ۰/۶). توافق کلی برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود (۳۶). امینی و همکاران نیز اعتبار و روایی آن را مطلوب گزارش کرده‌اند (۳۷). در این پژوهش یک روان‌شناس بالینی این مصاحبه تشخیصی را انجام داد.

## ۲) پرسش‌نامه دین‌داری گلاک و استارک (CRS):

گلاک و استارک این پرسش‌نامه را برای سنجیدن نگرش‌ها و باورهای دینی و دین‌داری افراد ساخته‌اند (۳۸) و با دین اسلام هم انطباق یافته است (۳۹). مقدار آلفا برای متغیرهای بُعد اعتقادی ۰/۸۱، بُعد عاطفی ۰/۷۵، بُعد پیامدی ۰/۷۲ و بُعد مناسکی ۰/۸۳ است (۳۹). به‌منظور 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 به دست آورد.

## ۳) پرسش‌نامه افسردگی بک؛ ویرایش دوم (-BDI-II)

این پرسش‌نامه ۲۱ ماده‌ای که شکل بازنگری‌شده پرسش‌نامه افسردگی بک است، وجود و شدت علائم افسردگی را در افراد اندازه‌گیری می‌کند. اعتبار بازآزمایی یک‌هفته‌ای این پرسش‌نامه ۰/۹۱؛ همسانی درونی آن ۰/۹۱ (۴۰) و پایایی آن ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۱). در پژوهش حاضر از این پرسش‌نامه برای تعیین شدت افسردگی استفاده شد.

## ۴) مقیاس امید شنایدر (AHS): این پرسش‌نامه ۱۲

سؤال دارد و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد است. این مقیاس دو مؤلفه دارد. سؤالات مؤلفه مسیریابی ۱، ۴، ۶ و ۸، مؤلفه اراده ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ و سؤالات انحرافی ۳، ۵، ۷ و ۱۱ است (۴۲). ضریب آلفای کرونباخ برای امیدواری کل ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی در طی ۱۰ هفته ۰/۸۲ گزارش شده است (۴۳). در پژوهش دیگری همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی ۰/۸ محاسبه شده است (۴۴).

(در هر گروه ۱۵ نفر) تا انتهای پژوهش باقی ماندند و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. در جلسه‌ای برای هر یک از داوطلبان اهداف این پژوهش تبیین شد و با مصاحبه ساختاریافته (SCID) یک روان‌شناس افسردگی آنان ارزیابی شد. به‌منظور جلوگیری از ریزش شرکت‌کنندگان در مصاحبه اولیه شرایط افراد مثل بُعد مسافت و انگیزه درمان بررسی شد. در مجموع ۴۲ نفر در این طرح وارد شدند که برای خنثی‌کردن اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی در دو گروه ۲۱ نفره به‌لحاظ جنسیت، سن و تحصیلات هم‌تاسازی شدند. از آنجا که درمان شناختی-رفتاری مذهبی با درمان شناختی-رفتاری سنتی مقایسه می‌شد و درمان شناختی-رفتاری درمانی استاندارد برای درمان افسردگی اساسی است، همچنین انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مزاحم را تا حدود زیادی کنترل می‌کند، نیاز به گروه کنترل نبود. البته به‌لحاظ اخلاقی نیز مشکل بود که افرادی پس از تشخیص افسردگی در گروه کنترل قرار گیرند و برای سه ماه از درمان محروم شوند.

ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بود از: (۱) افراد دارای علائم افسردگی؛ (۲) به‌دست‌آوردن نمره بیش از ۲۰ در مقیاس افسردگی؛ (۳) داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰؛ (۴) افراد مذهبی (ملاک مذهبی بودن به‌دست‌آوردن نمره بیش از ۲۶ در مقیاس دین‌داری گلاک و استارک<sup>۱</sup> بود)؛ (۵) موافقت برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از: (۱) داشتن علائم اختلالات سایکوتیک، دوقطبی، اختلال استرس پس از سانحه<sup>۲</sup> و اختلال شخصیت؛ (۲) آسیب شناختی قابل ملاحظه؛ (۳) داشتن نشانگان سوء‌مصرف مواد؛ (۴) داشتن طرح و برنامه خودکشی به‌صورت فعال؛ (۵) انصراف شخصی و (۶) غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش مصاحبه بالینی ساختاریافته، پرسش‌نامه‌های دین‌داری گلاک و استارک، افسردگی بک<sup>۳</sup>، عاطفه واتسون<sup>۴</sup> و امید شنایدر<sup>۵</sup> و شیوه‌نامه‌های درمان شناختی-رفتاری سنتی و درمان شناختی-رفتاری مذهبی بود. در ادامه توضیح هر کدام تبیین می‌شود.

## ۱) مصاحبه بالینی ساختاریافته تشخیصی برای

اختلال‌های محور یک (SCID-I): فرست<sup>۶</sup> و همکارانش این

<sup>۱</sup>) Glock & Stark

<sup>۲</sup>) Post-traumatic stress disorder (PTSD)

<sup>۳</sup>) Beck

<sup>۴</sup>) Watson

<sup>۵</sup>) Schneider

<sup>۶</sup>) First

<sup>۷</sup>) Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM)

<sup>۸</sup>) BDI-II

بود و ۶۰ درصد شرکت‌کنندگان نیز متأهل بودند. دو گروه به‌لحاظ جنسیت، سن، تحصیلات و تأهل هم‌تاسازی شدند. تمامی شرکت‌کنندگان تشخیص افسردگی گرفتند و در آزمون دین‌داری نمرهٔ بیش از ۲۶ به دست آوردند. نمرات شرکت‌کنندگان در متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات در متغیرهای عاطفه مثبت و منفی و امید و مؤلفه‌هایش در پس‌آزمون یعنی پس از درمان شناختی-رفتاری سنتی و مذهبی در هر دو گروه آزمایشی بهبود یافته است. نتایج حاصل از آزمون لوین<sup>۲</sup> نشان داد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها برقرار است (۰/۰۵). همچنین نتایج حاصل از آزمون ام‌باکس (همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس) پیش‌فرض برابری کوواریانس‌ها را در همهٔ تحلیل‌ها تأیید کرد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز تعامل متغیرهای وابسته و هم‌پراش بررسی شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار بود.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول شماره ۲ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت بین عاطفه منفی، عاطفه مثبت و امید در بین دو گروه آزمایشی مذهبی و سنتی در مجموع معنادار بود. به عبارت دیگر، بین آزمودنی‌هایی که مداخلات شناختی-رفتاری مذهبی و شناختی-رفتاری سنتی را دریافت کردند در مرحلهٔ پس‌آزمون دست‌کم به‌لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

نتایج تحلیل آزمون کوواریانس تک‌متغیره در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. نتایج جدول نشان می‌دهد که در متغیرهای عاطفه مثبت و عاطفه منفی اگرچه نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون پیشرفت چشمگیری داشت، اما تفاوت بین میانگین‌های تعدیل‌شده معنادار نبود؛ یعنی در مجموع پیشرفت افراد بین دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری نداشت؛ اما تفاوت پیشرفت دو گروه در نمرهٔ امید و مؤلفه‌های آن معنادار بود و گروه شناختی-رفتاری مذهبی بیش از گروه شناختی-رفتاری سنتی در امید، مسیریابی و عاملیت رشد داشت. میزان تأثیر درمان شناختی-رفتاری مذهبی بر افزایش امید ۲۹٪، مسیریابی ۲۵٪ و عاملیت ۲۰٪ بود ( $P < 0.01$ ).

**۵) مقیاس عاطفه مثبت و منفی<sup>۱</sup>:** واتسون و همکاران این مقیاس را که ابزار خودسنجی ۲۰ گویه‌ای است برای اندازه‌گیری دو بُعد خلق یعنی عاطفه مثبت و عاطفه منفی در سال ۱۹۸۸ طراحی کرده‌اند. اعتبار آزمون به‌شیوهٔ آلفای کرونباخ و بازآزمایی برای عاطفه مثبت و منفی به‌ترتیب ۰/۸۸ (۰/۸۷)، ۰/۶۸ و ۰/۷۱ گزارش شده است (۴۵). بخشی‌پور و دژکام در مطالعه‌ای که برای جمعیت ۲۵۵ نفری از دانشجویان مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطراب انجام داده‌اند، میزان پایایی را برای هر دو مقیاس به‌شیوهٔ آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آورده‌اند (۴۶). این مقیاس برای سنجش عاطفه مثبت و منفی در این پژوهش به کار می‌رود.

پژوهش حاضر به‌دنبال اجرای برنامهٔ درمانی کوئینگ و همکاران در مبتلایان به افسردگی و بررسی اثربخشی آن بر بهبود عاطفه و امید بود. بدین منظور برنامهٔ درمانی طراحی‌شدهٔ آنان برای درمان شناختی-رفتاری آمیخته به مذهب و درمان شناختی-رفتاری سنتی ترجمه شد و به تأیید دو کارشناس رسید.

شیوه‌نامهٔ درمان شناختی-رفتاری سنتی که کوئینگ طراحی کرده است شامل ده جلسه است که مفاد جلسات عبارت است از: (۱) ارزیابی و معرفی درمان شناختی-رفتاری، (۲) فعال‌سازی رفتاری، (۳) شناسایی و چالش با افکار ناکارآمد، (۴) ادامهٔ چالش با افکار ناکارآمد، (۵) رویارویی با فقدان، (۶) مقابله با هیجانات منفی، (۷) قدردانی، (۸) نوع‌دوستی و سخاوت، (۹) رشد مرتبط با استرس و (۱۰) امید و پیشگیری از عود. همچنین، شیوه‌نامهٔ درمان شناختی-رفتاری مذهبی کوئینگ نیز شامل ۱۰ جلسه است که مفاد آن عبارت است از: (۱) ارزیابی و معرفی درمان شناختی-رفتاری مذهبی، (۲) فعال‌سازی رفتاری: قدم‌زدن با ایمان، (۳) شناسایی افکار ناکارآمد: رزمگاه ذهن، (۴) شناسایی و چالش با افکار ناکارآمد، (۵) رویارویی با فقدان، (۶) مقابلهٔ هیجانات منفی و کشاکش‌های معنوی، (۷) شکرگزاری، (۸) نوع‌دوستی و سخاوت، (۹) رشد معنوی مرتبط با استرس و (۱۰) امید و پیشگیری از عود.

### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل ۹ زن و ۶ مرد در هر گروه بود. سن افراد از ۲۱ تا ۴۳ و میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۶ بود. تحصیلات شرکت‌کنندگان از دیپلم تا کارشناسی ارشد

<sup>۲</sup>Leven's test

<sup>۱</sup>Positive And Negative Affect Scale (PANAS)

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
عاطفه مثبت	سنّتی	۲۳/۸	۴/۶
	مذهبی	۲۳/۷	۴/۸
عاطفه منفی	سنّتی	۴۲/۵	۶/۲
	مذهبی	۴۰/۳	۶/۴
امید کل	سنّتی	۱۶/۷	۳/۰
	مذهبی	۱۷/۵	۳/۱
مسیریابی	سنّتی	۸/۲	۲/۰
	مذهبی	۹/۱	۱/۸
عاملیت	سنّتی	۸/۵	۱/۷
	مذهبی	۸/۳	۱/۹

جدول (۲) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	df خطا	P-value	مجذور اتا
آزمون اثر پیلای <sup>۱</sup>	۰/۶۶۳	۴/۳۰۰	۶/۰۰۰	۵۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲
آزمون لامبدای ویلکز <sup>۲</sup>	۰/۴۲۷	۴/۴۱۳ <sup>b</sup>	۶/۰۰۰	۵۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶
آزمون اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۱/۱۲۷	۴/۵۰۹	۶/۰۰۰	۴۸/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی <sup>۴</sup>	۰/۸۸۹	۷/۷۰۰ <sup>c</sup>	۳/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷۰

جدول (۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا)

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P-value	ضرایب اتا
گروه	عاطفه مثبت	۸۸/۶۰۸	۱	۸۸/۶۰۸	۱/۸۷۰	۰/۱۸۳	۰/۰۶۵
	عاطفه منفی	۲۷/۸۰۵	۱	۲۷/۸۰۵	۰/۶۷۴	۰/۴۱۹	۰/۰۲۴
	امید	۱۷۱/۷۵۷	۱	۱۷۱/۷۵۷	۱۱/۰۰۶	۰/۰۰۳	۰/۲۹۰
	مسیریابی	۳۵/۲۸۵	۱	۳۵/۲۸۵	۹/۳۳۹	۰/۰۰۵	۰/۲۵۷
	عاملیت	۵۲/۲۸۱	۱	۵۲/۲۸۱	۶/۶۱۷	۰/۰۱۵	۰/۲۰۲

<sup>۱</sup>) Pillais Trace

<sup>۲</sup>) Wilks Lambda

<sup>۳</sup>) Hotelling's Trace

<sup>۴</sup>) Roy's Largest Root

## بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مذهبی همچون درمان شناختی-رفتاری سنتی موجب کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت می‌شود؛ اما اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهبی از درمان شناختی-رفتاری سنتی بیشتر نیست. البته یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی-رفتاری مذهبی در افزایش امید و مؤلفه‌های آن کارآمدتر از درمان شناختی-رفتاری سنتی است.

یافته‌های این پژوهش دربارهٔ یکسان بودن اثربخشی درمان شناختی-رفتاری سنتی و مذهبی در کاهش افسردگی با یافته‌های برخی از پژوهش‌های خارجی همچون پژوهش کوئینگ و همکاران (۲۳) و برخی از پژوهش‌های داخلی همچون خوشبویی (۴۷) و مجاهد (۲۴) همسو است. البته پژوهشی که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری اسلامی را بر عاطفه منفی و مثبت در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری سنتی بررسی کرده باشد، یافت نشد و همسوبودن پژوهش‌ها به لحاظ اثربخشی آنها بر افسردگی است.

یافته‌های این پژوهش با برخی از پژوهش‌ها که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر افزایش امید افراد افسرده نشان داده، مشابه است؛ مانند پژوهش جعفرنیا و همکاران که نشان داده است درمان شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به هیپاتیت که دچار افسردگی بودند، موجب افزایش امید می‌شود (۵). در مقابل، یافته‌های این پژوهش با برخی از پژوهش‌ها که نشان داده است درمان شناختی-رفتاری سنتی از درمان شناختی-رفتاری مذهبی و درمان معنوی مؤثرتر است (۴۸)، ناهمسو است. همچنین یافته‌های این پژوهش با برخی از پژوهش‌هایی که نشان داده است درمان شناختی-رفتاری مذهبی از درمان سنتی مؤثرتر است مانند پژوهش ازهر و ورما<sup>۱</sup> (۴۹) ناهمسو است. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر دربارهٔ اثربخشی بیشتر درمان شناختی-رفتاری مذهبی بر افزایش امید با پژوهش ناد و همکاران همسو است (۵۰).

درمان شناختی-رفتاری اسلامی به‌طور مؤثری امید را تقویت می‌کند. در منابع اسلامی امید با توکل نمودن به قدرت لایزال الهی به‌عنوان تنها عامل نتیجه‌بخش تمامی اسباب ظاهری همراه است. باور و اتکا به یاری خداوند که بی‌نیازیت قدرت و توانایی دارد، موجب امید می‌شود (۵۱). مناجات با

خداوند و یاری‌جستن از او و احساس رابطه شخصی با وجودی برتر سبب چشم‌انداز مثبتی در زندگی می‌شود (۷) و موجب می‌شود افراد برای زندگی خود معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند (۵۲). بنابراین، بستهٔ شناختی-رفتاری اسلامی با توجه دادن فرد به تکیه‌کردن بر قدرت خداوند به‌طور معناداری امید را بیش از درمان شناختی-رفتاری سنتی افزایش می‌دهد.

پژوهشگران انتظار داشتند که در افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی، درمان شناختی-رفتاری مذهبی مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری سنتی باشد. بنابراین، با مشاهده یافته‌ها که بر خلاف انتظار بود، متغیرهای مزاحم و تعدیل‌کننده را جست‌وجو کردند و با برخی از 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. در این پژوهش اگرچه تلاش شد تخصص درمانگران دو گروه یکسان باشد، اما با بررسی نتایج درمان و گفت‌وگو با درمان‌جویان آشکار شد که یکی از درمانگران درمان شناختی-رفتاری سنتی توانمندتر و باتجربه‌تر بود. پژوهشگران در برخی از پژوهش‌ها نیز در تحلیل اثربخشی کمتر درمان شناختی-رفتاری مذهبی نسبت به درمان شناختی-رفتاری سنتی به این نتیجه دست یافته‌اند که توانمندی درمانگران سنتی بیش از درمانگران مذهبی بوده است (۴۸).

۲) تشابه جنسیتی: در این پژوهش تمامی شرکت‌کنندگان از سطوح نسبتاً بالای دین‌داری برخوردار بودند. در هر دو گروه در مواردی که درمانگر و درمان‌جو تناسب جنسیتی داشتند، رابطهٔ درمانی بهتر و در نتیجه اثربخشی درمان بیشتر بود. در این پژوهش تناسب جنسیتی در درمان سنتی بیشتر بود.

۳) ضعف برنامهٔ درمانی: درمان شناختی-رفتاری مذهبی به‌کاررفته در این پژوهش به کمک گروه 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 مؤثر و برای یکپارچه‌شدن با درمان شناختی-رفتاری مناسب است. باوجود این، در شیوه‌نامهٔ کوئینگ استفاده نشده است. مهم‌ترین ابعاد معنوی پیشنهادی عبارت است از: معناداری 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،

<sup>۱</sup>Azhar & Varma

در نتیجه در افزایش کارآمدی روان‌درمانی نشان داده است (۵۱).

### محدودیت‌های پژوهش

اکتفا به سنجش متغیرهای پژوهش از طریق پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی؛ فقدان مطالعات پیگیری؛ و تفاوت جنسیتی درمانگر با درمان‌جو در برخی موارد از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود.

### پیشنهاد‌های پژوهش

با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود:

۱) در پژوهش‌های آینده محدودیت‌ها و کاستی‌های این پژوهش رفع شود؛ ۲) 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؛ ۳) برای روان‌درمانگران با رویکرد معنوی و مذهبی کارگاه‌هایی برگزار شود که توانمندی آنان در تحلیل روان‌شناختی مشکل مراجع و فرمول‌بندی موردی افزایش یابد و فنون روان‌شناختی را به‌طور مؤثرتری به کار گیرند و با آموزه‌های اسلامی و معنوی تلفیق کنند؛ ۴) در یک مطالعه مروری مؤلفه‌ها و فنون درمان‌های شناختی-رفتاری آمیخته به معنویت و با رویکرد اسلامی جمع‌آوری و دسته‌بندی شود؛ ۵) در یک فراتحلیل اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری مذهبی با یکدیگر مقایسه شود و شیوه‌نامه‌های کارآمدتر معرفی؛ و علت اثربخشی آنها تبیین شود؛ ۶) در پژوهش‌های آینده شیوه‌نامه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی در یک کار گروهی از متخصصان بومی طراحی و اثربخشی آن بر کاهش نشانگان افسردگی ارزیابی شود؛ ۷) در پژوهش‌های آتی تناسب جنسیتی لحاظ شود و ۸) در پژوهش‌های آینده یک درمانگر هر دو شیوه‌نامه را ارائه کند؛ زیرا هم‌تاسازی درمانگران دو گروه مشکل است.

### قدردانی

بدین‌وسیله مؤلفان از تمامی کارشناسان، شرکت‌کنندگان و مراکز مشاوره به‌ویژه مرکز مشاوره صدر که در انجام این پژوهش مشارکت کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

جلب حمایت اجتماعی از دوستان و مؤمنان، دعا و مناجات با خدا، حضور در مراکز مذهبی و حضور در فعالیت‌های خیریه. ۴) نداشتن ساختار در ابعاد مذهبی و معنوی درمان: درمانگران شناختی-رفتاری در هر جلسه متناسب با هدف درمان از فرمول‌بندی موردی<sup>۱</sup> استفاده می‌کنند. به عبارت دیگر، به مراجع نشان می‌دهند که مشکل در کجا است. برای نمونه تحریف‌های شناختی چگونه موجب احساسات منفی و رفتارهای منفی می‌شود. در نتیجه، در مراجع احساس نیاز ایجاد می‌شود که این تحریف‌های شناختی را اصلاح کند و با روش سقراطی و گام‌به‌گام با درمانگر پیش می‌رود؛ اما در ابعاد معنوی و مذهبی درمان، این فرایند طی نمی‌شود و مراجع نقش باور یا مفهوم مذهبی را در کاهش افسردگی خویش درک نمی‌کند. باید به‌طور مشابه در ابعاد مذهبی و معنوی درمان نیز متناسب با هدف جلسه فرمول‌بندی موردی انجام شود و با روش سقراطی گام‌به‌گام مراجع را به مقصد رساند و نگرش یا مهارتی را در مراجع تقویت کرد. به‌طور کلی به نظر می‌رسد درمان‌های ساختارمند بهتر از درمان‌های بدون ساختار است. برای نمونه یوسفی نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری مذهبی کارآمدتر از معنادرمانگری است (۵۳).

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 فنون را آمیخته به معنویت می‌کردند و مقابله‌های مذهبی را به کار می‌گرفتند. بنابراین، تفاوت دو گروه معنادار نبود. پژوهش‌هایی نیز این نکته را در مراجعان مذهبی ساکن قم گزارش کرده است (۵۴).

اگرچه یافته‌های پژوهش و تحلیل‌های آماری نشان داده که در بهبود عاطفه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهبی مشابه درمان سنتی 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 زمینه پژوهش‌هایی نیز نشان داده است که افراد مذهبی که درمان شناختی-رفتاری آمیخته به مذهب و معنویت دریافت می‌کنند، انگیزه و پایبندی بیشتری به درمان دارند (۲۳). همچنین، پژوهش‌هایی نقش مثبت آموزه‌های اسلامی را در نگرش‌های مثبت درمان‌جویان مسلمان و

<sup>۱</sup>case formulation

## ملاحظات اخلاقی

کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی این پژوهش را با کد اخلاق [IR.SBMU.RETECH.REC.1396.740](http://IR.SBMU.RETECH.REC.1396.740) تصویب کرده است.

## حامی مالی

بنا بر 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 گزارش نکرده‌اند.

## مشارکت مؤلفان

درمانگر یکی از گروه‌ها و ترجمه شیوه‌نامه: مؤلف اول؛ نظارت بر پژوهش و راهنمایی درباره ابعاد مذهبی شیوه‌نامه: مؤلف دوم، کمک به جلب درمان‌جویان و برگزاری جلسات درمانی: مؤلف سوم، ارزیابی پیشینه پژوهش و تدوین مقاله: مؤلف چهارم و درمانگر یکی از گروه‌ها و تحلیلگر آماری: مؤلف پنجم.

## References

1. Ustun G. Determining depression and related factors in a society affected by COVID-19 pandemic. *The International journal of social psychiatry*. 2021; 67(1): 54.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

5. Jafarnia V, Badeleh M, Seifi H, Hasani J, Madanifar M. The effect of group cognitive behavioral therapy on depression and life expectancy in patients with hepatitis B. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2016;18(5):272-8. (Full Text in Persian)
6. Segal ZV, Dobson KS. Cognitive models of depression: Report from a consensus development conference. *Psychological Inquiry*. 1992;3(3):219-24.
7. Ahmad Sabki Z, Sa'ari CZ, Syed Muhsin SB, Kheng GL, Hatim Sulaiman A, G Koenig H. Islamic Integrated Cognitive Behavior Therapy: A Shari'ah-Compliant Intervention for Muslims with Depression. *Malaysian Journal of Psychiatry*. 2019;28(1):29-38
8. Beck AT. Cognitive models of depression. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*. 2002;14(1):29-61.
9. Dejonckheere E, Mestdagh M, Verdonck S, Lafit G, Ceulemans E, Bastian B, et al. The relation between positive and negative affect becomes more negative in response to personally relevant events. *Emotion*. 2021;21(2):326.
10. Holman MS, Williams MN. Suicide risk and protective factors: A network approach. *Archives of Suicide Research*. 2020:1-18.
11. Teo DCL, Duchonova K, Kariman S, Ng J. Religion, Spirituality, Belief Systems and Suicide. *Suicide by Self-Immolation*: Springer; 2021. p. 183-200.
12. Yadollahpour MH, Mahdavi H, Hasanzadeh R. Intervention of Religion-based Education in Depression Syndrome among Married Women Attending Cultural Centers in Babol. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat*. 2019;5(1):64-75. (Full Text in Persian)
13. Koenig HG, Al-Zaben F, VanderWeele TJ. Religion and psychiatry: Recent developments in research. *BJPsych Advances*. 2020;26(5):262-72.
14. Dorsett P, Geraghty T, Sinnott A, Acland R. Hope, coping and psychosocial adjustment after spinal cord injury. *Spinal cord series and cases*. 2017;3:17046.
15. Feldman DB, Kubota M. Hope, self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college grade-point average. *Learning and Individual Differences*. 2015;37:210-6.
16. Du H, Bernardo AB, Yeung SS. Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational self-esteem. *Personality and Individual Differences*. 2015;83:228-33.
17. 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.

18. 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.
19. 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.
20. Rafiei-Mohammadi N, Jahangiri MM. The Effect of Logic Therapy Combined with Quran Recitation and Prayer on Depression Symptoms in Women with Major Depressive Disorder. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat*. 2019;5(4):88-98. (Full Text in Persian)
21. Asghar H, UzmaMasroor SGD. Development of Cognitive Behaviour Therapy with Islamic Concepts for Treatment of Depression and Anxiety. 2021.
22. 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. (Full Text in Persian)
23. 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.
24. 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. (Full Text in Persian)
25. 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.
26. Salehi M. The Model of Hope Based on Islamic Sources and Designing it Treatment Plan. *Journal of Islam and psychological research*. 2017;2(2):29-50. (Full Text in Persian)
27. Binaei N, Moeini M, Sadeghi M, Najafi M, Mohagheghian Z. Effects of hope promoting interventions based on religious beliefs on quality of life of patients with congestive heart failure and their families. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2016;21(1):77-83. (Full Text in Persian)
28. Rahmanian M, moein samadani m, Oraki M. Effect of spirituality group therapy on life expectancy and life style's improvement of breath cancer patients. *Scientific Journal Management System*. 2017;7(1):101-14. (Full Text in Persian)
29. Kareshki H, Zabihi M, Hatamikiya S, Heydarian Shahri F. Mediating Role of Goal Orientation in the Relationship of Spirituality and Self-Efficacy with Hope in University Students: a Structural Model. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat (ie, Research on Religion & Health)*. 2018;4(4):93-103. (Full Text in Persian)
30. 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)
31. Williams V. Exploring Religion and Spirituality in Psychological Therapy: School of Psychology; 2017.
32. Khodabakhshi-Koolae A, Heidari F, Zangeneh Motlagh F. The effect of mixed prayer and positive psychology group therapy on life meaning and death anxiety among elderly women with physical-motor disabilities. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat*. 2018;4(2):16-28. (Full Text in Persian)
33. Bagheri M, Esmail Chegeni M, Mah Negar F. Reviews of the effectiveness of religious, spiritual and mental therapy on stress reduction, anxiety and depression in women with addicted spouse in Ilam city. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat*. 2015;1(3):19-24. (Full Text in Persian)
34. Choi NG, Sullivan JE, Marti CN, Kunik ME. Religious coping and acceptability and outcome of short-term psychotherapeutic treatments for depression among low-income homebound older adults. *Aging & mental health*. 2021;25(3):431-8.
35. 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.
36. 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. (Full Text in Persian)
37. 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):49-57. (Full Text in Persian)
38. 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.
39. 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. (Full Text in Persian)
40. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory (BDI-II): Pearson; 1996.
41. 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.

42. Snyder CR. Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development: JCD*. 1995;3(73):355.

43. Lopez S. *Handbook of positive psychology*, Oxford University Press. 2000.

44. Snyder CR, Lopez S, G. *Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, Inc; 2007.

45. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*. 1988;54(6):1063.

46. Bakhshipoor Rudhari A, Dejkam M. Confirmatory factor analysis of positive and negative emotion scales. *Journal of Psychology* 2005(49 ): 351-65. (Full Text in Persian)

47. 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. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(14):7711. (Full Text in Persian)

48. 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.

49. Azhar MZ, Varma SL. Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1995;63(3-4):165-8.

50. Nadi E, Saeedpoor F, Boland H. The Effectiveness of Religious-Based Cognitive-Behavioral Group Therapy on Increasing Life expectancy and Happiness in Infertile Women. *Islamic Life Style*. 2020;3(3):41-8. (Full Text in Persian)

51. 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)

52. 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)

53. 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. (Full Text in Persian)

54. 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. (Full Text in Persian)