

The Effectiveness of Art Therapy based on an Islamic Approach in Depressive Temperament Indicators in Patients with Dysthymia

Elnaz Azizi¹ , Effatolsadat Afzal-Tousi^{1*} , Hamid Rezaeian-Faraji² , Reza Pirzeh³ 

1- Department of Research of Art, Faculty of Art, Alzahra University, Tehran, Iran.

2- Department of Counseling, Faculty of Education & Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

3- Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

*Correspondence should be addressed to Dr. Effatolsadat Afzal-Tousi; Email: afzaltousi@alzahra.ac.ir

Article Info

Received: Jan 26, 2026

Received in revised form:

Aug 17, 2026

Accepted: Oct 19, 2026

Available Online: Jun 22, 2026

Keywords:

Art therapy

Dysthymia

Islamic approach

Abstract

Background and Objective: Treating dysthymia is one of the most challenging mental health issues. Given the numerous costs involved, it is essential to review the research background to achieve the most beneficial treatments. The present study aimed to determine the effectiveness of art therapy based on an Islamic approach in depressive temperament indicators in patients with dysthymia.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pre-test and post-test control group design and a three-month follow-up period. All patients with dysthymia referring to the psychiatric clinic of Shahid Beheshti Zanjan Hospital in 2023 constituted the statistical population of the study, out of whom 30 people were selected through purposive sampling and randomly assigned to two equal groups of 15. Data collection was done using Beck et al.'s Depression Questionnaire. Art therapy with an Islamic approach was implemented for the experimental group in 12 sessions (one session per week, lasting 90 minutes), but the control group did not receive this program. Data analysis was performed using descriptive statistics and repeated measures analysis of variance on SPSS-v24. All ethical considerations were observed in this study, and the authors of the article reported no conflicts of interest.

Results: The mean total depressive mood score ($F=204.565$ & $\eta=0.613$) in the experimental group improved significantly after the intervention compared to the control group ($P<0.05$). Art therapy with an Islamic approach was effective in reducing depressive symptoms in the experimental group, unlike the control group ($P<0.05$), and the effects of this program on depressive symptoms persisted in the follow-up phase ($P<0.05$).

Conclusion: These findings further clarify the role of art in promoting mental health and highlight the need to use therapy based on Islamic texts to modify mood indicators in clients.



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v12i2.47389>

Please cite this article as: Azizi E, Afzal-Tousi ES, Rezaeian-Faraji H, Pirzeh R. The Effectiveness of Art Therapy based on an Islamic Approach in Depressive Temperament Indicators in Patients with Dysthymia. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2026;12(2):44-61. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v12i2.47389>

Summary

Background and Objective

Depressive disorders are among the most common psychological disorders throughout life (1). The burden of dysthymic disorder for sufferers, on the one hand, and its increasing prevalence in the

general population, along with suicide, have continued to maintain dysthymic disorder as a fundamental focus of mental health (2, 3). Evidence also shows that untreated episodes of depression resolve after three to six months, but the likelihood of symptoms recurring is high, and about 15 to 20 percent of clients develop a chronic course, a disorder called dysthymia (2).

However, current findings suggest that medication alone or in combination with cognitive behavioral therapy is used for these patients. Although the results indicate relative benefit, statistics still indicate recurrence of disease symptoms and discontinuation of treatment sessions, as well as negative consequences resulting from drug use (4). Therefore, today, there is a need to identify short-term interventions according to different dimensions of clients (5). Among these interventions that have received attention in recent years is art therapy (6). Art therapy is a formal form of psychotherapy that allows for the expression of emotions, self-description, and self-awareness, and heals emotions in nonverbal ways. Art is able to improve intra- and interpersonal conflicting forces and create cognitive flexibility (7, 8).

Although attention to art as a therapy has only recently been raised, it has been mentioned in Islamic and Quranic culture before (9). A review of the previous studies shows that art therapy and interventions based on Islamic spiritual teachings have each been studied independently, and the results indicate the significant potential of these programs to improve the mental health of different populations (6, 10). However, in Iran, the main emphasis of therapeutic interventions in dysthymic patients is still on pharmacological treatments, and non-pharmacological interventions are either not used or, if used, are very limited (11). Therefore, the use of psychotherapy methods, especially art therapy, in the form of experimental designs, considering Iranian-Islamic culture, seems necessary. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of art therapy based on an Islamic approach in depressive temperament indicators in patients with dysthymia.

Methods

Compliance with ethical guidelines: In order to comply with research ethics, in addition to explaining the purpose of the study, the participants were given the right to withdraw from the study if they do not wish to continue participating and the necessary explanations were provided to them about avoiding any

psychological and physical harm, financial matters, avoiding discrimination, confidentiality of personal and identity information and data analysis in general.

The research method was quasi-experimental with a pre-test and post-test control group design and a three-month follow-up period. All patients with dysthymia who referred to the psychiatric clinic of Shahid Beheshti Zanzan Hospital in 2023 constituted the statistical population of the study, out of whom 30 were selected through purposive sampling. They were, then, randomly assigned to two equal groups of 15 people. Data collection was done using Beck et al.'s Depression Questionnaire. Art therapy with an Islamic approach was implemented for the experimental group in 12 sessions (one session per week, lasting 90 minutes), but the control group did not receive this program. Data analysis was performed using descriptive statistics and repeated measures analysis of variance using SPSS-v24. All ethical issues were observed in this study, and the authors of the article reported no conflicts of interest.

Results

The mean total depressive mood score ($F=204.565$ & $\eta=0.613$) in the experimental group improved significantly after the intervention compared to the control group ($P<0.05$). Art therapy with an Islamic approach was beneficial in reducing depressive symptoms in the experimental group, unlike the control group ($P<0.05$). The effects of this program on depressive symptoms persisted in the follow-up phase ($P<0.05$).

Conclusion

The results showed that art therapy with an Islamic approach was effective in reducing the total score of depression and its related indicators in the experimental group, and this result continued until the follow-up stage. No findings were found that were inconsistent with the present results, but in general, this finding from the present study was consistent with the results of previous studies such as Shakibaei et al. (5), Blomdahl and Goulias (10), Alharbi et al. (6), Zhang et al. (8), Nasr et al. (12), and Parmenter et al. (13). In explaining this finding, it can be said that the factor that makes art therapy with an Islamic approach effective in reducing depressive symptoms is its emphasis on teaching coping skills, increasing the feeling of self-control and self-efficacy beliefs, and increasing purpose in life despite painful experiences in life. It can be

argued that art therapy, with the help of painting, provides its effectiveness to these clients by providing them with the necessary skills to improve their performance and teaching them these skills. Also, in the Islamic approach and worldview, there is freedom, liberty, and the right to choose for humans. Accordingly, in this approach, clients, through active participation and encouragement, were able to move from negative emotional experiences to experiencing new feelings and beliefs, and were able to explore and understand phenomena and their coping methods without being judged or feeling worried about their subsequent outcomes, helping them to improve cognitively. Finally, limitations and research suggestions were presented.

Acknowledgements

The authors of the article would like to thank the authorities of Shahid Beheshti Hospital in Zanjan and the respected patients for their cooperation in the research.

Ethical considerations

According to the authors of the article, this research is derived from the first author's doctoral dissertation from Al-Zahra University, approved by the Research Ethics Committee Working Group under the code [IR.ALZAHRA.REC.1404.028](https://www.alzahra.ac.ir/ALZAHRA.REC.1404.028).

Funding

According to authors, this study was not sponsored and was conducted at personal expense.

Conflict of interest

No conflicts of interest were reported.

Authors' contribution

Conducting research, sampling, writing the statement of the problem, and carrying out the treatment steps: First author; Research supervisor and cooperation and supervision of the treatment steps: Second author; and presenting the topic and writing the method section of the article; Consulting professors: Third and fourth authors.

فاعلية العلاج بالفن من منظور إسلامي على مؤشرات الكتابة لدى المصابين باضطراب عسر المزاج

الناز عزيزي^١، عفت السادات أفضل توسي^{٢*}، حميد رضائيان فرجي^٣، رضا بيرزة^٣

١- قسم دراسات الفن، كلية الفنون، جامعة الزهراء، طهران، إيران.

٢- قسم الإرشاد النفسي، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة الزهراء، طهران، إيران.

٣- قسم الطب النفسي، كلية الطب، جامعة زنجان للعلوم الطبية، زنجان، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى الدكتورة عفت السادات أفضل توسي؛ البريد الإلكتروني: afzaltousi@alzahra.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ٧ شعبان ١٤٤٦

وصول النص النهائي: ٣ ربيع الأول ١٤٤٧

القبول: ٧ جمادى الأول ١٤٤٧

النشر الإلكتروني: ٧ محرم ١٤٤٨

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: يقول الأطباء النفسيين أن علاج عسر المزاج يشكل تحدياً كبيراً في مجال الصحة النفسية. فنظراً للتكاليف العديدة المتعلقة بعلاجه، فإن إعادة النظر في تاريخ الدراسات والبحوث التي جرت في هذا المجال للوصول إلى أنجع وأشمل علاج، تبدو من ضرورة ملحة. وعليه، فإن هذه الدراسة تسعى لتحديد ورصد فاعلية العلاج بالفن من منظور إسلامي وتأثيره على مؤشرات الكتابة لدى المصابين بمرض عسر المزاج.

منهجية البحث: اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي ومنهج ما قبل الاختبار وما بعده مع مجموعتين الأولى مجموعة الاختبار والثانية المجموعة الضابطة، كما تم تحديد مدة ثلاثة أشهر لرصد فاعلية العلاج. وقد شكل جميع المصابين بمرض عسر المزاج ممن زاروا مستشفى الشهيد بحشتي للأمراض النفسية في مدينة زنجان في عام ٢٠٢٣م، الجمعية الإحصائية لهذه الدراسة واختير في المرحلة التالية، وعبر منهج أخذ العينات الهادفة، ٣٠ مشاركاً، تم تقسيمهم إلى مجموعتين قوام كل مجموعة ١٥ مشاركاً عبر الاختبار العشوائي. أما جمع البيانات والنتائج فقد كان عبر استبيان الكتابة لدى بك والزملاء؛ وأجري لمجموعتي الاختبار ١٢ حصة تدريبية للعلاج بالفن من منظور إسلامي (وفي كل أسبوع حصة واحدة تستمر ٩٠ دقيقة)؛ في حين لم تتلق المجموعة الضابطة هذه الحصص. وتحليل المعطيات اعتمد الباحثون على المنهج الإحصائي الوصفي وتحليل الانحدار عبر تطبيق SPSS الإصدار ٢٤. يذكر بأنه قد تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث وإضافة إلى ذلك فإن مؤلفي البحث لم يشيروا إلى أي تضارب في المصالح.

المعطيات: أظهرت نتائج البحث أن معدل حالة الكتابة ($F=20.4/565$ و $\eta^2=0.613$) في مجموعة الاختبار بعد الخضوع للمداخلات، وهو معدل يوحى بتحسين ملحوظ مقارنة بالمجموعة الضابطة ($P<0.05$). كما أن العلاج بالفن من منظور إسلامي يساعد على تقليص مضاعفات الشعور بالكتابة لدى مجموعة الاختبار، خلافاً للمجموعة الضابطة ($P<0.05$) وأن تأثير هذه الجلسات العلاجية على علاج الكتابة تأثير مستمر وعميق ويمكن أن يساعد على تحسين نفسيات المصاب؛ وهي حالة يمكن وصفها كالتالي: ($P>0.05$).

الاستنتاج: أثبتت النتائج مدى التأثير المتنامي لمفهوم الفن في الارتقاء بمستوى الصحة وتعزيز السلامة النفسية لدى الفرد وتؤكد على ضرورة اللجوء إلى الفن من منظور إسلامي لعلاج المشاكل الخلقية والنفسية من أجل تحسين أداء الفرد النفسي والسلوكي.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Azizi E, Afzal-Tousi ES, Rezaeian-Faraji H, Pirzeh R. The Effectiveness of Art Therapy based on an Islamic Approach in Depressive Temperament Indicators in Patients with Dysthymia. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2026;12(2):44-61. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v12i2.47389>

اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر شاخص‌های افسرده‌خویی در مبتلایان به دیس‌تایمی

الناز عزیزی^۱، عفت السادات افضل توسی^{۱*}، حمید رضائیان فرجی^۲، رضا پیرزه^۳

۱- گروه پژوهش هنر، دانشکده هنر، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۲- گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۳- گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

*مکاتبات خطاب به دکتر عفت السادات افضل توسی؛ رایانامه: afzaltousi@alzahra.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۶ بهمن ۱۴۰۴

دریافت متن نهایی: ۲۶ مرداد ۱۴۰۴

پذیرش: ۲۷ مهر ۱۴۰۴

نشر الکترونیکی: ۱ تیر ۱۴۰۵

چکیده

سابقه و هدف: درمان دیس‌تایمی از چالش‌برانگیزترین موضوعات بهداشت روانی است. با توجه به هزینه‌های متعدد ناشی از آن، بازبینی پیشینه پژوهشی برای دستیابی به سودمندترین درمان‌ها ضروری است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر شاخص‌های افسرده‌خویی در مبتلایان به دیس‌تایمی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل و مرحله پیگیری سه‌ماهه بود. تمامی مبتلایان به دیس‌تایمی مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان شهید بهشتی زنجان در سال ۱۴۰۲ جمعیت آماری پژوهش را تشکیل دادند که از میان آنان با نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌شیوه انتصاب تصادفی در دو گروه مساوی ۱۵ نفری گمارش شدند. گردآوری اطلاعات با پرسش‌نامه افسردگی بک و همکاران انجام شد. هنردرمانی با رویکرد اسلامی طی ۱۲ جلسه (هر هفته یک جلسه، به‌مدت ۹۰ دقیقه) برای گروه آزمایش اجرا شد، اما گروه کنترل این برنامه را دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. در این پژوهش همه اصول اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: میانگین نمره کل افسرده‌خویی ($F=20.4/565$ و $\eta^2=0.613$) در گروه آزمایش پس از انجام مداخله نسبت به گروه کنترل، به‌طور معناداری بهبود یافت ($P<0.05$). هنردرمانی با رویکرد اسلامی بر کاهش شاخص‌های افسرده‌خویی در آزمودنی‌های گروه آزمایش، برخلاف گروه کنترل سودمند بود ($P<0.05$) و تأثیرات این برنامه بر افسرده‌خویی در مرحله پیگیری تداوم داشت ($P>0.05$).

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بیش از پیش نقش سازه هنر را در ارتقای بهداشت روانی روشن می‌سازد و لزوم استفاده از درمان مبتنی بر متون اسلامی را به‌منظور تعدیل شاخص‌های خلقی در مراجعان آشکار می‌سازد.

استناد مقاله به این صورت است:

Azizi E, Afzal-Tousi ES, Rezaeian-Faraji H, Pirzeh R. The Effectiveness of Art Therapy based on an Islamic Approach in Depressive Temperament Indicators in Patients with Dysthymia. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2026;12(2):44-61. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v12i2.47389>

مقدمه

اختلال‌های افسردگی از شایع‌ترین آسیب‌های روان‌شناختی در طول عمر به حساب می‌آید که شیوع رو به رشد آنها به نگرانی جهانی تبدیل شده است (۱). بار اجتماعی و اقتصادی ابتلا به اختلال‌های افسردگی به‌ویژه اختلال افسردگی مداوم یا دیس‌تایمی^۱ برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک‌سو و شیوع رو به رشد سالانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد در جمعیت عمومی به اضافه خودکشی به‌عنوان پیامد فاجعه‌بار آن، همچنان افسردگی مداوم را یکی از محورهای اساسی بهداشت روان در پژوهش‌ها باقی نگه داشته است (۲، ۳).

بنا به تعاریف، از جمله انواع مزمن اختلال‌های افسردگی، افسردگی مداوم توصیف شده است. افرادی که با این اختلال شناخته می‌شوند، اغلب از نارسایی‌های اجتماعی، جسمانی و روان‌شناختی که عملکردهایشان را در تمام سطوح زندگی محدود می‌سازد، رنج می‌برند (۳). شواهد نشان می‌دهد حدود ۲۰ درصد از افرادی که یک دوره افسردگی اساسی را می‌گذرانند، درنهایت تشخیص افسردگی مزمن را دریافت می‌کنند. در بیشتر موارد، افسردگی از لحاظ زمانی محدود است. دوره‌های درمان‌نشده معمولاً پس از سه تا شش ماه از بین می‌رود، اما احتمال عود علائم بالا است و حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد مراجعان سیر مزمنی را طی می‌کنند که به این اختلال، دیس‌تایمی یا افسردگی مداوم گفته می‌شود (۲، ۴).

در حال حاضر، رفتاردرمانی شناختی به‌تنهایی یا توأم با دارودرمانی به‌عنوان درمان انتخابی برای اختلال‌های افسردگی به کار می‌رود. هرچند پژوهش‌های مختلفی از اثربخشی این رویکرد درمانی حمایت می‌کنند، اما باز هم با میزان بالای عود علائم افسردگی مواجه هستیم (۵). از طرف دیگر، درمان دارویی با وجود سودمندی نسبی در کنترل علائم اختلال‌های افسردگی و اضطرابی، همچنان ناپایدار و همراه با عوارض است، زیرا این داروها ضمن ایجاد واکنش‌های نامناسب قلبی - عروقی، عصبی و هاضم‌ای، ناتوان از ایجاد مهارت‌های سازشی برای مواجهه کارآمد با اختلال یا عود علائم ناشی از آن هستند (۶). بنابراین، امروزه نیاز به نوعی از روان‌درمانی که جامعیت داشته باشد، به‌گونه‌ای که هم به ضعف‌ها هم به توانمندی‌های مراجعان توجه کند و نیز به‌دلیل محدودیت‌های زمانی و مالی، کوتاه‌مدت‌تر و اثربخش‌تر باشد، به‌شدت احساس می‌شود (۷). اگرچه در درمان اختلال‌های افسردگی تأکید بر آسیب‌شناسی

روانی تا حد زیادی کاهش علائم را موجب شده است، اما بیشتر مراجعانی که به این درمان‌ها معرفی می‌شوند، سودمندی بادوام اندکی دریافت می‌کنند و این درمان‌ها لزوماً موجب افزایش علاقه و انگیزه نگردیده است؛ موضوعی که هنوز هم در فرایند درمان این اختلال‌ها نادیده گرفته می‌شود (۵). در عین حال، بررسی پژوهش‌های موجود در زمینه آموزش و درمان مبتنی بر هنر نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر فعالیت‌های هنری و هنردرمانی^۲ نظر پژوهشگران بسیاری را در داخل و خارج از کشور به خود جلب کرده است (۹). در این زمینه، حضرت آیت‌الله خامنه‌ای (مدظله‌العالی) در باب هنر می‌فرماید «هنر یک شیوه بیان است، یک شیوه ادا کردن است. منتها این شیوه بیان از هر تبیین دیگری رساتر، دقیق‌تر، نافذتر و ماندگارتر است» (۱۰). فرض هنردرمانی بر این است که افراد می‌توانند با استفاده از تخیل و دیگر اشکال هنرهای خلاق درمان شوند. هنر قادر است نیروهای متعارض درون فردی و بین‌فردی را بهبود بخشد و انعطاف‌پذیری شناختی و عاطفی را برای افراد ایجاد کند. عناصر هنردرمانی شامل تصویرسازی، تفکر بصری و خلاقیت است که شامل ویژگی‌های شناختی و انگیزشی نیز می‌شود. در این شکل از مداخله فرصت‌هایی به مراجعان داده می‌شود تا از طریق رنگ‌ها و خطوط؛ احساس‌ها، نیازها، عواطف و حتی دانسته‌های خود را به‌نحوی که مایل باشند، آزادانه و بدون محدودیت‌های فرهنگی و اجتماعی بیان کنند (۸، ۱۱).

برخی یافته‌ها مانند پژوهش بلومدال و گولیا^۳ حاکی از این است که هنردرمانی برای مبتلایان به اختلال‌های هیجانی و رفتاری سودمند بوده است؛ بدین‌ترتیب که سرخ‌هایی برای درک و حل معضلات فرد به دست می‌دهد و با ایجاد احساس بهزیستی ناشی از فعالیت خلاق به بهبود روابط و ارتقای مهارت‌های سازشی با دنیای درونی و اجتماعی کمک می‌کند (۸). هنردرمانی در بهبود مدیریت هیجان‌ها نقش دارد، اما جهت افزایش اثربخشی آن باید به فرهنگ و دین مراجعان نیز توجه کرد. در واقع، بُعد فرهنگی در هر مداخله‌ای نقش دارد و گرایش‌های دینی - معنوی یکی از جنبه‌های مهم فرهنگ شرقی و ایرانی است که باید به آن توجه گردد (۱۲). در این باره سید قطب نیز با هدف به نمایش گذاشتن و به تصویر کشیدن جایگاه هنر در قرآن، در سال ۱۹۳۹ میلادی به نگارش سلسله مقالاتی پرداخته که بعدها آنها را با عنوان

^۲ art therapy

^۳ Blomdahl & Goulia

^۱ dysthymic disorder

اطمینان داده شد که پس از انجام پژوهش و مشخص شدن نتایج آن، برنامه درمانی مذکور را به صورت رایگان دریافت خواهند نمود.

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری سه‌ماهه بود. تمامی مبتلایان به اختلال افسردگی مداوم مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان شهید بهشتی زنجان در سال ۱۴۰۲ جمعیت آماری پژوهش را تشکیل دادند. نمونه آماری شامل ۳۰ بیمار دارای تشخیص اختلال افسردگی مداوم بود که از متخصص روان‌پزشکی حاضر در بیمارستان و با مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای DSM-5 (پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی)^۲ تشخیص قطعی ابتلا به افسردگی مداوم را دریافت کرده بودند و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به شیوه انتصاب تصادفی در دو گروه مساوی ۱۵ نفری (گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر) گمارش شدند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول فلیس^۳ استفاده شد که بر اساس پژوهش نصر و همکاران و با توجه به مقادیر $d=4/82$ (انحراف معیار نمونه افسرده‌خویی)، $\alpha=3/8$ (اختلاف میانگین پس‌آزمون افسرده‌خویی در گروه آزمایش و کنترل)، $\sigma=0/9$ توان آماری و سطح خطا یا α برابر با ۰/۰۵، حجم نمونه برابر با ۱۵ نفر برای هر گروه به دست آمد.

ملاک‌های ورود به پژوهش علاوه بر تشخیص قطعی ابتلا به اختلال افسردگی مداوم شامل سپری شدن دست‌کم شش ماه از ابتلا به بیماری، اعلام رضایت آگاهانه و کتبی برای شرکت در پژوهش، دریافت درمان دارویی زیر نظر پزشک متخصص، دامنه سنی ۱۸ تا ۵۳، داشتن دست‌کم سواد لازم جهت خواندن سؤالات پرسش‌نامه و پاسخ‌دهی کامل به تمامی سؤالات آن، توانایی شرکت منظم در جلسات درمانی تعیین‌شده، رعایت نظم جلسات و انجام تمرین‌های مربوط بود. ملاک‌های ورود به پژوهش نیز شامل داشتن بیماری روان‌پزشکی دیگر به‌طور هم‌زمان (مانند افسردگی اساسی، خلق ادواری^۴، اختلال دوقطبی، روان‌پریشی‌ها، مصرف مواد مخدر و اختلال‌های شخصیتی) بر اساس مصاحبه بالینی، ابتلا به هر یک اختلال‌های جسمانی خاص، غیبت بیش از دو جلسه درمانی یا دریافت هم‌زمان روان‌درمانی یا یک برنامه روان‌شناختی دیگر با اجرای پژوهش حاضر بود.

شیوه اجرا به این صورت بود که مسئولان پذیرش در کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان شهید بهشتی زنجان به مراجعان واجد اختلال‌های طبقه افسردگی جهت مصاحبه با پژوهشگران و انجام آزمون وقت می‌دادند. در روزهای تعیین‌شده، پژوهشگران ابتدا مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته‌ای را با استفاده از معیارهای DSM-5 با بیماران انجام دادند، در صورت تأیید علائم اختلال افسردگی مداوم، به دنبال آن متخصص روان‌پزشکی برای تشخیص

«التصویر الفني في القرآن» منتشر کرده است. وی برای اولین بار در این کتاب، نظریه تصویر فنی و استفاده از هنر را در آیات قرآن و در مجامع علمی مطرح کرده است (۱۰)؛ برای نمونه، برخی از آیات قرآن مانند آیه ۷ سوره سجده «الَّذِي أَحْسَنَ كُلَّ شَيْءٍ خَلَقَهُ»، آیه ۶۴ سوره غافر «وَصَوَّرَكُمْ فَأَحْسَنَ صُوَرَكُمْ»، آیه ۱۴ سوره مؤمنون «فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ»، آیه ۱۳۸ سوره بقره «صَبَّغَهُ اللَّهُ بِحُسْنِ صَبْغَةٍ» و آیه ۳۲ سوره اعراف «يَا بَنِي آدَمُ خُذُوا زِينَتَكُمْ عِندَ كُلِّ مَسْجِدٍ» (۱۳). بنابراین، علاوه بر توجه به متغیرهای اثرگذار مختلف در اختلال افسردگی مداوم، در نظر گرفتن شرایط بومی - فرهنگی نیز در میزان تأثیر درمان می‌تواند مؤثر باشد. چنانکه پارمنتر^۱ و همکاران طی پژوهشی نشان داده‌اند که عقاید دینی و تقیدات مذهبی بر تمامی ابعاد زندگی انسان از جمله آسیب‌پذیری‌های روانی اثرگذار است (۱۴).

مروری بر پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که هنردرمانی و مداخلات مبتنی بر آموزه‌های معنوی - اسلامی هر کدام به‌شکلی مجزا و مستقل بررسی شده و نتایج نشان‌دهنده ظرفیت‌های قابل توجهی از این برنامه‌ها برای کاهش آسیب روانی - رفتاری و ارتقای بهداشت روانی جمعیت‌های مختلف است (۸، ۹). از دیگر سو، با وجود آمارهایی که حاکی از افزایش آسیب‌های روانی از قبیل افسردگی و اضطراب در جامعه ایرانی طی دهه اخیر است (۱۵)، تاکنون در هیچ پژوهشی به بررسی اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر شاخص‌های افسرده‌خویی پرداخته نشده است. چنین مطالعه‌ای برای بسط دانش علمی برنامه‌های مداخلاتی حوزه سلامت روان به‌منظور روشن‌شدن ظرفیت رقابتی و قابلیت استفاده از این رویکرد به تناسب شرایط و نیازهای جمعیت‌های مختلف بالینی و غیربالینی ضروری است. با توجه به آنچه بیان شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر شاخص‌های افسرده‌خویی در مبتلایان به اختلال افسردگی مداوم اجرا شد.

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: به‌منظور رعایت اخلاق پژوهشی علاوه بر توضیح درباره هدف پژوهش، به افراد در زمینه رضایت آگاهانه و حفظ حریم خصوصی و رازداری، حق خروج از پژوهش در صورت تمایل نداشتن به ادامه مشارکت، اجتناب از هرگونه آسیب روانی، جسمانی و مالی به مشارکت‌کنندگان، اجتناب از تبعیض، استعمار نکردن و ضررزدن از مشارکت در پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات فردی - هویتی و تحلیل داده‌ها به‌صورت کلی و بدون ذکر مشخصات فردی توضیحات لازم ارائه شد. همچنین، به گروه کنترل

^۲ the diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5

^۳ Fleiss

^۴ Cyclothymia

^۱ Parmenter

طول می‌کشد. ضریب توافق کامل دو ارزیاب (با استفاده از نوار صوتی برای ارزیاب دوم) درباره SCID مطلوب بود. در بررسی شریفی و همکاران در ایران، روایی محتوایی و صوری نسخه ایرانی آن را چند تن از استادان روان‌شناسی بالینی تأیید کرده‌اند و پایایی آن با آزمون - بازآزمون مجدد در طی یک هفته ۰/۹۵ گزارش شده است. همچنین، شریفی و همکاران نشان داده‌اند که توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶۰) و توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲) و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵) به دست آمده است (۱۸).

پرسش‌نامه افسردگی بک - ویرایش دوم: این پرسش‌نامه شکل بازنگری‌شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که بک و همکارانش در سال ۱۹۹۶ جهت سنجش شدت افسردگی تدوین کرده‌اند و ۲۱ سؤال دارد. نمره‌گذاری سؤال‌ها در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (کاملاً مخالفم با ۰ امتیاز تا کاملاً موافقم با ۳ امتیاز) انجام می‌شود. دامنه نمرات اکتسابی بین ۰ تا ۶۳ خواهد بود. نمره ۰ تا ۱۰ نشان‌دهنده سلامت روانی، نمره ۱۱ تا ۱۶ نشان‌دهنده افسردگی خفیف، نمره ۱۷ تا ۲۰ نشان‌دهنده نیازمند مشورت با روان‌پزشک و دریافت خدمات روان‌درمانی، نمره ۲۱ تا ۳۰ نشان‌دهنده نسبتاً افسرده، نمره ۳۱ تا ۴۰ نشان‌دهنده افسردگی شدید (افسردگی بالینی) و نمره بیشتر از ۴۰ نشان‌دهنده افسردگی خیلی شدید است. سازندگان پرسش‌نامه روایی همگرایی آن را از طریق اجرای هم‌زمان با پرسش‌نامه ناامیدی بک و پرسش‌نامه اضطراب بک به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۶۰ و پایایی آن را با آزمون ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آورده‌اند (۱۹). در پژوهش واشقانی فراهانی و صفری نیز پایایی این پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ (۲۰) و در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۵ محاسبه شده است.

تحلیل داده‌های پژوهش با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. روش آماری استفاده‌شده برای تحلیل داده‌ها تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. قبل از تحلیل آماری ابتدا پیش‌فرض‌های مربوط به تحلیل واریانس شامل آزمون شاپیرو - ویلک، آزمون لوین، آزمون ام باکس و کرویت موچلی^۸ بررسی و تأیید شد. برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی بن‌فرونی^۹ و برای مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی در دو گروه از آزمون مجذور کای دو^{۱۰} استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

اختلال افسردگی مداوم مصاحبه ساختاریافته بر اساس الگوی SCID انجام دادند. سپس، آزمون موردنظر جهت تکمیل به مراجعان داده می‌شد. چنانچه مراجع تمامی شرایط ورود به پژوهش را داشت، در جریان پژوهش قرار داده می‌شد و در صورت موافقت، فرم رضایت‌نامه آگاهانه و قرارداد شرکت در جلسات درمانی تعیین‌شده در اختیارشان قرار می‌گرفت. بدین ترتیب ۴۲ نفر مراجع که تشخیص اختلال افسردگی مداوم دریافت کرده بودند، بررسی شدند. ۳۰ نفر از آنان دارای شرایط مذکور بودند که این افراد بعد از انتخاب‌شدن، به صورت تصادفی ساده یعنی پرتاب تاس^۱ در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند؛ به این صورت که اعداد فرد برای گروه آزمایش و اعداد زوج برای گروه کنترل در نظر گرفته شد و در هر گروه ۱۵ نفر گمارش شد.

بعد از انتخاب افراد نمونه و مشخص شدن گروه‌ها، گروه آزمایش در جریان مداخله قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل در جریان هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت و تنها درمان متداول دارویی (یعنی داروهای مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین^۲ مانند سیتالوپرام، فلوکستین و سترالین^۳) را دریافت نمودند؛ به این صورت که متخصص هنردرمانی و دارای تجربه در این زمینه در کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان شهید بهشتی برای گروه آزمایش با توجه به شیوه‌نامه‌ای که محققان این مطالعه تدوین کردند و بر اساس روان‌شناسی رنگ در اسلام و قرآن (۱۳) و روان‌شناسی رنگ لوشر^۴ (۱۶) ۱۲ جلسه گروهی، به صورت هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه اجرا کرد. بعد از اعمال مداخله در گروه آزمایش، از آزمودنی‌های هر دو گروه پس از آزمون و پیگیری سه‌ماهه گرفته شد. در جدول ۱ محتوای جلسات رویکرد مداخلاتی یادشده به تفکیک جلسات ارائه شد.

برای گردآوری اطلاعات علاوه بر چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی - فرم محقق ساخته و مصاحبه بالینی ساختاریافته، از پرسش‌نامه افسردگی بک - ویرایش دوم^۵ نیز استفاده شد.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I^۶:

تفرست^۷ و همکاران این ابزار انعطاف‌پذیر را تدوین کرده‌اند و دارای دو نسخه اصلی است: SCID-I که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی می‌پردازد و SCID-II که اختلال‌های شخصیت را ارزیابی می‌کند (۱۷). در این مطالعه از نسخه ترجمه‌شده SCID-I به فارسی استفاده شد که ابزار جامع استاندارد شده برای ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-5 است و برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است. این مصاحبه معمولاً در یک جلسه اجرا می‌شود و بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه

^۱) roll of a die

^۲) Serotonin

^۳) Citalopram, Fluoxetine, Sertraline

^۴) Lusher

^۵) Beck depression inventory-second edition

^۶) structured clinical interview for DSM-5

^۷) First

^۸) Shapiro-Wilk test, Levene's test, Box's M-test, Mauchly's test of sphericity

^۹) Bonferroni post-hoc test

^{۱۰}) Chi-square test

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات هنردرمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی

جلسه	محتوای جلسه درمانی
اول (معارفه و معرفی برنامه درمانی)	آشنایی افراد با درمانگر و یکدیگر، بیان مشکل، معرفی هنردرمانی با رویکرد اسلامی و برقراری ارتباط و توجه به واقعیت‌های زندگی و تکلیف خانگی
دوم (خودآزمایی و افزایش اعتماد به نفس)	بررسی مطالب جلسه و تمرین قبلی، توزیع برگه‌های سفید به مراجعان جهت کشیدن نقاشی و دادن طرح‌های آماده اسلیمی و ختایی برای رنگ‌آمیزی، درخواست نقاشی با چشمان بسته و تفسیر با رویکرد اسلامی از واقعیت‌های زندگی و تکلیف خانگی
سوم (امیدواری و کاهش دلسردی)	مرور جلسات قبلی، تحلیل آثار هفته قبل بر اساس دیدگاه اسلامی و هنری، ارائه برگه‌هایی حاوی نقوش اسلیمی و ختایی و دوا بر کیهان‌نما برای رنگ‌آمیزی نقوش ناقص به دلخواه، رنگ‌آمیزی نقاشی گروهی و برقراری ارتباط اجتماعی و تکلیف خانگی
چهارم (افزایش تمرکز و کنترل هیجانات منفی)	تحلیل آثار هفته قبل با دیدگاه اسلامی - هنری، توجه به اسلایدهای هنر فراکتال ^۱ طبیعی و تطبیق آن با نقوش اسلامی، تبادل نظر بین افراد و بیان احساسات خود، بحث تحریک‌پذیری و احساس ناکامی و نگاه اسلامی و هنری به ناکامی و پیامدهای آن و تکلیف خانگی
پنجم (خودکنترلی و رهایی از رنج درونی)	تحلیل جلسات قبلی و رنگ‌آمیزی تصاویر آماده نقوش اسلامی با آب‌رنگ، توزیع برگه‌های حاوی دوا بر کیهان‌نما و تکمیل به دلخواه توسط افراد، بیان عواطف و دریافت بازخورد از گروه، بحث سیاه و سفید دیدن وقایع و اجتناب از برچسب‌زنی و تکلیف خانگی
ششم (دوری از قضاوت ذهنی و رهایی از تشویش)	تکمیل نقاشی‌های ناقص با مداد رنگی و توجه به برگه و فشار ندادن روی مدادها، توجه به سایه‌زنی با مداد رنگی، تصور یک حادثه ناگوار و پرهیز از سرزنش خود یا دیگران، تبادل نظر بین اعضا درباره مواجهه با ناکامی‌های زندگی و تکلیف خانگی
هفتم (کنترل افکار منفی و بیان آزادانه احساسات)	ادامه تحلیل جلسات قبلی بر اساس تفاسیر دینی و رنگ‌شناسی لوشر ^۲ ، بحث خشم و نشخوار آن و مدیریت هیجانات و ابراز وجود، تکمیل نقاشی‌هایی با مضمون امیدواری و یأس، بحث هیجانات خودآگاه و حس گناه و تکلیف خانگی
هشتم (مقابله کارآمد با تفکر همه یا هیچ و فاجعه‌سازی)	تکمیل طرح‌های ناقص به دلخواه، بحث تفکر خودکار و کمال‌گرایی افراطی، تفکر تعمیم‌یافته و مقابله کارآمد، پرهیز از تصور نقش قربانی برای خود، یافتن راه‌حل برای دوری از تأسف خوردن به حال خود و تکلیف خانگی
نهم (تمرکز بر امور مثبت و خودشناسی)	مروری تحلیلی با رنگ و نقاشی بر مطالب آموخته‌شده جلسات قبلی، گفت‌وگویی صمیمانه و بدون قضاوت و بیان نظر نسبت به نقاشی‌های یکدیگر، اجتناب از استدلال احساسی، توجه به همه جوانب مسئله، نه فقط جنبه منفی و شکست فردی، دوری از ذهن‌خوانی و نتیجه‌گیری شتاب‌زده و تکلیف خانگی
دهم (شناسایی باور خودتخریبی و کاهش بایدها و حتماً)	تکمیل نقاشی‌ها و رنگ‌آمیزی آن درباره پرندگان، بازیابی و اصلاح افکار و مواجهه با ناکامی‌ها و تفکرات غیرمنطقی، تقویت و ترغیب بیان کلامی، رنگ‌آمیزی با رنگ روغن، اظهار نظر درباره دوری از بایدهای زندگی و تکلیف خانگی
یازدهم (تعدیل نگرش تک‌بعدی و افزایش انگیزش)	مرور جلسات قبلی، در نظر گرفتن نکات مثبت خود و دیگران و توجه به امکانات موجود، مقابله با بزرگ‌نمایی مسائل پیش رو، بحث تحمل ناکامی و دوری از رفتار تکانش‌گرانه، ادامه رنگ‌آمیزی با توجه به نقوش اسلامی و تکلیف خانگی
دوازدهم (تصویرسازی ذهنی/ هیجانی و تمرین مقابله کارآمد)	مرور جلسات قبلی و بیان نظر با کمک نقاشی و رنگ‌آمیزی، تحلیل احساسی و خردمندانه از مشکل، توجه به پذیرش و انعطاف‌پذیری و ناپایداری مسائل برای همیشه، تمرین خودباوری و مقابله با نشخوار فکری، بیان احساسات مختلف و یافتن راه‌های مختلف برای مدیریت آنها، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

^۱ Fractal^۲ Lüscher

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داده است که انحراف معیار و میانگین سن (به سال) شرکت‌کنندگان در برنامه هنردرمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی $36/42 \pm 2/11$ و شرکت‌کنندگان در گروه کنترل $36/06 \pm 1/94$ بود. همچنین، نتایج آزمون مجذور

کای درباره جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و شدت نشانگان بیماری نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$). آماره‌های توصیفی مربوط به شاخص‌های افسرده‌خویی به تفکیک آزمودنی‌های دو گروه و در مراحل مختلف سنجش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار شاخص‌های افسرده‌خویی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل مختلف سنجش

متغیر وابسته	گروه	تعداد نمونه	پیش‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پیگیری انحراف معیار $\pm$ میانگین
احساس غمگینی	آزمایش	۱۵ نفر	$2/13 \pm 0/83$	$1/26 \pm 0/79$	$1/06 \pm 0/84$
	کنترل	۱۵ نفر	$2/06 \pm 0/88$	$2/13 \pm 0/74$	$2/13 \pm 0/74$
بدبینی	آزمایش	۱۵ نفر	$1/46 \pm 0/83$	$0/60 \pm 0/63$	$0/59 \pm 0/64$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/73 \pm 0/89$	$1/86 \pm 0/74$	$1/86 \pm 0/74$
شکست‌های گذشته	آزمایش	۱۵ نفر	$1/60 \pm 1/05$	$0/73 \pm 0/79$	$0/69 \pm 0/73$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/74 \pm 1/16$	$1/79 \pm 1/12$	$1/78 \pm 1/12$
فقدان لذت	آزمایش	۱۵ نفر	$1/86 \pm 0/99$	$0/93 \pm 0/88$	$0/93 \pm 0/88$
	کنترل	۱۵ نفر	$2/06 \pm 0/88$	$2/06 \pm 0/88$	$2/13 \pm 0/83$
احساس گناه	آزمایش	۱۵ نفر	$2/06 \pm 0/88$	$1/00 \pm 0/75$	$1/04 \pm 0/79$
	کنترل	۱۵ نفر	$2/13 \pm 1/18$	$2/20 \pm 1/08$	$2/20 \pm 1/08$
احساسات مربوط به مجازات	آزمایش	۱۵ نفر	$1/86 \pm 0/99$	$0/86 \pm 0/74$	$0/85 \pm 0/70$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/80 \pm 1/01$	$1/86 \pm 0/91$	$1/86 \pm 0/91$
بیزاری از خود	آزمایش	۱۵ نفر	$1/60 \pm 1/12$	$0/73 \pm 0/59$	$0/77 \pm 0/61$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/86 \pm 0/99$	$2/00 \pm 0/84$	$2/00 \pm 0/84$
عیب‌جویی از خود	آزمایش	۱۵ نفر	$1/86 \pm 1/06$	$1/00 \pm 0/84$	$1/02 \pm 0/84$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/86 \pm 0/91$	$2/00 \pm 0/75$	$1/93 \pm 0/79$
افکار خودکشی	آزمایش	۱۵ نفر	$1/94 \pm 1/03$	$0/86 \pm 0/74$	$0/96 \pm 0/72$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/86 \pm 0/91$	$1/93 \pm 0/88$	$1/93 \pm 0/88$
گریه کردن	آزمایش	۱۵ نفر	$1/86 \pm 1/12$	$0/86 \pm 0/83$	$0/79 \pm 0/59$
	کنترل	۱۵ نفر	$2/13 \pm 0/74$	$2/26 \pm 0/59$	$2/08 \pm 0/57$
برانگیختگی	آزمایش	۱۵ نفر	$1/93 \pm 0/70$	$0/80 \pm 0/67$	$0/83 \pm 0/63$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/90 \pm 1/03$	$2/00 \pm 0/92$	$2/00 \pm 0/92$
بی‌علاقگی	آزمایش	۱۵ نفر	$1/54 \pm 0/91$	$0/61 \pm 0/50$	$0/59 \pm 0/51$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/53 \pm 1/18$	$1/73 \pm 0/96$	$1/73 \pm 0/96$
بلا تکلیفی	آزمایش	۱۵ نفر	$1/60 \pm 1/05$	$0/53 \pm 0/74$	$1/06 \pm 0/50$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/46 \pm 1/06$	$1/66 \pm 0/89$	$1/66 \pm 0/89$
احساس بی‌ارزشی	آزمایش	۱۵ نفر	$1/40 \pm 0/98$	$0/66 \pm 0/72$	$0/67 \pm 0/63$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/46 \pm 1/12$	$1/60 \pm 0/98$	$1/60 \pm 0/98$
کم‌توانی	آزمایش	۱۵ نفر	$1/93 \pm 1/09$	$0/73 \pm 0/79$	$0/70 \pm 0/63$
	کنترل	۱۵ نفر	$2/00 \pm 1/00$	$2/03 \pm 0/97$	$2/02 \pm 0/97$
تغییر خواب	آزمایش	۱۵ نفر	$1/53 \pm 0/83$	$0/80 \pm 0/67$	$0/78 \pm 0/59$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/73 \pm 0/96$	$1/80 \pm 0/86$	$1/80 \pm 0/86$
تحریک‌پذیری	آزمایش	۱۵ نفر	$2/20 \pm 0/77$	$1/20 \pm 0/67$	$1/26 \pm 0/70$
	کنترل	۱۵ نفر	$2/20 \pm 0/94$	$2/26 \pm 0/96$	$2/26 \pm 0/96$

متغیر وابسته	گروه	تعداد نمونه	پیش‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پیگیری انحراف معیار $\pm$ میانگین
تغییر اشتها	آزمایش	۱۵ نفر	$1/86 \pm 1/06$	$0/86 \pm 0/91$	$0/90 \pm 0/94$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/85 \pm 1/06$	$1/92 \pm 0/95$	$1/94 \pm 0/98$
مشکل در تمرکز	آزمایش	۱۵ نفر	$1/46 \pm 0/83$	$0/73 \pm 0/70$	$0/69 \pm 0/61$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/53 \pm 1/06$	$1/53 \pm 1/06$	$1/53 \pm 1/06$
احساس خستگی و ناتوانی	آزمایش	۱۵ نفر	$1/60 \pm 0/98$	$0/60 \pm 0/63$	$0/66 \pm 0/63$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/53 \pm 0/91$	$1/53 \pm 0/91$	$1/60 \pm 0/82$
بی‌علاقگی به امور جنسی	آزمایش	۱۵ نفر	$2/13 \pm 0/91$	$1/02 \pm 0/75$	$0/98 \pm 0/71$
	کنترل	۱۵ نفر	$1/85 \pm 0/99$	$2/00 \pm 0/84$	$1/98 \pm 0/86$
افسرده‌خویی - نمره کل	آزمایش	۱۵ نفر	$37/38 \pm 2/01$	$16/64 \pm 15/30$	$17/76 \pm 14/42$
	کنترل	۱۵ نفر	$38/24 \pm 19/95$	$40/15 \pm 19/64$	$39/96 \pm 18/73$

اندازه‌گیری‌های تکراری برقرار است.

همچنین، نتایج آزمون‌های چهارگانه شامل اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی^۴ مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنادار بود (جدول ۳). بنابراین، دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند. مجذور اتا حدود ۰/۶۸ بود که به این معنا است که ۶۸٪ تغییرات نمرات پس‌آزمون شاخص‌های افسرده‌خویی در افراد نمونه به تأثیر برنامه هنردرمانی مربوط بود. توان آماری (۱/۰۰۰) نیز بیانگر کفایت حجم نمونه و بالابودن توان آماری است (جدول ۳).

جدول ۳) نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل واریانس

نوع آزمون	مقادیر	آماره F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۵۲	۷۷/۷۹۷	۰/۰۰۰	۰/۶۸۳	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۱۴۸	۷۷/۷۹۷	۰/۰۰۰	۰/۶۸۳	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ	۵/۷۶۳	۷۷/۷۹۷	۰/۰۰۰	۰/۶۸۳	۱/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه ری	۵/۷۶۳	۷۷/۷۹۷	۰/۰۰۰	۰/۶۸۳	۱/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۴، چون سطح معناداری مربوط به مرحله کمتر از ۰/۰۵ بود، می‌توان پذیرفت که بین میانگین نمره کل افسرده‌خویی و هر یک از شاخص‌های آن در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین، با توجه به معناداری اثر متقابل مرحله $\times$ گروه و معناداری اثر گروه، نتیجه گرفته می‌شود که میزان

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون میانگین نمرات شاخص‌های افسرده‌خویی کاهش یافته است؛ در حالی که میانگین نمرات این نشانگان در گروه کنترل طی مراحل مختلف سنجش تفاوت محسوسی نشان نداده است.

به‌منظور بررسی اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری استفاده شد. نتایج آزمون لوین نشان‌دهنده معنادار نبود مقدار F در سطح آلفای ۰/۰۵ بود ($F=0/497$ و $P>0/136$)، بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. از آنجا که حجم نمونه در گروه‌ها کمتر از ۴۰ نفر بود، نتایج آزمون شاپیرو - ویلک^۱ بررسی شد. بر اساس نتایج، مقادیر به‌دست‌آمده برای این آزمون برای افسرده‌خویی ($F=0/971$ و $P>0/579$) و هیچ یک از شاخص‌های آن معنادار نبود ($P>0/05$). بنابراین، شرط برابری واریانس‌های درون‌گروهی و نیز توزیع طبیعی داده‌ها برقرار بود. آزمون ام باکس نیز نشان داد که مفروضه همسانی ماتریس واریانس - کوواریانس^۲ برای افسرده‌خویی ($F=6/047$ ، $BoxsM=45/289$ و $P>0/362$) برقرار بود. مفروضه همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته با آزمون کرویت موچلی نیز بررسی شد و نتایج نشان داد که سطح معناداری برای هر یک از متغیرهای پژوهش برابر با ۰/۰۰۱ بود، بنابراین، فرض کرویت رد می‌شود. به‌دلیل تخطی از این پیش‌فرض، از آزمون گرین‌هاوس - گیسر^۳ استفاده شد. بر این اساس و با توجه به سایر پیش‌فرض‌های بررسی‌شده در مرحله قبل، تمامی مفروضات برای انجام تحلیل واریانس با

^۱) Shapiro-Wilk test

^۲) Variance-covariance matrix

^۳) Greenhouse-Geisser correction

^۴) Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace, Roy's Largest

Root

تغییرات نمره کل افسرده‌خویی و شاخص‌های مربوط به آن طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه یکسان نبود و در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش داشت. با توجه به مقدار مجذور اتا

۶۳٪ تغییرات نمره کل افسرده‌خویی و ۱۸ (عامل کم‌توانی) تا ۴۳٪ (عامل تحریک‌پذیری) از تغییرات مربوط به شاخص‌های افسرده‌خویی طی مراحل ناشی از شرکت در جلسات هنردرمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی بود.

جدول (۴) نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری در متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
احساس غمگینی	گروه	۱۱/۳۷۸	۱	۱۱/۳۷۸	۶/۴۸۷	۰/۰۱۷	۰/۱۸۸	۰/۶۹۱
	زمان	۴/۶۲۲	۱/۷۰۶	۲/۷۱۰	۱۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۶۴	۰/۹۹۸
	گروه×زمان	۵/۹۵۶	۱/۷۰۶	۳/۴۹۲	۲۰/۶۱۵	۰/۰۰۰	۰/۴۲۴	۱/۰۰۰
بدبینی	گروه	۱۷/۷۷۸	۱	۱۷/۷۷۸	۱۴/۵۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴۲	۰/۹۵۸
	زمان	۲/۹۵۶	۱/۱۰۷	۲/۶۶۹	۹/۱۷۲	۰/۰۰۴	۰/۲۴۷	۰/۸۵۹
	گروه×زمان	۵/۳۵۶	۱/۱۰۷	۴/۸۳۷	۱۶/۶۲۱	۰/۰۰۰	۰/۳۷۲	۰/۹۸۴
شکست‌های گذشته	گروه	۹/۳۴۴	۱	۹/۳۴۴	۳/۳۱۷	۰/۰۷۹	۰/۱۰۶	۰/۴۲۰
	زمان	۳/۲۶۷	۱/۳۲۸	۲/۴۶۰	۷/۸۵۵	۰/۰۰۴	۰/۲۱۹	۰/۸۵۲
	گروه×زمان	۵/۷۵۶	۱/۳۲۸	۴/۳۳۵	۱۳/۸۴۰	۰/۰۰۰	۰/۳۳۱	۰/۹۸۰
فقدان لذت	گروه	۱۳/۶۱۱	۱	۱۳/۶۱۱	۶/۷۳۱	۰/۰۱۵	۰/۱۹۴	۰/۷۰۷
	زمان	۴/۰۶۷	۱/۱۲۲	۳/۶۲۵	۱۴/۳۹۳	۰/۰۰۰	۰/۳۴۰	۰/۹۶۹
	گروه×زمان	۴/۶۸۹	۱/۱۲۲	۴/۱۷۹	۱۶/۵۹۶	۰/۰۰۰	۰/۳۷۲	۰/۹۸۴
احساس گناه	گروه	۲۴/۵۴۴	۱	۲۴/۵۴۴	۱۲/۲۹۲	۰/۰۰۲	۰/۳۰۵	۰/۹۲۳
	زمان	۵/۳۵۶	۱/۰۹۰	۴/۹۱۲	۱۴/۲۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳۸	۰/۹۶۵
	گروه×زمان	۶/۸۲۲	۱/۰۹۰	۶/۲۵۷	۱۸/۲۱۲	۰/۰۰۰	۰/۳۹۴	۰/۹۹۹
احساسات مربوط به مجازات	گروه	۱۵/۲۱۱	۱	۱۵/۲۱۱	۹/۳۴۹	۰/۰۰۵	۰/۲۵۰	۰/۸۳۹
	زمان	۵/۰۶۷	۱/۳۹۸	۳/۶۲۵	۱۴/۵۰۹	۰/۰۰۰	۰/۳۴۱	۰/۹۸۸
	گروه×زمان	۶/۴۸۹	۱/۳۹۸	۴/۶۴۲	۱۸/۵۸۲	۰/۰۰۲	۰/۳۱۹	۰/۹۹۸
بیزاری از خود	گروه	۱۷/۷۷۸	۱	۱۷/۷۷۸	۱۰/۷۱۸	۰/۰۰۳	۰/۲۷۷	۰/۸۸۵
	زمان	۲/۹۵۶	۱/۰۶۹	۲/۷۶۶	۷/۰۸۰	۰/۰۱۱	۰/۲۰۲	۰/۷۴۹
	گروه×زمان	۵/۳۵۶	۱/۰۶۹	۵/۰۱۲	۱۲/۸۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۴	۰/۹۴۴
عیب‌جویی از خود	گروه	۱۱/۳۷۸	۱	۱۱/۳۷۸	۵/۹۸۳	۰/۰۲۱	۰/۱۷۶	۰/۶۶۸
	زمان	۲/۹۵۶	۱/۰۹۵	۲/۶۹۹	۹/۹۰۴	۰/۰۰۳	۰/۲۶۱	۰/۸۸۴
	گروه×زمان	۴/۶۸۹	۱/۰۹۵	۴/۲۸۲	۱۵/۷۱۳	۰/۰۰۰	۰/۳۵۹	۰/۹۷۸
افکار خودکشی	گروه	۱۰/۶۷۸	۱	۱۰/۶۷۸	۶/۳۴۰	۰/۰۱۸	۰/۱۸۵	۰/۶۸۱
	زمان	۶/۲۰۰	۱/۳۹۳	۴/۴۵۱	۱۳/۶۵۷	۰/۰۰۰	۰/۳۲۸	۰/۹۸۳
	گروه×زمان	۷/۷۵۶	۱/۳۹۳	۵/۵۶۸	۱۷/۰۸۴	۰/۰۰۰	۰/۳۷۹	۰/۹۹۵
گریه کردن	گروه	۳۰/۰۴۴	۱	۳۰/۰۴۴	۲۲/۴۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۴۴	۰/۹۹۵
	زمان	۵/۰۶۷	۱/۳۴۲	۳/۷۷۵	۱۱/۴۰۰	۰/۰۰۱	۰/۲۸۹	۰/۹۵۵
	گروه×زمان	۶/۴۸۹	۱/۳۴۲	۴/۸۳۵	۱۴/۶۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۴۳	۰/۹۸۶
برانگیختگی	گروه	۲۲/۵۰۰	۱	۲۲/۵۰۰	۱۳/۶۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۷	۰/۹۴۵
	زمان	۶/۹۶۵	۱/۴۶۵	۴/۷۴۸	۱۷/۵۲۸	۰/۰۰۰	۰/۳۸۵	۰/۹۹۷
	گروه×زمان	۸/۶۰۷	۱/۴۶۵	۵/۸۷۱	۲۱/۶۷۲	۰/۰۰۰	۰/۲۴۳	۱/۰۰۰
بی‌علاقگی	گروه	۱۶/۰۴۴	۱	۱۶/۰۴۴	۷/۷۵۷	۰/۰۰۹	۰/۲۱۳	۰/۷۷۶
	زمان	۲/۹۶۶	۱/۰۸۳	۲/۷۳۰	۷/۱۶۳	۰/۰۱۰	۰/۲۰۴	۰/۷۵۸
	گروه×زمان	۶/۸۲۲	۱/۰۸۳	۶/۳۰۱	۱۲/۵۴۱	۰/۰۰۷	۰/۳۳۲	۰/۹۷۶
بلا تکلیفی	گروه	۱۴/۴۰۰	۱	۱۴/۴۰۰	۷/۸۲۱	۰/۰۰۹	۰/۲۱۳	۰/۷۶۹

متغیر وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
زمان	گروه×زمان	۵/۷۷۴	۱/۱۴۸	۵/۰۰۸	۱۳/۸۴۰	۰/۰۰۰	۰/۲۴۱	۰/۹۶۳
	گروه×زمان	۷/۲۶۷	۱/۱۴۸	۶/۳۴۳	۱۶/۴۷۳	۰/۰۰۰	۰/۲۸۴	۰/۹۷۹
احساس بی‌ارزشی	گروه	۱۵/۴۴۳	۱	۱۵/۴۴۳	۷/۱۹۰	۰/۰۱۳	۰/۲۰۲	۰/۷۳۳
	زمان	۲/۰۲۲	۱/۱۳۵	۱/۷۸۱	۷/۸۱۶	۰/۰۰۸	۰/۲۱۸	۰/۸۰۷
گروه×زمان	گروه×زمان	۴/۰۶۵	۱/۱۳۵	۳/۵۸۴	۱۵/۷۱۸	۰/۰۰۵	۰/۳۱۶	۰/۹۵۸
	گروه	۲۱/۵۱۷	۱	۲۱/۵۱۷	۸/۵۴۴	۰/۰۰۳	۰/۱۷۴	۰/۷۸۴
کم‌توانی	زمان	۹/۰۷۸	۱/۱۲۹	۷/۱۶۷	۱۰/۲۱۶	۰/۰۰۴	۰/۲۲۴	۰/۹۶۹
	گروه×زمان	۱۱/۵۴۳	۱/۱۲۹	۱۰/۴۱۳	۱۲/۷۵۶	۰/۰۱۵	۰/۱۸۱	۰/۷۸۸
تغییر خواب	گروه	۱۵/۲۱۱	۱	۱۵/۲۱۱	۸/۱۵۶	۰/۰۰۸	۰/۲۲۶	۰/۷۸۷
	زمان	۲/۴۶۷	۱/۱۴۷	۲/۱۵۰	۶/۲۹۱	۰/۰۰۲	۰/۲۶۹	۰/۹۰۴
گروه×زمان	گروه×زمان	۳/۴۸۹	۱/۱۴۷	۳/۰۴۱	۱۰/۵۶۵	۰/۰۰۰	۰/۲۴۲	۰/۷۷۹
	گروه	۱۰/۶۷۸	۱	۱۰/۶۷۸	۶/۰۰۱	۰/۰۲۱	۰/۱۷۶	۰/۶۶۷
تحریک‌پذیری	زمان	۵/۰۸۵	۱/۵۲۵	۳/۳۲۳	۱۲/۸۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۳۶	۰/۸۷۸
	گروه×زمان	۷/۴۸۹	۱/۵۲۵	۴/۳۵۵	۲۱/۵۱۶	۰/۰۰۰	۰/۴۳۳	۱/۰۰۰
تغییر اشتها	گروه	۱۲/۱۰۰	۱	۱۲/۱۰۰	۴/۹۶۶	۰/۰۳۴	۰/۱۵۱	۰/۵۷۶
	زمان	۴/۶۸۹	۱/۰۷۲	۴/۳۷۴	۹/۹۱۳	۰/۰۰۳	۰/۲۶۱	۰/۸۷۷
گروه×زمان	گروه×زمان	۶/۰۶۷	۱/۰۷۲	۵/۶۵۹	۱۱/۸۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۲	۰/۹۴۴
	گروه	۵/۸۷۸	۱	۵/۸۷۸	۳/۶۶۴	۰/۰۱۴	۰/۱۸۷	۰/۷۷۶
مشکل در تمرکز	زمان	۲/۸۹۷	۱/۱۳۲	۲/۶۱۵	۱۱/۱۵۰	۰/۰۰۲	۰/۲۸۷	۰/۹۲۲
	گروه×زمان	۲/۹۵۶	۱/۰۶۷	۳/۴۵۷	۹/۱۶۵	۰/۰۰۲	۰/۲۳۷	۰/۸۹۷
احساس خستگی و ناتوانی	گروه	۸/۱۰۰	۱	۸/۱۰۰	۴/۹۶۴	۰/۰۳۴	۰/۱۵۱	۰/۵۷۶
	زمان	۵/۵۳۶	۱/۲۲۵	۴/۳۷۲	۱۲/۰۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴۱	۰/۹۵۲
گروه×زمان	گروه×زمان	۶/۲۰۰	۱/۲۲۵	۵/۰۶۱	۱۳/۹۵۰	۰/۰۰۰	۰/۲۳۳	۰/۹۷۴
	گروه	۶/۴۰۰	۱	۶/۴۰۰	۴/۰۶۵	۰/۰۵۳	۰/۱۲۷	۰/۴۹۵
بی‌علاقگی به امور جنسی	زمان	۵/۳۵۶	۱/۰۷۳	۴/۹۹۰	۱۱/۶۷۵	۰/۰۰۲	۰/۲۹۴	۰/۹۲۳
	گروه×زمان	۸/۴۶۷	۱/۰۷۳	۷/۸۸۹	۱۸/۴۵۷	۰/۰۰۰	۰/۳۹۷	۰/۹۸۹
افسرده‌خویی - نمره کل	گروه	۶۲۳۳/۳۴۴	۱	۶۲۳۳/۳۴۴	۹۰/۸۸۸	۰/۰۰۴	۰/۷۴۹	۰/۹۸۷
	زمان	۱۹۱۱/۸۲۲	۱/۱۴۷	۱۶۶۶/۸۱۴	۱۴۸/۴۹۶	۰/۰۰۷	۰/۵۴۷	۰/۹۹۳
گروه×زمان	گروه×زمان	۲۶۳۳/۶۸۹	۱/۱۴۷	۲۲۹۶/۱۷۰	۲۰۴/۵۶۵	۰/۰۰۰	۰/۶۱۳	۱/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۶، بین میانگین نمره کل افسرده‌خویی و شاخص‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین، در پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود

داشت ($P < 0.05$)، ولی بین میانگین نمرات در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نبود ($P > 0.05$).

جدول ۵) نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه مراحل مختلف سنجش در متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معنی داری
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۴۰۰*	۰/۱۱۳	۰/۰۰۴
پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۵۳۳*	۰/۱۰۲	۰/۰۰۰
پس‌آزمون - پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۰۷۷	۰/۲۷۹
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۳۶۷*	۰/۱۲۷	۰/۰۲۲
پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۴۰۰*	۰/۱۲۳	۰/۰۰۹
پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۰۳۳	۰/۹۷۸
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۳۶۷*	۰/۱۲۷	۰/۰۴۴
شکست‌های گذشته			

متغیر وابسته	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معنی‌داری
فقدان لذت	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۴۳۳*	۰/۱۴۵
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۱۰۳
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۴۶۷*	۰/۱۱۴
احساس گناه	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۴۳۳*	۰/۱۱۹
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۱۲۸	۰/۰۷۵
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۵۰۰*	۰/۱۳۷
احساسات مربوط به مجازات	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۵۲۷*	۰/۱۳۷
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۲۱۵	۰/۱۳۲
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۴۶۷*	۰/۱۱۴
بیزاری از خود	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۵۳۳*	۰/۱۳۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۰۶۷
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۳۶۷*	۰/۱۳۶
عیب‌جویی از خود	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۴۰۶*	۰/۱۵۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۲۱۱	۰/۵۰۳
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۳۹۸*	۰/۱۵۷
افکار خودکشی	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۴۴۳*	۰/۱۴۶
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۹۷	۰/۱۱۳
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۵۰۰*	۰/۱۳۳
گریه کردن	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۶۰۰*	۰/۱۴۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۱۰۲	۰/۰۷۵
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۴۶۷*	۰/۱۴۲
برانگیختگی	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۵۳۱*	۰/۱۴۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۴۶۷	۰/۱۶۳
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۲۹۷*	۰/۱۴۲
بی‌علاقگی	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۵۴۲*	۰/۱۳۸
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۱۸۸	۰/۰۹۵
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۳۵۱*	۰/۱۲۴
بلاتکلیفی	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۳۸۷*	۰/۱۱۸
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۴۳۲	۰/۲۰۷
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۳۳۰*	۰/۱۱۳
احساس بی‌ارزشی	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۳۴۲*	۰/۱۱۰
	پس‌آزمون - پیگیری	۱/۷۱۲	۰/۲۰۵
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۵۷۸*	۰/۱۵۶
کم‌توانی	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۶۱۲*	۰/۱۴۴
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۱۵۴	۰/۱۷۶
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۳۳۳*	۰/۱۰۸
تغییر خواب	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۳۶۷*	۰/۱۰۵
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۱۲۹	۰/۱۱۷
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۴۶۷*	۰/۱۱۴
تحریک‌پذیری	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۵۳۲*	۰/۱۱۳
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۸۶	۰/۱۹۴
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۴۴۳*	۰/۱۵۰
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۵۲۱*	۰/۱۵۶
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۲۳۱	۰/۱۷۶
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون		

متغیر وابسته	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معنی‌داری
تغییر اشتها	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۷۴۳*	۰/۱۶۴
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۴۳۲*	۰/۱۵۷
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۳۶۷	۰/۶۵۷
مشکل در تمرکز	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۳۴۵*	۰/۱۳۴
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۴۴۵*	۰/۱۲۸
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۱۲۲	۰/۱۳۷
احساس خستگی و ناتوانی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۳۳۷*	۰/۱۳۳
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۳۴۱*	۰/۱۴۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۴۱۲	۰/۱۷۷
بی‌علاقگی به امور جنسی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۵۰۰*	۰/۱۵۲
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۴۸۹*	۰/۱۴۷
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۲۲۴	۰/۱۳۱
افسرده‌خویی - نمره کل	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۹/۲۰۰*	۰/۷۲۷
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۰/۲۶۷*	۰/۸۲۹
	پس‌آزمون - پیگیری	۷/۰۶۷	۰/۳۹۰

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر شاخص‌های افسرده‌خویی در مبتلایان به اختلال افسردگی مداوم انجام شد. نتایج نشان داد که هنردرمانی با رویکرد اسلامی در کاهش نمره کل افسرده‌خویی و شاخص‌های مرتبط با آن در افراد گروه آزمایش مؤثر است و این نتیجه تا مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. یافته‌ای که ناهمسو با نتیجه حاضر باشد، یافت نشد اما به‌طور کلی، این یافته از مطالعه حاضر با نتایج مطالعات پیشین از قبیل پژوهش شکیبایی و همکاران (۷)، بلومدال و گولیاس^۱ (۸)، الحربی و همکاران (۹)، ژانگ^۲ و همکاران (۱۱)، نصر و همکاران (۱۲) و پارمنتر^۳ و همکاران (۱۴) همسو است. در همین زمینه، ژانگ و همکاران طی پژوهشی هماهنگ با نتیجه فوق، نشان داده‌اند که با شرکت در جلسات هنردرمانی میزان علائم اضطرابی و افسردگی کودکان و نوجوانان کاهش یافته است (۲۱). الحربی و همکاران نیز هماهنگ با یافته فوق نشان داده‌اند که هنردرمانی بر کاهش مشکلات خلقی و افزایش عزت نفس بیماران مبتلا به سرطان سودمند بوده است (۹).

در تبیین این یافته می‌توان گفت شاخصه‌ای که موجب تأثیرگذاری هنردرمانی با رویکرد اسلامی بر کاهش شاخص‌های افسرده‌خویی می‌شود، تأکید آن بر آموزش

مهارت‌های مواجهه‌ای، بالا بردن احساس خودکنترلی و باورهای خودکارآمدی و افزایش هدفمندی در زندگی با وجود تجارب دردناک در زندگی است، به‌گونه‌ای که می‌توان استدلال نمود روش هنردرمانی با کمک‌گرفتن از نقاشی، تأثیرگذاری‌اش را برای این مراجعان فراهم می‌سازد تا مهارت‌های لازم برای ارتقای عملکرد را در اختیار آنان قرار دهد و مهم‌تر از این، این مهارت‌ها را به آنان آموزش می‌دهد. همچنین، در رویکرد و جهان‌بینی اسلامی برای انسان، اختیار، آزادی و حق انتخاب وجود دارد. بر این اساس، در این رویکرد مراجعان به‌نوعی با مشارکت فعال و ترغیب و تشویق امکان حرکت از تجارب خلقی و عاطفی منفی به‌سمت کشف و تجربه احساسات و عقاید متفاوت و نو را کسب کردند و توانستند پدیده‌ها و همچنین، نحوه مقابله خود را بدون قضاوت‌شدن و احساس نگرانی از نتایج بعدی آن، بکاوند و درک کنند، روابط فردی و بین‌فردی را بهتر بفهمند و از آن به‌عنوان ابزاری برای ایجاد ارتباط، مبادله و آزمایش و تسلط بر واقعیت‌های بیرونی استفاده کنند.

وقتی شرکت‌کنندگان با آثار هنری همچون ترسیم خطوط، توجه به ابعاد فضایی اجسام، شکل، حجم و ترکیب رنگ‌ها درگیر می‌شوند، نیم‌کره راست مغز فعال می‌شود. از آنجاکه نیم‌کره راست مغزی مسئول احساسات و هیجانات نیز است، مبتلایان به اختلال افسردگی مداوم به‌طور هم‌زمان، احساسات مثبتی را تجربه می‌کنند و آنان را به درک عمیق‌تری از هیجانات خود و نحوه مدیریتشان هدایت می‌کند. در درمان و تعدیل علائم بیماران افسرده برای بیان احساسات

^۱) Blomdahl & Goulia

^۲) Zhang

^۳) Parmenter

محسوب می‌شود، روبه‌رو شوند و نگرانی‌ها و درماندگی ناشی از آن را در مدت شرکت در جلسات درمانی با دریافت بازخوردهای مثبت از سایر اعضای گروه که دارای مشکلاتی مشابه با وی هستند و نیز ادراک حمایت اجتماعی و همدلی بیشتر خاموش کنند. بعد از انجام هر تکلیف هنری، به شرکت‌کنندگان این امکان داده می‌شد تا پیروزی خود را در خلق یک اثر هنری - اسلامی با پخش موسیقی ملایم و پذیرایی از خود، جشن بگیرند، به خود و دیگران بازخوردهای مثبت بدهند و احساسات خود را با دیگر اعضای گروه به اشتراک بگذارند. در حقیقت، به نظر می‌رسد خلق آثار هنری با جهان‌بینی اسلامی به آنان این امکان را داده است تا درباره آنچه نمی‌توانستند قبلاً به راحتی ابراز کنند، در یک رسانه جهانی که نیازی به زبان خاصی ندارد، گفت‌وگو کنند. احتمالاً هنر روش قدرتمندی برای دستیابی به احساسات جدید و انتقال و بیان آن به سایر افراد با وجود تفاوت‌های فردی مختلف است و همین امر با بسترسازی برای ابراز وجود و ارتقا در باورهای خودکارآمدی و نیز رشد مهارت‌های اجتماعی در کاهش شاخص‌های افسرده‌خویی سودمند واقع شده است.

محدودیت‌های پژوهش

نخستین محدودیت پژوهش حاضر مربوط به نمونه‌گیری هدفمند و انتخاب جمعیت مطالعه تنها از میان مبتلایان به اختلال افسردگی مداوم مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان شهید بهشتی زنجان بود؛ از این رو باید در تعمیم نتایج به دیگر افراد جامعه به‌ویژه سایر اختلال‌های افسردگی و نیز اضطرابی جوانب احتیاط را رعایت کرد. کوتاه‌بودن دوره پیگیری، در حالی که در پژوهش‌های خارج از ایران دوره پیگیری شش‌ماهه تا یک‌ساله اجرا شده است و همچنین استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی برای گردآوری اطلاعات از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است که می‌تواند در بخشی از نتایج آن ابهام ایجاد نماید.

پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی جمعیت مطالعه از میان مبتلایان به سایر اختلال‌های افسردگی اعم از اختلال افسردگی مداوم، خلق ادواری و افسردگی اساسی انتخاب شود و با سایر روش‌های نمونه‌گیری بررسی گردد که توان تعمیم نتایج بالا باشد و برای سنجش متغیرهای پژوهش علاوه بر پرسش‌نامه، از دیگر روش‌ها مانند مصاحبه و مشاهده به‌طور

و عواطف زمانی که مراجعان درگیر خلق آثار هنری با توجه به اصول دینی و فرهنگ بومی خود می‌شوند، ذهنشان با مقوله جدیدی غیر از بیماری و نشخوار فکری با نشانگان آن یا ادراک فرانگرانی درگیر می‌شود و امکان مقابله با افکار و احساسات منفی درباره تجارب ناکام‌ساز در زندگی فردی و اجتماعی را از طریق جایگزینی با احساسات مثبت ناشی از تجارب جدید و اسلامی فراهم می‌سازد. در واقع، هنردرمانی به‌طور کلی به‌نوعی بیانی از خودانگاره است. هر بیمار افسرده‌خو با پرداختن به خودانگاره خود از آن به‌عنوان راهکاری برای مقابله با بیماری و نشانگان آن، تسکین استرس، حل تعارضات درونی، ارضای خواسته‌ها، بهبود حس موفقیت و اعتماد به نفس بهره می‌گیرد.

به زعم محققان مطالعه حاضر، مبتلایان به اختلال افسردگی مداوم در اثر بیماری و همچنین، بازخوردهای منفی که به دنبال ابتلا به بیماری دریافت کرده‌اند، در فعالیت‌های روزمره درگیر نشخوارهای ذهنی با هیجانات منفی مانند خشم و احساس گناه و تحریک‌پذیری یا اقدام بدون تفکر منطقی می‌شوند. هنردرمانی با رویکرد اسلامی به‌عنوان یکی از فن‌ها و اصول توان‌بخشی با هدف ترمیم و بازسازی شناختی فرد نسبت به خود، دیگران و جهان هستی و تفسیر مجدد و مثبت از نتایج ناشی از رفتارها به فرد فرصت می‌دهد تا به جای پیامدها، به مسیر و میزان تلاش و نیز هدف‌هایی که داشته است، توجه نماید. به این ترتیب، وقتی فرد بدون پیامدهای ناشی از رفتارها و تجارب گذشته خویش، ارزیابی شود و خود را انسانی ارزشمند در نظر بگیرد که هدفش پرورش استعدادها و شناخت بیشتر خود در زندگی دنیوی است، امکان ترمیم عزت نفس و خودمدیریتی در وی افزایش می‌یابد. این در حالی است که مطابق با اصول روان‌درمانی معاصر، افزایش خودکنترلی، مشارکت فعال و داشتن هدف در زندگی در کنار عزت نفس از جمله مواردی هستند که به پیشگیری از آسیب‌پذیری‌های روانی از جمله افسردگی‌ها منجر می‌شوند.

در تبیینی دیگر برای نتایج فوق، به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به افسردگی مداوم با استفاده از هنر به مهارت‌های مقابله‌ای، چالش‌کشیدن افکار و هیجانات، مقابله با افکار و نگرش‌های منفی، برون‌ریزی و تداعی آزاد دست می‌یابند. آموزش هنر مبتنی بر اصول اسلامی به شرکت‌کنندگان اجازه می‌دهد تا احساسات منفی خود را از طریق آثار هنری بیان کنند و کاهش دهند؛ به کمک هنر با ماهیت بیماری و دلایل احتمالی بروز آن که منبع یأس و ناامیدی حال حاضر آنان

2025;13(1):1-2.

2. Mathias L, Quagliato LA, Carta MG, Nardi AE, Cheniaux E. Challenges in the treatment of dysthymia: A narrative review. Expert Review of Neurotherapeutics. 2024;24(7).

3. Navarro V, Guarch J, Boulahfa I, Tardón L, Obach A, Gastó C, et al. Evaluating the influence of nonproblematic alcohol intake on the outcome of major depression. International Clinical Psychopharmacology. 2025;40(2):110-4.

4. Huprich SK, Kuribayashi SJ, Voytenko VL. The necessary rapprochement of negative affectivity, personality disorder, and depression. Current Psychiatry Reports. 2024;26(11):591-602.

5. Velten J, Christiansen H, Hoyer J, In-Albon T, Lincoln T, Lutz W, et al. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for adult mental disorders: A large-scale naturalistic study across 29 university outpatient clinics. Behaviour Research and Therapy. 2025; 23(104691).

6. Niarchou E, Roberts LH, Naughton BD. What is the impact of antidepressant side effects on medication adherence among adult patients diagnosed with depressive disorder: A systematic review. Journal of Psychopharmacology. 2024; 38(2):127-36.

7. Shakibaee M, Ahmady-Faraz MM, Piryaee S. Contribution of the problem-focused coping strategies at the time of grief and difficulty considering prayers 7 & 54 of Sahifa al-Sajjadih based on a psychological approach in psychological processes: A qualitative study. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2024; 10(1):151-69.

8. Blomdahl C, Goulias A. Art therapy for adolescents with depression: Feasibility and acceptability study in child and adolescent psychiatry. Art Therapy. 2025; 42(1):14-23.

9. Alharbi H, Higgins J, Léonard G, Boissy P, Vincent C, Leclerc J, et al. Museum-Based Art Therapy Program in the Chronic Phase of Stroke: A Feasibility Pilot Study. Art Therapy. 2025 ; 31:1-9.

10. Yarmohammed I, Hosseini SH, Fathaliani H. A Study of the function of art (performing arts and images) in propagating religion from the viewpoint of the quran. Journal of Quranic Studies Quarterly. 2022; 13(51):69-86. (Full Text in Persian)

11. Zhang N, Chen S, Li Q, He Z, Jiang W. Efficacy of art therapy in enhancing mental health of clinical nurses: A meta-analysis. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2024; 31(5):729-41.

12. Nasr V, Nasr N, Malakzadeh Z, Malekzadeh-Mobaraki F, Karamkhani M. Evaluating the effectiveness of the islamic-based training of alcohols disadvantages on reduce alcohol craving and relapse in individuals with a history of alcohol addiction in the alcoholics anonymous in Tehran. Journal of Pizhūhish

هم‌زمان استفاده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود مقایسه اثربخشی این شیوه درمانی با سایر روش‌های مبتنی بر رویکرد اسلامی و نیز درمان‌های موج سوم درمان شناختی - رفتاری در سایر افراد درگیر با افسردگی به‌ویژه جمعیت کودک و نوجوان و سالمند انجام شود و تأثیر این رویکردهای درمانی بر کارکردهای روانی و اجتماعی این افراد مقایسه و ارزیابی گردد.

قدردانی

پژوهشگران از مسئولان بیمارستان شهید بهشتی زنجان که امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند و همچنین، از مراجعان محترم به جهت همکاری در تکمیل ابزارها و شرکت در پژوهش، صمیمانه تشکر می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش برگرفته از رساله مقطع دکتری تخصصی مؤلف اول از دانشگاه الزهرا با مصوبه کارگروه کمیته اخلاق در پژوهش با کد [IR.ALZAHRA.REC.1404.028](https://ir.alzahra.rec.1404.028) است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی مؤلف اول صورت گرفته است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

انجام امور تحقیقاتی، نمونه‌گیری و نگارش بیان مسئله مقاله و انجام مراحل درمان: مؤلف اول؛ استاد راهنمای پژوهش و همکاری و نظارت بر انجام مراحل درمان: مؤلف دوم و ارائه موضوع و نگارش روش کار در مقاله و استادان مشاور: مؤلفان سوم و چهارم.

References

1. Yan N, Zhang C, Wang Y, Luo Y, Wang Y, et al. Chinese burden of depressive disorders from 1990 to 2021 and prediction for 2030: Analysis of data from the global burden of disease study. BMC psychology.

dar dīn va salāmat. 2020;6(1):36-46. (Full Text in Persian)

13. The Holy Quran. Translated by: Hossein Ansarian. Tehran: 2018.

14. Parmenter J, Skidmore S, Lefevor T. The Roles of LGBTQ+ community resilience and religious affiliation in the association between minority stress and depressive symptoms. *Counselling Psychology Quarterly*. 2025; 25:1-20.

15. Isfahani P, Samani S, Bazi A, Afshari M, Abbaszadeh Bezi M. Prevalence of depression in medical students in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Payesh* 2024; 23(5):727-36. (Full Text in Persian)

16. Lüscher M. The Lüscher Color Test: The remarkable test that reveals personality through color. 1 ed: Random House; 1969.

17. Osório FL, Loureiro SR, Hallak JE, Machado-de-Sousa JP, Ushirohira JM, Baes CV, et al. Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the structured clinical interview for DSM-5-clinician version (SCID-5-CV). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2019; 73(12):754-60.

18. Gardepadok A, Mohammadi N, Rahimi-Taghanaki CH. Comparison of thought-action fusion and self-compassion in individuals with different patterns of obsessive-compulsive disorder and normal individuals. *Journal of Clinical Psychology*. 2023; 15(1):1-11.

19. Nouri E, Nematzadeh Getabi S. The Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on memory and cognitive flexibility of men with major depression. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2024; (8):91-100. (Full Text in Persian)

20. Vasheghani Farahani N, Safari H. Prediction of suicidal ideation based on brain-behavioral systems with the mediating role of emotion regulation in depressed patients. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2025; 13(12):177-86. (Full Text in Persian)

21. Zhang B, Wang J, Abdullah AB. The Effects of art therapy interventions on anxiety in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinics*. 2024. 16;79: 100404.