REVIEW ARTICLE

Treatment of Depressive Symptoms Using the New Approach of Religion-Based Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review

Mohammadamin Jandaghian-Bidgoli[1],
Negin Shaterian[2],
Fereshteh Qorbani[3],
Seyed Hadi Pazhoom[3],
Elham Kazemian[4],
Fatemeh Abdi[5]

[1] MSc Student in Psychiatric Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] MSc Student in Midwifery, Student Research Committee, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
[3] MSc in Management, School of Nursing and Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
[4] PhD in Nutritional Sciences, Department of Medicine, Samuel Oschin Comprehensive Cancer Institute, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles CA, USA
[5] Assistant Professor, Non-communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

(Received August 14, 2022 ; Accepted June 7, 2023)

Abstract

Background and purpose: Depression is a psychiatric disorder that causes major disabilities and has negative effects on the quality of life of people all over the world. In recent years, non-pharmacological treatments that may improve depression have received much attention. The purpose of this research was to systematically review primary experimental studies on the effectiveness of religion-based cognitive behavioral therapy (CBT) in treatment of depression symptoms.

Materials and methods: This systematic review was carried out using the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA). The search was performed in Cochrane library, PubMed, Web of Science, EMbase, Magiran SID, International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP), and Clinicaltrials.gov using the following keywords: depression, cognitive-behavioral therapy, and religion-based. The search was limited to articles published in Farsi and English until 2022. We studied articles that investigated the effectiveness of religion-based cognitive-behavioral therapy compared to no intervention or conventional cognitive-behavioral therapy in improving depressive symptoms. Bias assessment of experimental and semi-experimental studies was done by RoB 2 and ROBINS-I scales, respectively.

Results: In the initial search, 1037 articles were found. Considering inclusion criteria and qualitative evaluation of the articles, finally 20 studies were selected. A total of 1682 samples were studied in these articles. The majority of samples were female patients, and major depressive disorder and depressive mood were the most common disorders. All studies indicated the effectiveness of religion-based CBT in reducing depressive symptoms.

Conclusion: Further experimental studies with larger sample size are needed to investigate the role of gender and different types of depression on the effectiveness of religion-based CBT in reducing the severity of depression.

Keywords: depression, religion-based cognitive behavioral therapy, systematic review

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (222): 171-184 (Persian).

Corresponding Author: Fatemeh Abdi - Non-communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran. (E-mail: abdi@sbmu.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]

مـــروری

مجلـــه دانـشـــگاه عـــلـــوم پـــزشـــکـــی مـــازنـــدران
دوره سی و سوم شماره ۲۲۲ تیر سال ۱۴۰۲ (۱۸۴-۱۷۱)

درمان علائم افسردگی با رویکرد نوین درمان شناختی رفتاری مذهب محور: مطالعه مرور نظام مند

محمدامین جندقیان بیدگلی[۱]
نگین شاطریان[۲]
فرشته قربانی[۳]
سید هادی پژوم[۳]
الهام کاظمیان[۴]
فاطمه عبدی[۵]

چکیده

سابقه و هدف: افسردگی یک بیماری روان‌پزشکی با ایجاد ناتوانی‌های عمده و اثرات منفی بر کیفیت زندگی افراد در سراسر جهان است. در سال‌های اخیر استفاده از روش‌های درمانی جدید و غیردارویی برای بهبود افسردگی بسیار مورد توجه قرار گرفته است. هدف از این پژوهش، مرور نظام‌مند مطالعات اولیه تجربی با موضوع اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری مذهب محور در درمان علائم افسردگی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مرور نظام‌مند مطابق با راهنمای PRISMA (موارد ترجیحی در گزارش مقالات مروری منظم و فرا تحلیل) اجرا شد. واژه‌های کلیدی افسردگی، درمان شناختی-رفتاری، مذهب محور در پایگاه‌های اطلاعاتی Cochrane library، PubMed، Web of Science، Embase، Magiran SID، International Clinical Trials Registry Platform(ICTRP) و Clinicaltrials.gov و محدود به مقاله‌های فارسی و انگلیسی زبان منتشر شده تا سال ۲۰۲۲ جستجو شد. مطالعاتی در نظر گرفته شد که اثربخشی مداخله درمان‌شناختی-رفتاری مذهب محور در مقایسه با حالت بدون مداخله و یا درمان‌شناختی-رفتاری مرسوم در بهبود علائم افسردگی در بیماران افسرده را بررسی نمودند. سوگرایی مطالعات تجربی و نیمه‌تجربی به‌ترتیب به‌وسیله مقیاس‌های ROB 2 و ROBINS-I ارزیابی شد.

یافته‌ها: در جستجوی اولیه، ۱۰۳۷ مقاله یافت شد. بعد از بررسی مطالعات از نظر معیارهای ورود و و خروج و ارزیابی کیفی مقالات، در نهایت ۲۰ مقاله با مجموع ۱۶۸۲ نمونه برای مرور نظام‌مند انتخاب شدند. بیش‌ترین نمونه‌ها از بین جمعیت زنان بود و بیش‌ترین فراوانی مربوط به انواع اختلال افسردگی ماژور و افسرده خویی بود. تمامی نتایج مطالعات منتخب حاکی از اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر مذهب در کاهش علائم افسردگی بود.

استنتاج: اجرای مطالعات تجربی با حجم نمونه بزرگ‌تر جهت بررسی نقش متغیر جنسیت و انواع اختلالات افسردگی در زمینه کارایی مداخله CBT مذهب محور بر کاهش شدت افسردگی پیشنهاد می‌شود.

واژه های کلیدی: افسردگی، درمان شناختی رفتاری مذهب محور، مرور نظام‌مند

مقدمه

طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت، بیماری‌های روانی منجر به ایجاد ناتوانی‌های عمده‌ای در افراد سراسر جهان می‌شوند(۱). اثرات منفی افسردگی بر کیفیت زندگی قابل توجه است و دارای علائم روانشناختی و

مولف مسئول: فاطمه عبدی- کرج: دانشگاه علوم پزشکی البرز، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر E-mail: abdi@sbmu.ac.ir
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری روان پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۳. کارشناسی ارشد مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۴. دکترای تخصصی علوم تغذیه، گروه پزشکی، موسسه جامع سرطان ساموئل اوشین، مرکز پزشکی سدار سینای، لس آنجلس، کالیفرنیا، ایالات متحده آمریکا
۵. استادیار، مرکز تحقیقات بیماری های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۱/۵/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۱/۶/۹ تاریخ تصویب : ۱۴۰۲/۳/۱۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]

جسمانی گوناگونی می‌باشد که از جمله ناراحتی، عدم علاقه یا لذت، خستگی یا کمبود انرژی، احساس گناه، عزت‌نفس پایین، خلق پایین و ناراحتی دائم، افکار یا اعمال مرتبط با خودکشی، کمبود تمرکز، آشفتگی یا کندی حرکات، کمبود اشتها، بی‌خوابی یا خواب آلودگی هستند(۴-۲). طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۱، ۲۸۰ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به افسردگی می‌باشند(۵). نتایج یک مطالعه مرور نظام مند نشان داده است شیوع افسردگی در جمعیت ایران، ۴/۱ درصد می‌باشد(۶). درمان دارویی این اختلال با چالش‌هایی مانند عدم کارایی لازم، عدم پاسخدهی در نوبت اول تجویز، وابستگی به دارو، نیاز به افزایش دوز و عوارض جانبی طولانی مدت همراه بوده است(۹-۷). بنابراین کاربرد روش‌های درمانی جدید و غیر دارویی برای بهبود افسردگی ضرورت دارد. اثربخشی روان درمانی در بهبود افسردگی شناخته شده است و در این میان رایج‌ترین درمان مبتنی بر شواهد، درمان شناختی رفتاری (Cognitive behavioral therapy :CBT) است(۹). بیماران افسرده در چرخه معیوبی از الگوهای فکری، رفتاری و پاسخ‌های عاطفی ناسازگارانه قرار دارند(۱۰). CBT بر روی تعاملات میان افکار، احساسات و رفتار تمرکز دارد(۱۱) و به بیماران افسرده کمک می‌کند تا راهبردهای رفتاری انطباقی را بیاموزد و باورهای دقیق و مفیدتری برای کاهش علائم افسردگی و بهبود نتایج عملکردی ایجاد کند(۹). طبق نتایج چندین مطالعه، روان درمانی و CBT مذهب محور در درمان افسردگی مؤثر واقع شده است(۱۵-۱۲).

CBT مذهب محور اصولی مشابه CBT معمولی دارد که در آن فرد از سنت‌ها و اصول مذهبی بهره می‌گیرد تا افکار و رفتارهای مضر را کنار بگذارد(۱۶،۱۵). در این روش درمانی هم از شناخت درمانی برای اصلاح باورهای بیمار استفاده شده و هم به بیمار کمک می‌شود تا باورهای معنوی و مذهبی خود را تقویت و بر نظم و انضباط هستی و وجود قدرت مطلق خداوند متعال و عنایات الهی تمرکز نماید(۱۷). باورهای مذهبی به عنوان روشی مؤثر برای مقابله با تجربیات دردناک و علائم بیماری عمل می‌کنند(۱۶). بسیاری از بیماران مذهبی/ معنوی بر اساس باورهای مذهبی خود در فرایند درمانی همکاری داشته و پیروی بیش‌تری از رهنمودهای درمانگر دارند(۱۸). اعتقادات و رفتارهایی از قبیل اعتقاد به خداوند، نماز خواندن و صبر در به جا آوردن مراسم مذهبی، از طریق ایجاد امید و نگرش‌های مثبت، می‌توانند منجر به بهبود سلامت روان شوند(۱۹). مذهب و معنویت می‌تواند منبعی برای معنابخشی به زندگی باشد(۲۰). هم‌چنین، ارتباط مثبت وجود معنا در زندگی با سلامت روان موضوعی شناخته شده است(۲۱). بین نگرش‌های مذهبی با افسردگی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر هر چقدر افراد از نگرش‌های مذهبی بالاتری برخوردار باشند، کم‌تر دچار افسردگی و استرس می‌شوند(۲۲). در سال های اخیر مطالعات متعددی در زمینه بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری مذهب محور در بهبود علائم افسردگی اجرا و گزارش شده است. در این مطالعه مرور نظام‌مند، نتایج چنین پژوهش‌های اولیه‌ای گردآوری و یکپارچه شده که می‌تواند جهت آگاهی‌بخشی به درمانگران حوزه سلامت روان راجع به کاربرد بالینی روش غیردارویی درمان شناختی رفتاری مذهب محور برای کاهش شدت علائم افسردگی در بیماران افسرده مفید باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه مرور نظام‌مند مطابق با راهنمای PRISMA (موارد ترجیحی در گزارش مقالات مروری منظم و فرا تحلیل) اجرا و گزارش شد. پروتکل مطالعه در PROSPERO (پایگاه ثبت مرورهای نظام‌مند آینده‌نگر بین‌المللی) و موسسه ملی تحقیقات سلامت با شناسه CRD42022335867 ثبت شد. برای اجرای مطالعه نخست کلید واژه‌های فارسی افسردگی و درمان‌شناختی رفتاری مذهب محور و کلید واژه‌های انگلیسی Depression و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]

Religion-based cognitive-behavioural therapy در پایگاه‌های داده Web of Science، Scopus، PubMed، Cochrane library، WHO Clinicaltrials.gov، SID و Magiran در بازه زمانی ۲۰۲۲-۱۹۸۵ میلادی جستجو و سپس مقالات به زبان فارسی و انگلیسی استخراج شدند. هم‌چنین با هدف تکمیل فرایند بازیابی مقالات، جست‌وجوی مقالات مروری مشابه در پایگاه Cochrane Library و بررسی منابع آن‌ها، جستجوی غیر نظام‌مند در پایگاه داده Google Scholar و بررسی سایر منابع مطالعاتی بالقوه (منابع خاکستری) انجام شد.

دو نویسنده به‌طور مستقل عنوان و چکیده همه مقاله‌های جستجو شده را از نظر انطباق با معیارهای ورود بررسی نمودند. در صورت عدم توافق در مورد حذف یا در نظر گرفتن یک مقاله، تصمیم‌گیری نهایی بر مبنای متن کامل آن مقاله بود. چنان‌چه اختلاف نظر حتی با وجود بررسی متن کامل مقاله وجود داشت این موارد اختلافی با دیگر نویسندگان مطرح شده تا هرگونه تضاد برطرف گردد. هم‌چنین، مقالات در سه مرحله مستقل غربالگری شدند و در نهایت، ۲۱ مطالعه وارد مرور سیستماتیک شدند. فلوچارت شماره ۱، فرآیند انتخاب مقالات این مطالعه را نشان می‌دهد.

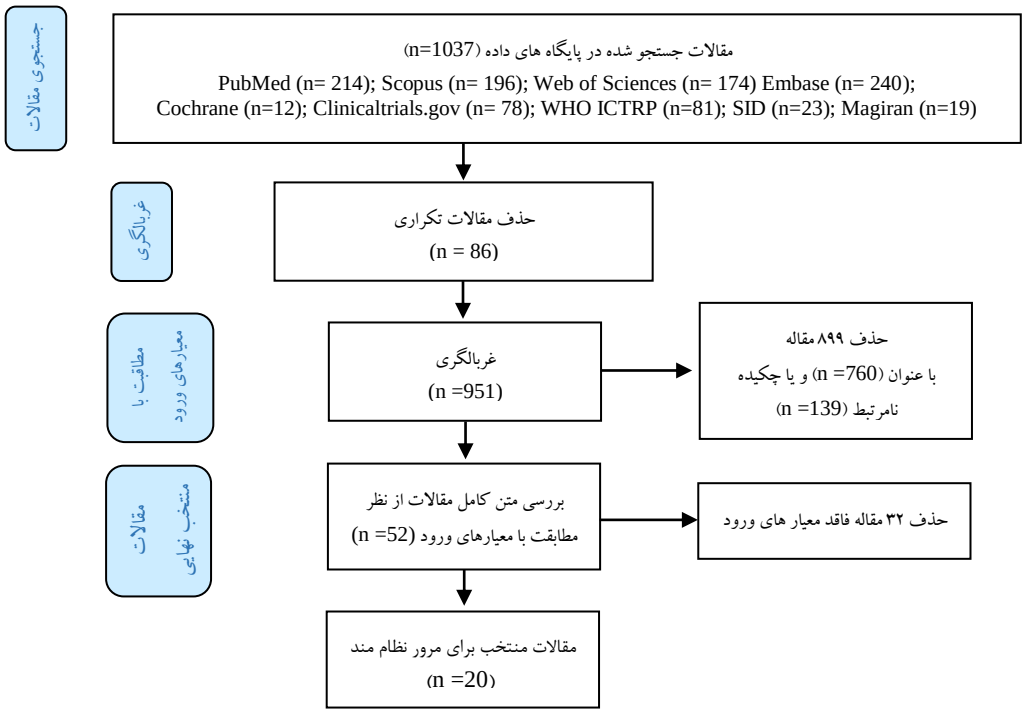
معیارهای انتخاب مقاله‌های برای مرور نظام‌مند بر اساس آیتم‌های PICOS شامل نوع مطالعه (S)، شرکت‌کنندگان(P)، مداخله به کار رفته (I)، گروه مقایسه(C) و پیامد(O) بود.

نوع مطالعه

مطالعات تجربی و نیمه تجربی در نظر گرفته شدند.

شرکت کنندگان

مطالعات اولیه‌ای در نظر گرفته شدند که نمونه‌های آن‌ها حداقل به یک نوع از افسردگی مبتلا بوده و یا تحت درمان برای کاهش علائم افسردگی بودند. هیچ‌گونه محدودیت سنی لحاظ نشد.



فلوچارت شماره ۱: نمودار فرایند جستجو و انتخاب مقالات

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]

گروه مداخله

پژوهش‌هایی لحاظ شدند که حداقل دارای یک گروه مداخله به‌صورت درمان‌شناختی رفتاری مذهب محور فردی یا گروهی بودند.

گروه مقایسه

با هدف مقایسه اثر بخشی، گروه‌های بدون مداخله، بیماران با تشخیص غیر بیماری افسردگی تحت درمان شناختی رفتاری مذهب محور جهت کاهش علائم افسردگی و گروه‌های با مداخله درمان‌شناختی رفتاری مرسوم و دارو درمانی در نظر گرفته شدند.

پیامد

بهبود افسردگی به‌عنوان پیامد اولیه و بهبود علائم اضطراب، بهبود علائم وسواس، بهبود کیفیت زندگی و سایر پیامدهای از نوع گزارش شده توسط شرکت‌کنندگان به‌عنوان پیامدهای ثانویه در نظر گرفته شدند.

ارزیابی کیفی مطالعات

خطر سوگیری مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی با استفاده از ابزار Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2)، به‌طور کلی و هم‌چنین در پنج حیطه تصادفی‌سازی، اجرای مداخله، از دست دادن داده‌ها، اندازه‌گیری پیامدها و انتخاب نتایج گزارش شده ارزیابی شد(۲۳). ارزیابی خطر سوگیری مطالعات تجربی غیرتصادفی‌سازی شده با ابزار risk of bias in nonrandomized studies of interventions (ROBINS-I) به‌طور کلی و در هفت حیطه پیوستگی آماری در داده‌های تحقیق (اختلاط آماری)، نحوه انتخاب شرکت‌کننده، برنامه‌ریزی صحیح برای مداخلات، انجام صحیح مداخلات، تاثیر داده‌های از دست رفته در نتیجه تحقیق، نحوه اندازه‌گیری پیامدهای تعیین شده و امکان وجود سوگیری در اعلام نتایج تحقیق انجام شد. دسته‌بندی خطر سوگیری به این شرح بود: کم: سوگیری به اندازه‌ای نیست که بر صحت نتایج تأثیر بگذارد؛ متوسط: سوگیری به اندازه‌ای است که در صحت نتایج تردید وجود دارد؛ زیاد: سوگیری قابل توجهی که عدم صحت نتایج قطعی است(۲۴). داده‌های استخراج شده از مقاله‌های منتخب شامل نویسنده اول/ سال انتشار، کشور، نوع مطالعه، ویژگی/ جنسیت و میانگین سنی نمونه‌ها، تعداد نمونه و مشخصات اجرای مداخله مورد نظر در هر یک گروه‌های تحت مطالعه، نام ابزار سنجش پیامد و یافته‌ها بودند.

یافته‌ها

تصویر شماره ۱ جزییات روند جستجو در پایگاه‌های داده و انتخاب مقالات را نشان می‌دهد. از مجموع ۱۰۳۷ مقاله به‌دست آمده از جستجوی اولیه، پس از حذف مقاله‌های تکراری و غربالگری با توجه به معیارهای ورود و خروج، در نهایت ۲۰ مقاله با مجموع تعداد ۱۶۸۲ شرکت‌کننده برای انجام مرور نظام‌مند انتخاب شدند. نتایج ارزیابی خطر سوگیری در مطالعات اولیه منتخب در جداول شماره ۱ و ۲ مشاهده می‌شود. در مطالعه‌های Degillo، Pearce و Koenig خطر سوگیری کلی در سطح بالا (۲۷-۲۵) و در مطالعه‌های Daher، Koeing، Tulbure، Hawkins، و مجاهد خطر سوگیری کلی در سطح متوسط ارزیابی شد(۳۲،۲۶-۲۸). در سایر مطالعه‌های منتخب خطر سوگیری در سطح پایین بود (جدول شماره ۱ و ۲).

مشخصات و یافته‌های مقالات منتخب برای مرور نظام‌مند پیرامون موضوع اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری مذهب محور در بهبود افسردگی در جدول شماره ۳ ارائه شده است. سه مطالعه از نوع نیمه تجربی و ۱۸ مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده بودند. مکان اجرای این مطالعات در کشورهای ایران (۹ مورد)، ایالات متحده آمریکا (۹ مورد)، فیلیپین (۱ مورد)، رومانی (۱ مورد) و استرالیا (۱ مورد) بوده است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]

در همه مطالعات نتایج مربوط به پیامد اولیه بهبود افسردگی گزارش و کاهش معنادار شدت افسردگی بعد از اجرای مداخله در گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مذهب یافت شد که حاکی از اثربخشی بالای این نوع مداخله در بهبود علائم افسردگی است. در مجموع در ۱۰ مطالعه نتایج مربوط به پیامدهای ثانویه اعمال مداخله درمان‌شناختی رفتاری مبتنی بر مذهب گزارش شد. این مداخله در کاهش افکار وسواسی (بیان‌زاده)(۳۳)، کاهش افکار خودکشی(هاشمی)(۳۴)، کاهش اضطراب (HAWKINS، ثنائی، بیان‌زاده، مجاهد، حسینی)(۲۹،۳۲،۳۳،۳۵،۳۶)، بهبود وضعیت خلقی با گزارش از سوی بیمار (ثنائی)(۳۵)، بهبود کیفیت زندگی (Tulbure، حمید)(۳۰،۳۷)، هدفمندتر شدن زندگی (Daher)(۳۸) و بهبود بهزیستی روانی (Degillo)(۲۵) موثر بوده است (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۱: ارزیابی خطر سوگیری در مطالعات منتخب از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده

نویسنده اول/ سال انتشار/ شماره رفرنس	سوگیری در تصادفی‌سازی	سوگیری در اجرای مداخله	سوگیری در از دست دادن داده‌ها	سوگیری در اندازه‌گیری پیامدها	سوگیری در انتخاب نتایج گزارش‌شده	سوگیری کلی
Daher / (۲۰۱۶) / (۳۸)	?	-	+	+	+	?
Degillo / (۲۰۲۰) / (۲۵)	-	-	+	+	+	-
علاءبند / (۲۰۱۹) / (۳۹)	+	+	+	+	+	+
بیان‌زاده / (۲۰۰۵) / (۳۳)	?	+	+	?	+	+
حمید / (۲۰۱۶) / (۳۷)	+	?	+	?	+	+
Pearce / (۲۰۱۶) / (۴۰)	+	+	+	+	+	+
Propst / (۱۹۹۲) / (۴۱)	+	+	+	+	+	+
حسینی / (۲۰۱۸) / (۳۶)	+	?	+	?	+	+
Koeing / (۲۰۱۵) / (۴۲)	+	+	+	+	-	?
Pearce / (۲۰۱۶) / (۲۶)	+	?	-	-	?	-
مجاهد / (۲۰۰۹) / (۲۹)	+	+	+	?	+	?
هاشمی / (۲۰۲۰) / (۳۴)	+	?	+	+	+	+
Koenig / (۲۰۱۶) / (۴۳)	+	+	+	+	+	+
Koenig / (۲۰۱۵) / (۴۴)	+	+	+	?	+	+
Berk / (۲۰۱۵) / (۴۵)	?	+	+	+	+	+
Tulbure / (۲۰۱۸) / (۳۰)	?	?	+	+	+	?
Koenig / (۲۰۱۶) / (۴۶)	?	?	+	+	-	-

دسته بندی خطر سوگیری: کم: + ، متوسط: ? ، زیاد: -

جدول شماره ۲: بررسی ریسک سوگیری کارآزمایی‌های بالینی غیر تصادفی

نویسنده اول/ سال انتشار/ شماره رفرنس	پیوستگی آماری در داده‌های تحقیق (اختلاط آماری)	نحوه انتخاب شرکت کننده	برنامه‌ریزی صحیح برای مداخلات	انجام صحیح مداخلات	تاثیر داده های از دست رفته در نتیجه تحقیق	نحوه اندازه‌گیری پیامدهای تعیین‌شده	امکان وجود سوگیری در اعلام نتایج تحقیق	نمره نهایی
Hawkins / (۱۹۹۹) / (۳۲)	?	+	+	+	+	+	?	?
حمید / (۲۰۱۶) / (۳۷)	?	+	+	+	+	+	+	+
ثنائی / (۲۰۰۱) / (۳۵)	?	+	+	+	+	+	+	+

دسته بندی خطر سوگیری: کم: + ، متوسط: ?

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]

جدول شماره ۳: ویژگی‌های مطالعات منتخب برای مرور نظام مند با موضوع اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب محور در بهبود افسردگی

نویسنده اول/ سال انتشار/ شماره رفرنس	کشور	نوع مطالعه	ویژگی، جنسیت و میانگین سنی نمونه ها (سال)	تعداد نمونه و مشخصات مداخله آزمایشی	تعداد نمونه و مشخصات مداخله ای	ابزار سنجش پیامدها	یافته ها
Degillo / ۲۰۲۰ / (۲۵)	فیلیپین	RCT	افراد مبتلا به HIV و داوطلب مشتاق نسبت به کسب بهزیستی روانی- معنوی (عدم ذکر جنسیت و سن)	یک جلسه RCBT به مدت ۴ ساعت (n=۵)	عدم دریافت مداخله (n=۵)	شاخص عمومی بهزیستی روانی (PGWBI)	-افزایش نمره بهزیستی روانی در گروه RCBT (از ۱۶/۵۸ ± ۵۷/۰۰ به ۱۱/۹ ± ۷۷/۳۰)(P<۰/۰۰۱)
هاشمی / ۲۰۲۰ / (۳۴)	ایران	RCT	دانشجویان با افکار خودکشی دانشگاه مراغه (عدم ذکر جنسیت و سن)	۱۰ جلسه RCBT(n=۳)	۱۰ جلسه درمان فراشناختی(n=۳)	آزمون افسردگی بک (BDI)	- کاهش تقریباً یکسان نمره علائم افسردگی در هر دو گروه RCBT (از ۴۸/۳به۲۲/۶) و فراشناختی (از ۴۵/۳به ۲۰) - کاهش تقریباً یکسان نمره افکار خودکشی در هر دو گروه RCBT (از ۳۲به۱۴/۳) و فراشناختی (از ۲۹/۶به ۱۴/۶) -کاهش نمره نشخوار فکری در هر دو گروه RCBT (از ۷۰/۶به ۳۹/۳) و گروه فراشناختی (از ۶۶/۶به ۲۹/۶)
علاقه‌بند / ۲۰۱۹ / (۳۹)	ایران	RCT	مردان و زنان مسلمان از مناطق مشابه با سابقه ابتلا به بیماری‌های روان یا اختلالات شخصیتی، میانگین سنی ۱۰/۷۶±۴۰/۵۹	۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای RCBT، یک بار در هفته (n=۷۲)	عدم دریافت مداخله (لیست انتظار) (n=۷۲)	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)	- کاهش قابل توجه نمره شدت افسردگی در گروه RCBT (۲/۸ ± ۵/۰۴) در مقایسه با گروه کنترل (۴/۴ ±۸/۰۶) (P<۰/۰۰۱)
Tulbure / ۲۰۱۸ / (۳۰)	رومانی	RCT	مردان و زنان یومی کشور رومانی با تشخیص اختلال افسردگی ماژور یا افسرده خویی با میانگین سنی ۳۲/۰۵	جلسه RCBT (گروه اول)، به مدت ۹ هفته (n=۱۹)	جلسه CCBT (گروه دوم) (n=۳۴) و لیست انتظار (گروه سوم) (n=۲۶) به مدت ۹ هفته	آزمون افسردگی بک (BDI)	-کاهش تقریبا مشابه نمره افسردگی در دو گروه RCBT(از ۹/۴±۳۷/۱۶ به ۱۲/۴ ±۱۳/۵۶) و CCBT (از ۸/۵ ±۳۴/۴۷ به ۱۳/۱±۱۵/۲۰) (P=۰/۰۴۸)
حسینی / ۲۰۱۸ / (۳۶)	ایران	RCT	زنان افسرده‌ی مبتلا به سرطان سینه با سابقه جراحی، شیمی‌درمانی یا رادیوتراپی، میانگین سنی ۸/۲±۴۸/۳	۱۲ جلسه RCBT، هر کدام یک ساعت، یکبار در هفته (n=۴۰)	CCBT ، هر کدام یک ساعت، یکبار در هفته (گروه دوم) (n=۴۰) و دریافت درمان دارویی (گروه سوم) (n=۴۰) و دریافت درمان‌های معمول از تیم انکولوژی بیمارستان (گروه چهارم) (n=۴۰)	مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS)	- کاهش معنادار نمره افسردگی در هر یک از سه گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل (P<۰/۰۰۰۱) - تشابه آماری شدت کاهش نمره افسردگی بین گروه‌های RCBT، CCBT و سیتالوپرام (P=۰/۸۷۶)
حمید / ۲۰۱۶ / (۳۷)	ایران	نیمه تجربی	بیماران مبتلا به ایدز، مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و پاتولوژی	۱۲ جلسه RCBT ۴۵ دقیقه‌ای به مدت ۱۲ هفته (n=۱۵)	عدم دریافت مداخله(n =۱۵)	آزمون افسردگی بک (BDI)	-کاهش معنادار نمره افسردگی در مرحله پیگیری در گروه مداخله (از ۵/۴۶ ± ۱۳/۹۴ به ۳/۵۴ ±۶/۸۲) در مقایسه با گروه کنترل (از ۴/۹۲ ± ۱۲/۸۲ به ۳/۹۲ ± ۱۲/۱۰)
Koenig / ۲۰۱۶ / (۴۳)	ایالات متحده	RCT	افرادی با تجربه حداقل ۶ ماه تجربه بیماری مزمن با ابتلا به افسردگی متوسط تا شدید، میانگین سنی ۱۳/۵±۵۱/۶	۸ جلسه از راه دور RCBT، هر کدام به مدت ۵۰ دقیقه به مدت ۱۲ هفته (n=۶۵)	۸ جلسه از راه دور CCBT، هر کدام به مدت ۵۰ دقیقه به مدت ۱۲ هفته (n=۶۷)	آزمون افسردگی بک (BDI)	افزایش بیشتر تجارب معنوی روزانه در گروه RCBT (P=۰/۱۸) افزایش به خصوص تجارب معنوی روزانه در افراد کم‌تر مذهبی (P=۰/۰۷) و به دنبال آن کاهش علائم افسردگی وجود ارتباط معکوس بین نمرات تجارب معنوی روزانه و شدت علائم افسردگی فارغ از نوع گروه (P=۰/۰۲۵)
Koenig / ۲۰۱۶ / (۴۲)	ایالات متحده	RCT	خانم‌هایی با تجربه حداقل ۶ ماه تجربه بیماری مزمن با ابتلا به افسردگی متوسط تا شدید، میانگین سنی ۱۳/۱ ± ۵۲/۵	۸ جلسه RCBT، هر کدام به مدت ۵۰ دقیقه به مدت ۱۲ هفته (n=۵۵)	۸ جلسه CCBT، هر کدام به مدت ۵۰ دقیقه به مدت ۱۲ هفته (n=۵۳)	آزمون افسردگی بک (BDI)	-کاهش علائم افسردگی به دنبال هریک از مداخله‌های RCBT (۷/۲ ± ۲۴/۶) با CCBT (۹/۰ ± ۲۵/۵) (P =۰/۰۰۲)
Daher / ۲۰۱۶ / (۳۸)	ایالات متحده	RCT	خانم‌هایی با تجربه حداقل ۶ ماه تجربه بیماری مزمن با ابتلا به افسردگی متوسط تا شدید، میانگین سنی ۱۳/۵ ±۵۱/۶	۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای RCBT عمدتاً از راه دور به مدت ۱۲ هفته (n=۶۵)	۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای CCBT، عمدتاً از راه دور به مدت ۱۲ هفته (n=۶۷)	آزمون افسردگی بک (BDI)	-کاهش علائم افسردگی، فارغ از نوع گروه برای هر دو گروه به‌طور یکسان (P<۰/۰۰۰۱) با نمرات افسردگی برای RCBT (۹/۲ ± ۲۵/۸) و CCBT (۷/۲ ± ۲۴/۶) - بیشتر بودن میزان افزایش نمره متغیر هدف در زندگی در گروه RCBT نسبت به گروه CCBT (P=۰/۰۲۶)
Pearce / ۲۰۱۶ / (۴۰)	ایالات متحده	RCT	بیماران خانم و آقا با بیماری مزمن و تشخیص افسردگی از نوع ماژور، میانگین سنی ۱۳/۵ ±۵۱/۶	۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای RCBT به مدت ۲۴ هفته (n=۶۵)	۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای CCBT به مدت ۲۴ هفته (n=۶۷)	آزمون افسردگی بک (BDI)	-رابطه یکسان CCBT و RCBT با کاهش کشمکش‌های روانی (P=۰/۱۲۷) - رابطه کشمکش‌های روانی کمتر با علائم افسردگی کم‌تر (P=۰/۰۲۲)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]

نویسنده اول/ سال انتشار/ شماره رفرنس	کشور	نوع مطالعه	ویژگی، جنسیت و میانگین سنی نمونه ها (سال)	تعداد نمونه و مشخصات مداخله آزمایشی	تعداد نمونه و مشخصات مداخله مقایسه ای	ابزار سنجش پیامدها	یافته ها
Pearce/ ۲۰۱۶/ (۲۶)	ایالات متحده	RCT	خانم‌های با بیماری مزمن و تشخیص افسردگی از نوع ماژور، میانگین سنی ۱۳/۵ ±۵۱/۶	جلسات RCBT، هر جلسه به مدت ۵۰ دقیقه به مدت ۱۲ هفته (n=۶۵)	جلسات CCBT، هر جلسه به مدت ۵۰ دقیقه به مدت ۱۲ هفته (n=۶۷)	آزمون افسردگی بک (BDI)	-عدم وجود تفاوت قابل توجه در میانگین افسردگی بین دو گروه پس از مداخله (P>۰/۰۵) - تاثیر شکرگزاری در کاهش نمرات افسردگی در حد کم یا متوسط در گروه مداخله(P=۰/۰۲۹)
Berk/ ۲۰۱۵/ (۴۵)	ایالات متحده	RCT	خانم‌های با بیماری مزمن (حداقل ۶ ماه) و تشخیص افسردگی از نوع ماژور، میانگین سنی ۱۳/۵ ±۵۱/۶	۱۰ جلسه آنلاین RCBT، هر کدام به مدت ۵۰ دقیقه به مدت ۱۲ هفته (n =۶۵)	۱۰ جلسه آنلاین CCBT، هر کدام به مدت ۵۰ دقیقه به مدت ۱۲ هفته (n=۶۷)	آزمون افسردگی بک (BDI)	-کاهش علائم افسردگی در هر دو گروه، بدون وجود تفاوت قابل توجه بین دو گروه
Koenig/ ۲۰۱۵/ (۴۴)	ایالات متحده	RCT	افراد با بیماری مزمن (حداقل ۶ ماه) و تشخیص افسردگی از نوع ماژور، میانگین سنی ۱۳/۵ ±۵۱/۶	جلسات RCBT از راه دور، هر جلسه به مدت ۱۲ هفته (n=۶۵)	جلسات CCBT از راه دور، هر جلسه به مدت ۱۲ هفته (n=۶۷)	آزمون افسردگی بک (BDI)	- افزایش خوش‌بینی بین دو گروه، بدون تفاوت قابل توجه (P=۰/۱۸۵) -تأثیر قابل توجه مذهبی بودن افراد در کاهش علائم افسردگی فارغ از نوع گروه (P<۰/۰۰۰۱)
Koenig/ ۲۰۱۵/ (۴۶)	ایالات متحده	RCT	خانم‌های با بیماری مزمن(حداقل ۶ ماه) و تشخیص افسردگی از نوع ماژور، میانگین سنی ۱۳/۵ ±۵۱/۶	۸ جلسه RCBT، هر کدام به مدت ۵۰ دقیقه به مدت ۱۲ هفته (n=۶۵)	۸ جلسه CCBT، هر کدام به مدت ۵۰ دقیقه به مدت ۱۲ هفته (n=۶۷)	آزمون افسردگی بک (BDI)	-عدم وجود تفاوت قابل توجه در نمره افسردگی هر دو گروه قبل و بعد از مداخله (P=۰/۸۶) -تأثیر بهتر درمانی در RCBT در صورت مذهبی بودن بیمار (P=۰/۰۴۶)
حمید/ ۲۰۱۱/ (۴۷)	ایران	RCT	بانوان مطلقه ارجاع داده شده به مراکز خصوصی مشاوره	۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای RCBT، هفته‌ای دوبار به مدت ۶ هفته (n=۱۵)	عدم دریافت مداخله (n=۱۵)	آزمون افسردگی بک (BDI)	-کاهش شدت افسردگی در گروه مداخله: مرحله پیگیری (۶/۰ ±۲۵/۱۳)، مرحله پیش آزمون (۸/۶ ±۳۷/۸۰) (P <۰/۰۰۱) -بیش‌تر بودن میزان کاهش افسردگی در گروه مداخله (۶/۰۸ ±۲۵/۱۳) نسبت به گروه کنترل (۶/۰۴ ± ۳۳/۲۰) در زمان پیگیری
مجاهد/ ۲۰۰۹/ (۲۹)	ایران	RCT	همسران شهدا و جانبازان با علائم افسردگی و اضطراب و نمره غیرطبیعی در پرسشنامه سلامت عمومی، میانگین سنی ۹/۷۴ ±۴۱/۱۷	۸ جلسه RCBT به مدت یک سال (n=۲۰)	۸ جلسه CCBT (گروه دوم) به مدت یک سال (n=۲۰) و عدم دریافت مداخله (گروه سوم) (n=۲۰)	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)	-کاهش معنادار علائم افسردگی در هر یک از دو گروه ICBT (از۴/۹۳ ± ۱۰/۹۰ به ۲/۲۸ ± ۴/۵۰) و CBT (از ۶/۱۰±۹/۷۵ به ۲/۹۹±۴/۷۰) در مقایسه با گروه شاهد (از ۴/۹±۸/۳۵ به ۱۰/۵±۹/۷۵)(P>۰/۰۵) - تشابه میزان کاهش علائم افسردگی بین دو گروه مداخله (P <۰/۰۱)
بیان‌زاده/ ۲۰۰۵/ (۳۳)	ایران	RCT	آقایان و خانم‌های مبتلا به اختلال وسواسی- جبری از نوع شست‌وشو، محدوده سنی ۱۵ تا ۵۰ سال	درمان دارویی به همراه ۸ الی ۱۶ جلسه RCBT فرهنگی به مدت ۴ الی ۸ هفته (n=۵)	درمان دارویی (n =۵)، درمان دارویی به همراه درمان شناختی رفتاری به مدت ۴ الی ۸ هفته(n=۵)	آزمون افسردگی بک (BDI)	اثربخشی بیش‌تر RCBT فرهنگی همراه با دارو و یا CCBT همراه با دارو در مقایسه با استفاده منفرد از دارو در بهبود افسردگی، وسواس، باورها و نگرش‌های ناسالم بیمار (P=۰/۰۰۰۱)
ثنائی/ ۲۰۰۱/ (۳۵)	ایران	نیمه تجربی	آقایان مبتلا به اختلالات خلقی بخش روانپزشکی	درمان دارویی رایج به همراه جلسات گروهی RCBT، هفته‌ای ۳ مرتبه از ساعت ۳ الی ۵ بعدازظهر به مدت ۴ هفته (n=۷)	درمان دارویی رایج به مدت ۴ هفته (n=۷)	آزمون افسردگی بک (BDI)	-کاهش معنادار افسردگی و اضطراب در گروه RCBT در مقایسه با گروه کنترل (P<۰/۰۵)
HAWKINS/ ۱۹۹۹/ (۳۲)	استرالیا	نیمه تجربی	آقایان و خانم‌های داوطلب به شرکت و ارجاع داده شده توسط پزشک‌هایشان جهت درمان افسردگی و اضطراب، میانگین سنی ۱۱/۶۲ ± ۴۰/۷۴	جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مذهب مسیحیت، روزانه ۵۰ دقیقه (n=۱۸)	جلسات درمان شناختی رفتاری سنتی، روزانه ۵۰ دقیقه (n=۱۱)	آزمون افسردگی بک (BDI)	- کاهش معنادار نمره افسردگی در هر یک از دو گروه RCBT از ۱۰/۴± ۲۶/۷ به ۵/۳±۶/۴۴ و CCBT (از ۱۱/۱±۲۷ به ۹/۳۷±۹/۸)، شدت کاهش در گروه RCBT بیش‌تر بود(P<۰/۰۰۰۵). - بهبود بهزیستی مذهبی در هر دو گروه (P<۰/۰۰۵) - تشابه میزان رضایت از درمان بین دو گروه RCBT (۱/۰±۴/۷) و CCBT (۱/۳± ۴/۵)
Propst/ ۱۹۹۲/ (۴۱)	استرالیا	RCT	آقایان و خانم‌های مبتلا به افسردگی از جامعه همگون مسیحیان، میانگین سنی ۴۰ (n=۵۹)	جلسات RCT و PCT، هر کدام به مدت ۱ ساعت به مدت ۱۲ هفته	جلسات CCBT، هر کدام به مدت ۱ ساعت؛ وجود یک گروه انتظار به مدت ۱۲ هفته	آزمون افسردگی بک (BDI)	- کاهش معنادار نمره علائم افسردگی در هر یک از دو گروه RCBT و CCBT در مقایسه با گروه انتظار (P<۰/۰۱) -بیش‌تر بودن میزان کاهش نمرات افسردگی همیلتون‌در در گروه RCBT در مقایسه با گروه RCBT (P<۰/۰۲)

RCT: کارآزمایی بالینی تصادفی،

RCBT: درمان شناختی رفتاری مذهب محور،

CCBT: درمان شناختی رفتاری معمول،

DSE: تجارب معنوی روزانه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]

بحث

گزارش حاضر، اولین مقاله فارسی مرور نظام‌مند نتایج مطالعات اولیه با موضوع اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب محور در بهبود علائم افسردگی می‌باشد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که CBT مذهب محور در کاهش علائم افسردگی موثر است. نتایج مطالعه Santero و همکاران تقریبا همراستا با یافته مطالعه حاضر است. این پژوهشگران در بازه زمانی ۲۰۱۲-۲۰۱۱ به سنجش متغیرهای شدت افسردگی و میزان مذهبی بودن افراد با ابعاد اعتقاد به مذهب و شرکت در فعالیت‌های مذهبی در۷۵۲۴ شرکت‌کننده ۷۴-۳۵ ساله با نمونه‌گیری تصادفی در چهار شهر آمریکای لاتین (باریلوچه و مارکوس پاز، آرژانتین؛ تموکو، شیلی؛ و پاندو- باروس بلانکوس، اروگوئه) پرداختند. نتایج نشان داد که پس از کنترل عوامل مخدوش‌کننده، زنان مسن (بیش از ۶۵ سال) که وابستگی مذهبی را گزارش کردند، ۷۰ درصد احتمال کم‌تری برای دوره افسردگی اساسی (MDE) داشتند (OR: ۰/۳ ؛ ۹۵٪ CI، ۰/۱، ۰/۸). علاوه بر این در این گروه، زنانی که بیش از یک‌بار در هفته در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کردند در مقایسه با «هرگز» ۵۰ درصد احتمال کم‌تری برای داشتن MDE داشتند (OR:۰/۵ ؛ ۹۵ درصد فاصله اطمینان (CI :۰/۳ ، ۰/۹). هیچ ارتباطی بین فعالیت‌های مذهبی و افسردگی در مردان یافت نشد. علاوه براین، یک ارتباط معکوس بین دینداری و افسردگی را فقط در زنان نشان داد که در سالمندان قوی‌تر است(۴۸). این پژوهشگران بیان داشتند که دینداری ممکن است عامل مرتبطی باشد که ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند هنگام بررسی افسردگی در بیماران خود در نظر بگیرند. هم‌چنین Anderson و همکاران در این راستا در مطالعه‌ای نشان دادند که CBT سازگار با ایمان ممکن است از هر دو شرایط کنترل و CBT استاندارد در درمان افسردگی بهتر عمل کند. از نظر آماری، اندازه اثر در حد متوسط بود. با این حال، از آن‌جایی که همه مطالعات در معرض خطر بالای سوگیری‌های مختلف (به‌ویژه، وفاداری محقق) بودند، در تفسیر این نتیجه احتیاط قابل توجهی لازم است(۴۹). هم‌چنین، Marques و همکاران نشان دادند که مداخلات مبتنی بر مذهب به‌طور موثر علائم افسردگی را در میان افراد آسیب‌پذیر مبتلا به بیماری مزمن پزشکی، زنان باردار، بیماران همودیالیزی، ساکنان خانه سالمندان، افراد مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی یا دیس‌تایمی و بیماران جراحی پیوند عروق کرونر کاهش داد(۵۰).

در خصوص چگونگی تاثیر CBT مذهب محور بر کاهش افسردگی نکات پیش رو قابل توجه است: افراد دچار مشکلات روانشناختی یا جسمانی، با درمان شناختی رفتاری مذهب محور به این باور می‌رسند که بیماریشان، مرحله‌ای از مراحل زندگی است که باید سپری شود. قدرت ماورایی مذهب حتی به رنج‌ها و بیماری فرد بیمار نیز معنا می‌بخشد(۳۱). نکته دیگر این‌که معمولاً در بیماران و خانواده‌های مذهبی اعتماد و امید نسبت به مداخلات معنوی وجود دارد و بنابراین تاثیرپذیری سلامت روان از مذهب قابل انتظار است(۵۲،۵۱). از سویی دیگر شواهد علمی نشان داده‌اند که مداخلات روانشناختی سازگار با فرهنگ و بیمار محور که به خواسته‌ها، نیازها و علائق افراد توجه نموده موجب ارتباط بهتری با بیمار شده و اثربخشی بیش‌تری دارند(۵۴،۵۳). در همین راستا روان درمانی حاوی محتوای مذهبی و فرهنگی می‌تواند در بهبود علائم افسردگی کارساز بوده و نوعی از روان درمانی استاندارد در نظر گرفته شود(۵۵،۱۴). هم‌چنین طبق نتیجه‌گیری Smith و همکاران(۲۰۰۳)، مذهب و عضویت در جوامع مذهبی با ایجاد حس تعلق خاطر زمینه را برای حمایت اجتماعی فراهم ساخته و بنابراین می‌تواند رویکردی برای درمان افسردگی باشد(۵۶).

از دیگر یافته‌های این مرور نظام مند مشابه بودن میزان تاثیر CBT مذهب محور با CBT مرسوم بود. به نظر می‌رسد یکسان بودن اصول درمان‌شناختی رفتاری در این دو نوع مداخله علت این یافته باشد. Hook و همکاران (۲۰۱۰)، در یک مقاله مروری راجع به

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]

درمان‌های روانشناختی با رویکرد معنوی و مذهب محور نتیجه گیری مشابهی داشتند(۵۷). نتایج مرور نظام‌مند Paukert و همکاران (۲۰۱۱)، راجع به تاثیر روان‌درمانی سازگار با مذهب بر یهبود افسردگی و اضطراب نیز این موضوع را تایید می کند(۵۸).

Koenig و همکاران(۲۰۱۵)، بیان داشتند که CBT مرسوم نیز دارای مولفه ها و مداخلاتی با ریشه معنوی مانند تمرکز بر بخشندگی، سخاوت و درگیر شدن در فعالیت‌های نوع‌دوستانه است که از این نظر با رویکرد CBT مذهب محور همپوشانی دارد(۳۱). درمطالعه Stanley و همکاران(۲۰۱۱)، بیش از ۸۰ درصد شرکت‌کنندگان ترجیح دادند که مذهب و معنویت جزیی از برنامه روان درمانی برای بهبود افسردگی و اضطراب باشد(۵۹). نکته دیگر این‌که رویکرد مذهبی می‌تواند شناخت افراد و در نتیجه احساسات و رفتار فرد را تغییر دهد. فردی که قبلا غیرقابل کنترل تلقی می‌شد قادر است با توسل به خداوند متعال، در کنار سایر روش‌های شناختی- رفتاری، تسلط بیش‌تری روی احساس و رفتار خود داشته باشد(۶۰). از سویی دیگر اعتقادات مذهبی به هدفمند بودن در زندگی کمک نموده و افراد با عنایت ذات باری تعالی می‌توانند شرایط غیر قابل پیش‌بینی را کنترل کنند؛ با چنین دیدگاهی CBT مذهب محور می‌تواند برای بهبود افسردگی مفید باشد(۶۱).

لازم به یادآوری است که CBT مبتنی بر مذهب، در بهبود شدت افسردگی در افراد افسرده ثانویه به بیماری اولیه موثر بوده است. یافته های کارآزمایی بالینی Degillo و همکاران (۲۰۲۰)، نشان داد که اجرای CBT مذهب محور موجب کاهش نمره خلق افسرده، خرده مقیاسی از شاخص بهزیستی روانشناختی، در بیماران مبتلا به ایدز شد(۲۵).

یافته‌های این مرور نظام مند نشان داد که به‌طور کلی درمان شناختی رفتاری مذهب محور در بهبود افسردگی موثر است. هم‌چنین این مداخله روانشناختی برای بهبود کیفیت زندگی، افزایش هدفمندی در زندگی، تغییر نگرش‌های ناسالم، کاهش افکار خودکشی و افزایش بهزیستی روانی و معنوی در بیماران افسرده مفید به نظر می‌رسد.

پیشنهاد می شود مطالعات تجربی با حجم نمونه بیش تر و متنوع تری از بیماران افسرده جهت بررسی نقش متغیر جنسیت و انواع اختلالات افسردگی در زمینه کارایی مداخله CBT مذهب محور بر کاهش شدت افسردگی طراحی و اجرا شوند. همچنین انجام مطالعات جامعی برای دستیابی به نتایج دقیق تر در مورد مقایسه میزان اثربخشی CBT مرسوم و CBT مذهب محور در بهبود افسردگی توصیه می‌شود.

محدودیت‌های مطالعه

به دلیل ناهمگون بودن داده‌ها متا آنالیز انجام نشد. علاوه براین، بررسی مقالات جستجوشده و یا منتخب برای مطالعه مرور نظام‌مند فعلی نشان داد که ارزیابی کارایی درمان CBT مذهب محور بر بهبود افسردگی بیش‌تر مربوط به انواع اختلال افسردگی ماژور و افسرده خویی بود. هم‌چنین بیش‌ترین نمونه‌ها از بین جمعیت زنان بودند. محدود شدن زبان مقالات بررسی‌شده به فارسی و انگلیسی از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود.

تضاد منافع:

پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضادی با منافع فرد، گروه و یا سازمان خاصی ندارد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر توسط دانشگاه علوم پزشکی البرز حمایت شده است. این مطالعه توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی البرز با کد اخلاق IR.ABZUMS.REC.1401.101 تایید شده است.

از دانشگاه علوم پزشکی البرز تشکر و قدردانی می گردد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]

References

1. Rodgers A, Vaughan P. The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
2. WHO. Depression and Other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. Team HP, Usher T. Bibliotherapy for depression. Aust Fam Physician 2013; 42(4): 199-200.
4. Teh CK, Ngo CW, binti Zulkifli RA, Vellasamy R, Suresh K. Depression, anxiety and stress among undergraduate students: A cross sectional study. Open J Epidemiol 2015; 5(04): 260-268.
5. WHO. Depression. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. Gharraee B, Tajrishi KZ, Sheybani F, Tahmasbi N, Mirzaei M, Farahani H, et al. Prevalence of major depressive disorder in the general population of Iran: A systematic review and meta-analysis. Med J Islam Repub Iran 2019; 33(1): 926-934 (Persian).
7. Baker CB, Johnsrud MT, Crismon ML, Rosenheck RA, Woods SW. Quantitative analysis of sponsorship bias in economic studies of antidepressants. Br J Psychiatry 2003; 183: 498-506.
8. O'Leary OF, Dinan TG, Cryan JF. Faster, better, stronger: towards new antidepressant therapeutic strategies. Eur J Pharmacol 2015; 753: 32-50.
9. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. Can J Psychiatry 2013; 58(7): 376-385.
10. Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. PloS One 2014; 9(6): e100100.
11. Repique GT, Gayoles LAM. The Effect of Spiritually Informed Cognitive Behavioral Therapy (SICBT) Group Counseling on Students' Psychological Well-Being. Philippine Social Science Journal 2019; 2(2): 37-52.
12. Koenig HG. Religious versus conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: rationale, methods, and preliminary results. Depress Res Treat 2012; 2012: 460419.
13. Hamid N, Dehghanizadeh Z, Bayghi A. A study of the effect of religion-based cognitive-behavior therapy on depression in divorced women. Family Counseling & Psychotherapy 2011; 1(1): 54-64 (Persian).
14. Razali S, Hasanah C, Aminah K, Subramaniam M. Religious—sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32(6): 867-872.
15. Pearce MJ, Koenig HG, Robins CJ, Nelson B, Shaw SF, Cohen HJ, et al. Religiously integrated cognitive behavioral therapy: a new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. Psychotherapy 2015; 52(1): 56-66.
16. Steinfeld B, Scott J, Vilander G, Marx L, Quirk M, Lindberg J, et al. The role of lean process improvement in implementation of evidence-based practices in behavioral health care. J Behav Health Serv Res 2015; 42(4): 504-518.
17. Lambert NM, Dollahite DC. The threefold cord: Marital commitment in religious couples. J Fam Issues 2008; 29(5): 592-614.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]

18. Post BC, Wade NG. Religion and spirituality in psychotherapy: A practice-friendly review of research. J Clin Psychol 2009; 65(2): 131-146.
19. Javadi BS, Afrooz G, Hosseinian S, Gholamali Lavasani M. The effectiveness of religious-based communication skills and emotional interactions on marital satisfaction. J Fam Psychol 2021; 2(2): 3-14.
20. Arai Y, Okajima Y, Kotani K, Tamba K. Prognostication based on the change in the palliative prognostic index for patients with terminal cancer. J Pain Symptom Manage 2014; 47(4): 742-747.
21. Jafari E. Spiritual predictors of mental health in nurses: the meaning in life, religious well-being and existential well-being. Nursing and Midwifery Journal 2015; 13(8):676-684 (Persian).
22. Salehi I, Mosalman M. Evaluation of the relationship between religious attitude and depression, anxiety and stress in students of Guilan University. J RH 2015; 3(1): 57-64 (Persian).
23. Sterne JA, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ 2019; 366: l4898.
24. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. BMJ 2016; 355: i4919.
25. Degillo JLL, Gayoles LAM. The effect of religiously integrated cognitive behavioral therapy on the psycho-spiritual well-being of people living with HIV. Philippine Social Science Journal 2020; 3(3): 33-43.
26. Pearce MJ, Koenig HG, Robins CJ, Daher N, Shaw SF, Nelson B, et al. Effects of religious versus conventional cognitive-behavioral therapy on gratitude in major depression and chronic medical illness: A randomized clinical trial. Journal of Spirituality in Mental Health 2016; 18(2): 124-144.
27. Koenig HG, Pearce M, Nelson B, Shaw S, Robins C, Daher N, et al. Effects of religious vs. standard cognitive behavioral therapy on therapeutic alliance: A randomized clinical trial. Psychother Res 2016; 26(3): 365-376.
28. Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Mousavi SG, Asadollahi GA, Nasiri H. Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. Adv Biomed Res 2013; 2(2): 53 (Persian).
29. 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): 282-291 (Persian).
30. Tulbure BT, Andersson G, Sălăgean N, Pearce M, Koenig HG. Religious versus conventional internet-based cognitive behavioral therapy for depression. J Relig Health 2018; 57(5): 1634-1648.
31. 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. J Nerv Ment Dis 2015; 203(4): 243-251.
32. Hawkins RS, Tan SY, Turk AA. Secular versus Christian inpatient cognitive-behavioral therapy programs: Impact on depression and spiritual well-being. J Psychol Theol 1999; 27(4): 309-318.
33. Bayanzadeh S, Bolhary J, Dadfar M, Karimi Keisomi I. Effectiveness of cognitive-behavioral

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]

religious-cultural therapy in improvement of obsessive-compulsive patients. RJMS 2005; 11(44): 913-923.

34. Hashemi Z. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Based on Religious Attitudes and metacognitive Therapy in Students with Suicidal Thoughts. Journal of Modern Psychological Researches 2020; 15(59): 14-29 (Persian).
35. Sani ZB, Nasiri H. Effects of religion oriented cognitive group psychotherapy on decrease of depression and anxiety of the inpatients with mood disorder at isfahan norr medical center. Isfahan: Isfahan Univ Med Sci; 2001 (Persian).
36. Hosseini SH, Rafiei A, Janbabai G, Tirgari A, Zakavi A, Yazdani J, et al. Comparison of Religious Cognitive Behavioral Therapy (RCBT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT) And Citalopram On Depression and Anxiety Among Women with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. Pharmacophore 2018; 9(3): 37-47.
37. Hamid N, Kaviany Brojeny A. Effectiveness of cognitive behavioral therapy based on religion on depression and quality of life in patients with HIV/AIDS. J Gorgan Univ Med Sci 2016; 18(2): 69-76 (Persian).
38. Daher N, Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Shaw SF, Berk LS, et al. Effects of religious vs. conventional cognitive-behavioral therapy on generosity in major depression and chronic medical illness: A randomized clinical trial. Int J Psychol Psychol Ther 2016; 6(1): 16.
39. Alagheband M, Mazloomy Mahmoodabad SS, Yassini Ardekani SM, Fallahzadeh H, Rezaei MR, Yavari MR, et al. The impact of religious cognitive behavioural therapy (RCBT) on general health among Iranians. Mental Health, Religion & Culture 2019; 22(1): 73-81 (Persian).
40. Pearce MJ, Koenig HG. Spiritual struggles and religious cognitive behavioral therapy: a randomized clinical trial in those with depression and chronic medical illness. J Psychol Theol 2016; 44(1): 3-15.
41. 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. J Consult Clin Psychol 1992; 60(1): 94-103.
42. Koenig HG, Pearce M, Nelson B, Shaw S, Robins C, Daher N, et al. Effects of religious vs. standard cognitive behavioral therapy on therapeutic alliance: A randomized clinical trial. Psychother Res 2016; 26(3): 365-376.
43. Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Erkanli A. Effects on daily spiritual experiences of religious versus conventional cognitive behavioral therapy for depression. Journal Of Religion And Health 2016; 55(5): 1763-1777.
44. Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Daher N. Effects of religious versus standard cognitive-behavioral therapy on optimism in persons with major depression and chronic medical illness. Depress Anxiety 2015; 32(11): 835-842.
45. Berk LS, Bellinger DL, Koenig HG, Daher N, Pearce MJ, Robins CJ, et al. Effects of religious vs. conventional cognitive-behavioral therapy on inflammatory markers and stress hormones in major depression and chronic medical illness: A randomized clinical trial. Open Journal of Psychiatry 2015; 5(03): 238-259.
46. 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. J

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]

Nerv Ment Dis 2015; 203(4): 243-251.

47. Hamid N, Dehghanizadeh Z, Aedi Bayghi M. A Study of the Effect of Religion-Based Cognitive-Behavior Therapy on Depression in Divorced Women. Family Counseling and Psychotherapy 2011; 1(1): 54-64 (Persian).
48. Santero M, Daray FM, Prado C, Hernández-Vásquez A, Irazola V. Association between religiosity and depression varies with age and sex among adults in South America: Evidence from the CESCAS I study. PLoS One 2019; 14(12): e0226622.
49. Anderson N, Heywood-Everett S, Siddiqi N, Wright J, Meredith J, McMillan D .Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2015; 176: 183-196.
50. Marques A, Ihle A, Souza A, Peralta M, de Matos MG. Religious-based interventions for depression :A systematic review and meta-analysis of experimental studies. J Affect Disord 2022; 309: 289-296.
51. Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. J Relig Health 2013; 52(2): 657-673.
52. Pramesona BA, Taneepanichskul S. The effect of religious intervention on depressive symptoms and quality of life among Indonesian elderly in nursing homes: A quasi-experimental study. Clin Interv Aging 2018; 13: 473-483.
53. Cole B, Pargament K. Re-creating your life: a spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. Psychooncology 1999; 8(5): 395-407.
54. Smith TB, Bartz J, Richards PS. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. Psychother Res 2007.
55. Azhar MZ, Varma SL. Religious psychotherapy as management of bereavement. Acta Psychiatr Scand 1995; 91(4): 233-235.
56. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. Psychol Bull 2003; 129(4): 614-636.
57. Hook J, Worthington E, Davis D, Jennings DJ, Gartner AL, Hook JP. Empirically supported religious and spiritual therapies. J Clin Psychol 2010; 66(1): 46-72.
58. Paukert AL, Phillips LL, Cully JA, Romero C, Stanley MA. Systematic review of the effects of religion-accommodative psychotherapy for depression and anxiety. J Contemp Psychother 2011; 41(2): 99-108.
59. Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phillips LL, Barber CR, et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. Aging & Mental Health 2011; 15(3): 334-343.
60. Seidi M, Pour Ebrahim T, Bagherian F, Mansour L. The relationship between spirituality and resilience of families, the quality of communication in family mediation. Psychological Methods and Models 2011; 2(5): 63-79 (Persian).
61. Mashak R, Naderi F, Chinaveh M. The Comparison Of Effectiveness Of Religion Based On Cognative Behavior And Positive Therapy On Self Compassion, Perception Of Suffering Of Infertile Women. IJPN 2021; 9(4): 37-48 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-04]