MEJDS. 2019; 9:65.
Published online 2019 Nov. **Systematic Review-Meta Analysis**

Spirituality and religion approaches on depression symptoms A Meta-analysis

*Dastani M[1], Roshan R[2], Janbozorgi M[3], Shaeiri MR[4], Aghaei E[5]

Author Address
1. Ph.D in clinical psychology, Shahab Danesh University, Qom, Iran;
2. PhD in Psychology, Shahed University, Tehran, Iran;
3. PhD in Psychology, Department of Medicine, Research Institute of Hawzah and University, Qom, Iran;
4. PhD in Psychology, Shahed University, Tehran, Iran;
5. Ph.D Student, Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author's E-mail:** mdastani63@yahoo.com

Received: 2017 October 22; **Accepted**: 2017 December 26

Abstract

Background & Objective: Depression is the most common psychiatric disorder that has been increasing over the past fifty years and is considered the most common cause of hospitalization. Mainly, depressed people are self–assimilated and self–assertive, attention is paid to the positive effects of religion and spirituality is essential in the prevention and treatment of mental disorders. The present study aimed to investigate the effect of religious–spiritual approaches on decreasing depression syndromes in Iran using a meta–analysis model.

Methods: This research was a review study. The statistical population consisted of theses and research published in scientific and research journals that have been conducted over the past twelve years (2004–2015) in the field of spirituality and religion–based depression approaches in Iran. In this research, 13 articles that had criteria for entry, and they had an adequate sample size and methodologically. Sources of research in the present study consisted of Master's and Ph.D. thesis of Universities, scientific–research journals in the field of psychology, information resources of the Jihad University, and documents center of Iran. The search keywords included treatment, psychotherapy, intervention, psychotherapy, education, counseling, spirituality, spiritual, religious, depressed, and depression. Including criteria for the meta–analysis were experimental and quasi–experimental research; with at least one experimental group; measurement tools were sufficient reliability and validity; the topic of research had religion–based approaches and spirituality in depression; the study conducted in the form of group research; in–person intervention (without internet and telephone). A content analysis checklist was used to selected research papers with inclusion criteria and extracting the necessary information to perform their meta–analysis. The checklist included the following components: title of research on depression, full details of the executives, had study year, implementation of the study, hypotheses, data collection tools, statistical population and sample size. A significance level of tests that used in this research was performed based on Kuhn's meta–analysis steps. The data was analyses by CMA2 software.

Results: The best estimate for impact of spirituality and religion–based approaches on depression was 0.48, which was roughly high according to the Cohen's (1988) coefficient of interpretation (spirituality–based approaches and religion had a modest effect on depression).

Conclusion: Discrepancies are effective interventions to reduce depression; it seems that a meta–analysis will help clarify the actual impact of interventions on depression symptoms and will determine the degree of effectiveness. Overall, the results of this study showed that spiritual and behavioral therapies could be effective in reducing the symptoms of depression, but a closer examination of the study revealed the basic difficulties in reporting and the quality of their performance. It seems that conducting accurate research based on the theoretical, scientific background, using authoritative sources related to the teachings, concepts of religion, Islamic culture treatment of depression is essential. It is necessary to study on validity and effectiveness of the procedure and to compare its efficacy with standard golden treatment. It can be said that multi–drug therapy needs to design to Iranian–culture that can increase the effectiveness of secular remedies on Iranian society. Based on these findings, therapists could select and execute treatment patterns appropriate to the problems encountered, and to achieve better and more reliable outcomes.

Keywords: Review, Depression, Spirituality and Religion–Based Approaches.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۶۵.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۸ مقاله مروری نظام‌مند ـ فراتحلیل

تعیین اثربخشی رویکردهای مبتنی بر معنویت و مذهب بر میزان نشانه‌های افسردگی یک مطالعهٔ متاآنالیز

*محبوبه داستانی[۱]، رسول روشن[۲]، مسعود جان‌بزرگی[۳]، محمدرضا شعیری[۴]،الهام آقایی[۵]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهاب دانش، قم، ایران؛
۲. دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران؛
۳. دکتری روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران؛
۴. دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران؛
۵. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: mdastani63@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳۰مهرماه۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۵دی‌ماه۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی از بیماری‌های روانی بسیار شایع است. به‌منظور درمان و جلوگیری از عود مکرر این بیماری لازم است اطلاعاتی دربارهٔ روش‌های درمان و میزان تأثیری که این درمان‌ها دارند، کسب کرد. دراین‌باره، فراتحلیل با یکپارچه‌کردن نتایج حاصل از انجام‌دادن تحقیقات مختلف، میزان آثار روش‌های درمان را مشخص می‌کند. پژوهش حاضر نیز بر آن بود تا با استفاده از الگوی پژوهشی فراتحلیل، میزان اثرگذاری رویکردهای مبتنی بر معنویت و مذهب را بر کاهش نشانه‌های افسردگی بررسی کند.

روش‌بررسی: کلیدواژه‌های جست‌وجوشده شامل درمان، روان‌درمانی، مداخله، روان‌درمانگری، آموزش، مشاوره، معنویت، معنوی، مذهبی، افسرده و افسردگی بود. ملاک‌های ورود برای فراتحلیل عبارت بودند از: ۱.پژوهش‌ها به‌صورت آزمایشی و شبه‌آزمایشی باشد؛ ۲. حداقل یک گروه آزمایشی وجود داشته باشد؛ ۳.ابزارهای اندازه‌گیری از پایایی و روایی کافی برخوردار باشد؛ ۴. موضوع پژوهش رویکردهای مبتنی بر مذهب و معنویت در افسردگی باشد؛ ۵. بررسی در قالب پژوهش گروهی صورت گرفته باشد (موردی نباشد)؛ ۶.مداخلات حضوری باشد (اینترنتی، تلفنی یا... نباشد). بدین منظور، سیزده پژوهش که از لحاظ روش‌شناختی موردقبول بود، انتخاب شد و فراتحلیل بر روی آن‌ها انجام گرفت. ابزار پژوهش عبارت بود از: چک لیست تحلیل محتوا و نرم‌افزار CAM2.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد اندازهٔ اثر رویکردهای مبتنی بر مذهب و معنویت بر کاهش نشانه‌های افسردگی ۰/۸۵ بود ($p<$۰/۰۰۱) این اندازهٔ اثر مطابق جدول کوهن در حد بالا ارزیابی شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به بافت فرهنگی و اجتماعی ایران، اندازهٔ کارایی درمان‌های مبتنی بر معنویت و مذهب، در کاهش نشانه‌های افسردگی مشخص شد. بنابراین بهتر است درمانگران در درمان‌های خود بافت فرهنگی و مذهبی جامعه را نیز در نظر بگیرند.

کلیدواژه‌ها: فراتحلیل، افسردگی، رویکردهای مبتنی بر معنویت و مذهب.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]

۱ مقدمه

افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی است که به‌تازگی نیز رو به افزایش است. اختلال افسردگی به‌دلیل گسترش و شیوع فراوانی که در میان مراجعان در روان‌شناسی دارد، سرماخوردگی روان‌پزشکی نامیده می‌شود. در ایالات متحده افسردگی به‌عنوان سرماخوردگی روانی نامیده شده است؛ ولی همیشه در همین حد سرماخوردگی روانی باقی نمی‌ماند و از این حد فراتر می‌رود و درمان‌های جدی روان‌شناختی را می‌طلبد. به‌دلیل اینکه این اختلال در طولانی‌مدت پابرجا می‌ماند و علائم آن همهٔ ابعاد زندگی را شامل می‌شود، معمولاً مراجع از بیماربودن خود آگاه نیست و مشکل خود را گزارش نمی‌کند. ممکن است بیمار بگوید: «من همیشه این‌طوری هستم»؛ ولی دیگران آن‌ها را آدم‌هایی با خلق گرفته و غمگین توصیف می‌کنند (۱). مطالعات متعدد از رابطهٔ بین افسردگی و میزان بالاتر مرگ زودهنگام حکایت می‌کنند (۲). خلق افسرده و فقدان علاقه و لذت، از علائم کلیدی افسردگی به شمار می‌رود. فرد افسرده ممکن است اظهار کند که احساس غم و پوچی و بی‌ارزشی می‌کند. برای بیمار خلق افسرده غالباً کیفیتی ویژه دارد که با غمگینی معمولی متفاوت است. برخی از بیماران آن را یک درد روحی توان‌فرسا توصیف می‌کنند. بیماران افسرده گاهی از ناتوانی برای گریه‌کردن شکایت می‌کنند. این علامتی است که با بهبودی بیماری از بین می‌رود. تقریباً همهٔ بیماران افسرده از کاهش انرژی که باعث بروز اختلال در کارکرد تحصیلی و حرفه‌ای و کاهش انگیزه برای انجام‌دادن طرح‌های تازه می‌شود، شکایت می‌کنند (۱). بر اساس یک مطالعهٔ مشترک که توسط دانشکدهٔ بهداشت عمومی هاروارد و سازمان بهداشت جهانی در ۱۹۹۰ انجام گرفت، افسردگی علت عمدهٔ ناتوانی در جهان است و در سال ۲۰۲۰ انتظار می‌رود که پس از بیماری‌های قلبی، دومین علت عمدهٔ ناتوانی در جهان باشد. شیوع افسردگی در طول زندگی در امریکا به‌میزان ۲۰ درصد در زنان و ۱۰ درصد در مردان است (۳). بزرگ‌ترین مطالعهٔ همه‌گیرشناسی در ایران در یک نمونهٔ ۳۵هزار و ۱۴نفری از سراسر کشور نیز نشان داد که ۲۱درصد از افراد موردمطالعه علائم افسردگی را دارند (۴). در سبب‌شناسی این اختلال از عوامل مختلفی یاد کرده‌اند که عوامل زیست‌شناختی، توارث و عوامل روانی و اجتماعی از آن جمله‌اند. متناسب با سبب‌شناسی این اختلال، شیوه‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است. از جملهٔ این درمان‌ها علاوه بر دارودرمانی، به درمان شناختی‌رفتاری، درمان‌های مبتنی بر معنویت و مذهب، درمان منطقی، هیجانی، رفتاری الیس، روان‌درمانی بین فردی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توان اشاره کرد (۵). در حالی که درمان‌های روان‌شناختی برای افسردگی مؤثر شناخته می‌شوند، موانع متعددی در ارجاع و متابعت و پیگیری افراد مبتلا به اختلال افسردگی وجود دارد. وقتی افراد مذهبی افسرده می‌شوند، ممکن است باورهای آن‌ها با پذیرش و متابعت در برابر درمان‌های سنتی به‌ویژه روان‌درمانی تداخل کند. بسیاری از این بیماران به روان‌درمانگری‌های مرسوم بی‌میل‌اند؛ زیرا آن را ناموافق با باورهای مذهبی‌شان ادراک می‌کنند (۶). همچنین مراجعان مذهبی ممکن است احساس کنند جست‌وجوی درمان به‌معنی رهاکردن ایمانشان به‌خاطر درمان‌های مرسوم است. در نهایت، اشخاص مذهبی ممکن است به‌خاطر افسرده‌بودن احساس گناه یا شرمندگی کنند و در نتیجه از مطرح‌کردن آن و جست‌وجوی حمایت اجتناب کنند (۳). با توجه به اینکه موضوع خدا از جمله تفکرات اساسی مذهبی است و در رأس موضوعات مذهبی قرار دارد، در بین روان‌شناسان گرایش‌هایی پیدا شده است مبنی بر اینکه در ایمان به خدا، نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان متدین می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی به او کمک می‌کند و انسان را از نگرانی و اضطرابی که اکنون بسیاری در معرض ابتلای آن هستند، دور می‌کند. مطالعات معنویت در روان‌شناسی، در سطح جهان موضوعی جدی و اساسی است و توجه به آن در بسیاری از کشورها در حال افزایش است (۷). امروزه بسیاری از پزشکان ایمان و معنویت را به‌عنوان یک منبع مهم در سلامت جسمی و بهبود افراد می‌شناسند؛ به‌گونه‌ای که آن‌ها اغلب ضروری می‌دانند که در فرایند درمان به مسائل معنوی بیماران توجه کنند. اعتقادات دینی و مذهبی، عاملی برای آرامش روانی در نظر گرفته می‌شود و نداشتن مذهب با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی مرتبط است (۸). پژوهش‌ها نشان داده که مداخلات معنوی بر سلامت روان و کاهش افسردگی مرتبط بوده است. یافته‌های دیگر نیز نشان داده است که مداخلات مذهبی و معنوی، به‌دلیل تأثیر بازدارندگی معنویت و مذهب در برابر ابتلا به اختلالات روانی، به‌خوبی می‌توانند از سلامت روان افراد در برابر افسردگی و اضطراب محافظت کنند (۹،۱۰). اکسلاین و همکاران (۸) نشان دادند که افراد با تصویر ذهنی مثبت به خدا از مقابله‌های روان‌شناختی بالایی برخوردارند و موقعیت‌ها را به‌صورت مثبت ارزیابی می‌کنند؛ در حالی که افراد افسرده اغلب ارزیابی منفی از موقعیت‌ها دارند.

ابورعیا و همکارن (۱۱) در بررسی درگیری‌های مذهبی‌معنوی میان مسلمانان در خداپندارهٔ مثبت و بنیادگرایی، سطح پایین‌تر و خداپندارهٔ منفی و عمومیت، سطح بالاتر درگیری‌ها را پیش‌بینی می‌کردند. آن‌ها با کنترل متغیرهای مذهبی دریافتند که نشانه‌های افسردگی و اضطراب تعمیم‌یافته، با درگیری‌های مربوط به ذات تنبیه‌کننده و هدف غایی قابل‌پیش‌بینی است. نگوین و زاکرمن (۱۲) ارتباط خداپنداره با عبادات مذهبی و شیوهٔ مقابله با افسردگی در زنان را بررسی کردند و دریافتند بین نشانه‌های افسردگی با تصویر خدای رابطه‌مدار و فراهم‌کننده در زنان، رابطهٔ منفی و با تصویر خدای فرمانروا و خالق، رابطهٔ مثبت وجود دارد.

درمان‌های مبتنی بر مذهب و معنویت، یکی از روش‌های درمانی مناسب برای کاهش افسردگی است. در مطالعات جدید، افکار غیرمنطقی و انواع نگرش‌های منفی مهم‌ترین عامل افسردگی شمرده شده‌اند (۱۳). تردید به الطاف خداوندی و ناخشنودی از زندگی و نعمت‌های آن، نپذیرفتنِ واقعیت و خیال‌پردازی، داشتن نگرش منفی به اطرافیان و تأسف شدید به‌سبب فقدان، امری مهم است (۸). دین‌داری، سازه‌ای پیچیده است که می‌تواند آثار چندگانه‌ای بر سلامت روانی داشته باشد. محققان مختلف گزارش می‌کنند که از مشاوره و روان‌درمانی دین‌مدار می‌توان برای کاهش مشکلات روانی و افزایش سلامت روان استفاده کرد (۱۳).

با توجه به اینکه افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی است که در ضمن

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]

پنجاه سال گذشته رو به فزونی بوده است و به‌سبب اینکه از شایع‌ترین علل بستری‌شدن شمرده می‌شود و از آنجا که افراد افسرده دچار خودکم‌بینی و ناارزنده‌سازی خویشتن می‌شوند، توجه به تأثیر مثبت مذهب و معنویت در پیشگیری و درمان اختلالات روانی ضروری است.

در دو بررسی فراتحلیل (۱۴/۱۵)، میزان تأثیر درمان‌های شناختی‌رفتاری و درمان‌های روان‌شناختی بر نشانه‌های افسردگی، در حد کم گزارش شد (d=۰/۳۴ و d=۰/۳۷). در بررسی فراتحلیل دیگری نیز بر روی نوجوانان (۱۶)، میزان اثر درمان‌های شناختی‌رفتاری، در حد متوسط (d=۰/۵۳) بیان شد. در یک بررسی فراتحلیل در ایران توسط آقایی و همکاران (۱۷)، میزان تأثیر درمان‌های شناختی‌رفتاری بر میزان افسردگی در حد کم گزارش شد (d=۰/۴۷).

از جمله پژوهش‌هایی که در زمینهٔ رویکردهای معنوی و مذهبی در درمان افسردگی در کشور انجام شده است، می‌توان به پژوهش‌های بوالهری و همکاران (۱۸)، ترقی‌جاه و همکاران (۱۹)، حمید و همکاران (۲۰)، قهاری و همکاران (۲۱)، مهرابی‌زاده و همکاران (۲۲)، نوغانی و همکاران (۲۳)، بهرامی و همکاران (۲۴)، حمدیه (۲۵)، ابراهیمی (۲۶) و فتاحی (۲۷) اشاره کرد.

با توجه به ناهم‌خوانی‌هایی که در نتایج تحقیقات مربوط به اثربخشی مداخلات در کاهش افسردگی وجود دارد، به نظر می‌رسد که انجام یک فراتحلیل به روشن‌ساختن مقدار واقعی تأثیر مداخلات بر نشانه‌های افسردگی کمک خواهد کرد و میزان اثربخشی مشخص خواهد شد، به‌عبارتی روشن‌تر با انجام‌دادن فراتحلیل می‌توان دیدگاه کلی‌تری از کارایی این الگوی درمانی در کشور به دست آورد. در واقع این تحقیق با استفاده از روش فراتحلیل[1] در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که اثربخشی رویکردهای مبتنی بر مذهب و معنویت بر کاهش نشانه‌های افسردگی در کشور چقدر است. فراتحلیل تکنیکی آماری است که به‌جای یک فرضیهٔ پژوهشی خاص، به ترکیب اندازهٔ آثار[2] حاصل از انجام‌دادن پژوهش‌های مختلف می‌پردازد. این روش امکان آزمایش فرضیه‌ای را به پژوهشگر می‌دهد که در مطالعات مختلف مطرح شده و مورد آزمایش قرار گرفته است، اما نتایج مختلف و متضادی را به دست داده است. فراتحلیل به پژوهشگران این امکان را می‌دهد که یافته‌های حاصل از انواع مطالعات منتشرشده و منتشرنشده را دربارهٔ یک پرسش پژوهشی خاص تحلیل کنند (۲۸). با توجه به مطالب فوق، پژوهش حاضر نیز بر آن شد تا با استفاده از الگوی پژوهشی فراتحلیل، میزان اثرگذاری رویکردهای مبتنی بر مذهب و معنویت را بر کاهش نشانگان افسردگی در پژوهش‌های انجام‌شده در ایران بررسی کند.

۲ روش بررسی

در این تحقیق با توجه به هدف پژوهش، از روش «فراتحلیل» استفاده شده است. اندازهٔ اثر نشان‌دهندهٔ میزان یا درجهٔ حضور پدیده‌ای در جامعه است و هرچه اندازهٔ اثر بزرگ‌تر باشد، درجهٔ حضور پدیده بیشتر است (۳۲). حجم اثر مفهوم اصلی در فراتحلیل است و مقدار رابطه بین یک متغیر و متغیر دیگر را به شیوهٔ استاندارد نشان می‌دهد.

«جامعهٔ آماری» این پژوهش، پایان‌نامه‌ها و تحقیقات چاپ‌شده در مجلات علمی‌پژوهشی بودند که در طول دوازده سال گذشته (۱۳۸۳ تا ۱۳۹۵) در زمینهٔ رویکردهای مبتنی بر معنویت و مذهب در درمان افسردگی در ایران انجام شده‌اند. حدود ۲۵ پژوهش با این موضوع شناسایی شد که پنج مطالعه به‌دلیل گزارش‌نکردن میانگین یا انحراف استاندارد گروه‌ها و هفت مطالعه به‌دلیل گزارش‌نکردن صحیح یافته‌ها یا شیوهٔ تحلیل داده‌ها حذف شد و در نهایت در این پژوهش از سیزده مقاله که ملاک‌های ورود و حجم نمونهٔ مناسبی را داشتند و از لحاظ روش‌شناسی نیز شرایط لازم را داشتند، استفاده شده است. گفتنی است روش‌شناسی عبارت است از: فرضیه‌سازی، روش تحقیق، جامعه، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری، ابزار اندازه‌گیری، روایی و پایایی ابزار اندازه‌گیری، فرضیه‌های آماری، روش تحلیل آماری و صحیح‌بودن محاسبات آماری. شکل ۱ نمودار، نحوهٔ نمونه‌گیری را نشان می‌دهد.

منابع جست‌وجو در پژوهش حاضر عبارت بودند از: پایان‌نامه‌های کارشناسی‌ارشد و دکتری دانشگاه‌ها (مراجعهٔ پژوهشگر به کتابخانهٔ دانشگاه)، مجلات علمی‌پژوهشی در حوزهٔ روان‌شناسی، بانک منابع اطلاعاتی جهاد دانشگاهی و مرکز اسناد ایران. فقط منابع فارسی و تحقیقاتی‌ای که در ایران انجام شدند، بررسی شدند. کلیدواژه‌های جست‌وجوشده شامل درمان، روان‌درمانی، مداخله، روان‌درمانگری، آموزش، مشاوره، معنویت، معنوی، مذهبی، افسرده و افسردگی بود.

ملاک‌های ورود برای فراتحلیل عبارت بودند از: ۱. پژوهش‌ها به‌صورت آزمایشی و شبه‌آزمایشی باشد؛ ۲. حداقل یک گروه آزمایشی وجود داشته باشد؛ ۳. ابزارهای اندازه‌گیری از پایایی و روایی کافی برخوردار باشد؛ ۴. موضوع پژوهش رویکردهای مبتنی بر مذهب و معنویت در افسردگی باشد؛ ۵. بررسی در قالب یک پژوهش گروهی صورت گرفته باشد (موردی نباشد)؛ ۶. مداخلات حضوری باشد (اینترنتی، تلفنی یا ... نباشد) و ملاک‌های خروج، پژوهش‌هایی بودند که شرایط روش‌شناسی را نداشتند یا به‌صورت موردی، مروری، هم‌بستگی و توصیفی انجام شده‌اند.

چک‌لیست تحلیل محتوا (از لحاظ روش‌شناختی): از این چک‌لیست برای انتخاب پایان‌نامه‌ها و مقاله‌های پژوهشی دارای ملاک‌های ورود و استخراج اطلاعات لازم برای انجام‌دادن فراتحلیل از آن‌ها استفاده شد و چک‌لیست مذکور شامل مؤلفه‌های زیر بود: عنوان پژوهش‌های انجام‌شده دربارهٔ افسردگی، مشخصات کامل مجریان، سال اجرای پژوهش، ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات، جامعهٔ آماری، حجم نمونه و سطح معناداری آزمون‌های به‌کارگرفته‌شده در این پژوهش. محاسبات بر پایهٔ مراحل فراتحلیل کوهن انجام شد (۲۹)؛ در این روش فراتحلیل چهار گام اصلی عبارت است از: شناسایی، انتخاب، انتزاع و تجزیه‌وتحلیل. در این مطالعهٔ فراتحلیل، از تغییرات میانگین و فاصلهٔ اطمینان ۹۵درصدی برای نمرات پرسش‌نامه‌های مربوطه استفاده شد. ناهمگنی بین مطالعات با استفاده از آمارهٔ I^2 برآورد شد که بیانگر درصد پراکندگی کل است. آمارهٔ Cochran Q نیز برای آزمون‌کردن

[1]. meta-analysis

[2]. effect size

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]

ناهمگنی استفاده شد. برای بررسی اریبی انتشار از Funnel Plot استفاده شد. تمام تست‌ها دوطرفه و P-value <۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

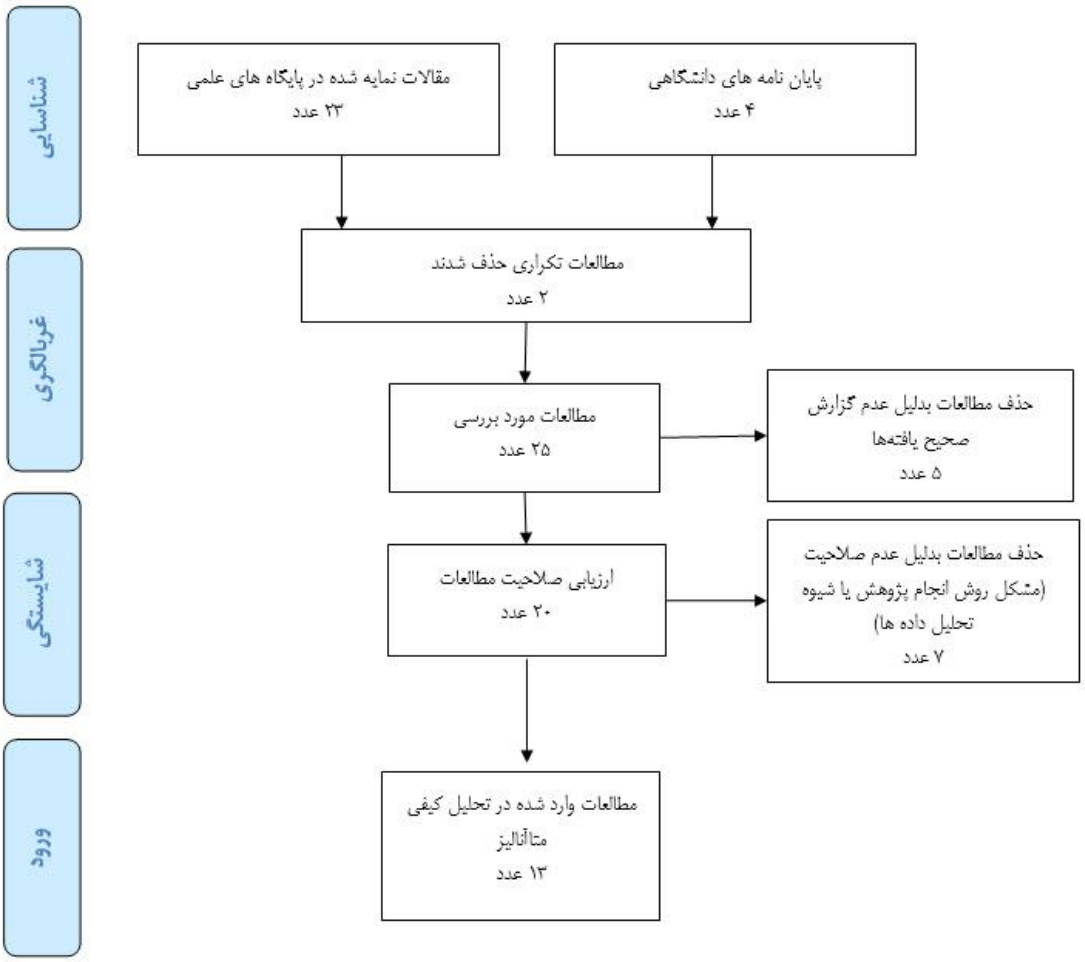
برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها و تعیین قدرت هریک از مداخلات از فرمول محاسبهٔ اندازهٔ اثر استفاده شد.

$$d = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\frac{SD_1^2 + SD_2^2}{2}}}$$

M= میانگین هر گروه

SD= انحراف استاندارد هر گروه

$$r(ES) = \frac{d}{\sqrt{d^2 + 4}}$$



نمودار ۱. نحوهٔ ورود مطالعات در پژوهش

این مطالعه دارای تأییدیهٔ ملاحظات اخلاقی از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه شاهد است. انتشار نتایج بدون سوگیری و استناد به منابع با صداقت و امانت‌داری و مراجعه به منابع اصلی انجام شده است.

۳ یافته‌ها

ویژگی‌های توصیفی و یافته‌های پژوهش‌های شرکت‌کننده در فراتحلیل در جدول ۱ ارائه شده است. در تمامی پژوهش‌ها، به‌جز پژوهش قهاری و همکاران (۱۳۹۱)، فرضیهٔ صفر رد شده است؛ ولی توانایی رد فرض صفر در هریک از پژوهش‌ها متفاوت بود. واریانس ادغام‌شدهٔ (واریانس مشترک) هریک از پژوهش‌ها و اندازهٔ اثر آن‌ها در جدول ۲ آمده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]

جدول ۱. داده‌های توصیفی پژوهش‌های شرکت‌کننده در فراتحلیل

شماره	عنوان	پژوهشگر	منبع	تعداد نمونه	الگوی درمانی	ابزار	تعداد جلسات	اندازهٔ اثر
۱	اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه	بوالهری، نظیری، زمانیان (۱۳۹۱)	مقاله (جامعه‌شناسی زنان)	۲۴ نفر (آزمایش: ۱۲ نفر، کنترل ۱۲ نفر)	گروه‌درمانی معنوی	مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس DASS-21 مقیاس سلامت معنوی SWB-20، مصاحبهٔ بالینی	۱۲ جلسه	۰/۳۶
۲	تأثیر گروه‌درمانی شناختی‌معنوی بر میزان افسردگی	حمدیه، ترقی‌جاه (۱۳۸۷)	مقاله (پژوهنده)	۱۶ نفر (آزمایش: ۸ نفر، کنترل: ۸ نفر)	گروه‌درمانی شناختی‌معنوی	افسردگی بک، مصاحبهٔ تشخیصی استاندارد	۱۰ جلسه	۰/۴۲
۳	مقایسهٔ تأثیر روان‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی و رویکرد معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران	ترقی‌جاه، نوابی‌نژاد، بوالهری، کیامنش (۱۳۸۶)	مقاله (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره)	۲۴ نفر (آزمایش نخست: ۸ نفر، آزمایش دوم: ۸ نفر، کنترل: ۸ نفر)	روان‌درمانی گروهی با رویکرد معنوی	افسردگی بک، پرسش‌نامهٔ اطلاعات شخصی	۱۰ جلسه	۰/۴۹
۴	بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی‌رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی زنان مطلقه	حمید، بشلیده، بایگی، دهقانی‌زاده (۱۳۹۰)	مقاله (مشاوره و روان‌درمانی خانواده)	۳۰ نفر (آزمایش: ۱۵ نفر، کنترل: ۱۵ نفر)	روان‌درمانی شناختی‌رفتاری مذهب‌محور	افسردگی بک، ویراست دوم BDI-II	۱۲ جلسه	۰/۱۳
۵	اثربخشی مداخله‌های شناختی‌رفتاری، معنوی‌مذهبی در کاهش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان	قهاری، فلاح، بوالهری، موسوی، رزاقی، اکبری (۱۳۹۱)	مقاله (دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی)	۴۵ نفر (آزمایش نخست: ۱۵ نفر، آزمایش دوم: ۱۵ نفر، کنترل: ۱۵ نفر)	مداخلهٔ معنوی‌مذهبی	پرسش‌نامهٔ افسردگی بک BDI-II، پرسش‌نامهٔ اضطراب بک BAI	۸ جلسه	۰/۶۵
۶	بررسی تأثیر درمان چندوجهی اسلامی بر افسردگی و	مهرابی‌زاده، هنرمند، هاشمی، بساک‌نژاد	مقاله (مجلهٔ روان‌شناسی دین)	۶۰ نفر (آزمایش: ۳۰ نفر، کنترل: ۳۰	درمان چندوجهی اسلامی	پرسش‌نامهٔ افسردگی بک، عزت‌نفس آیزنک	۱۰ جلسه	۰/۲۸

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]

	عزت‌نفس دانشجویان	(۱۳۹۰)		نفر)				
۷	تأثیر آموزش فرهنگ دین‌داری بر میزان افسردگی	نوغانی، محتشمی، واثق رحیم‌پرور، بابایی(۱۳۸۳)	مجله (فصلنامهٔ *حیات*)	۴۰ نفر (آزمایش: ۴۰ نفر)	آموزش فرهنگ دین‌داری	پرسش‌نامهٔ همیلتون، پرسش‌نامهٔ محقق‌ساخته	۲۴ جلسه (۶ ماه هر هفته)	۰/۲۱
۸	اثربخشی آموزش معنویت به‌شیوهٔ گروهی بر کاهش افسردگی در دانشجویان	بهرامی دشتکی، علیزاده، غباری بناب، کرمی (۱۳۸۵)	مقاله (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره)	۲۰ نفر (آزمایش: ۱۰ نفر، کنترل: ۱۰ نفر)	آموزش معنویت	افسردگی بک، پرسش‌نامهٔ تجربهٔ معنوی دانشجویان غباری و همکاران (۱۳۸۴)	۱۰ جلسه	۰/۵۵
۹	مقایسهٔ اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه‌گرای دینی، درمان شناختی‌رفتاری و دارویی بر میزان افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به افسرده‌خویی	ابراهیمی (۱۳۸۶)	پایان‌نامه (دکتری روان‌شناسی)	۴۷ نفر (آزمایش نخست: ۱۵ نفر، آزمایش دوم: ۱۶ نفر، آزمایش سوم: ۱۶ نفر، کنترل: ۱۶ نفر)	روان‌درمانی یکپارچه‌گرای دینی	افسردگی بک	۸ جلسه	۰/۴۴
۱۰	بررسی اثربخشی گروه‌درمانی معنوی‌مذهبی بر افزایش جهت‌گیری مذهبی درونی، افزایش مقابلهٔ مذهبی مثبت، کاهش اضطراب و افسردگی	واعظزاده (۱۳۹۱)	پایان‌نامه (کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی)	۲۰ نفر (آزمایش: ۱۰ نفر، کنترل: ۱۰ نفر)	گروه‌درمانی معنوی‌مذهبی	مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت، مقابلهٔ مذهبی پارگامنت، افسردگی بک، اضطراب اشپیل‌برگر	۹ جلسه	۰/۲۶
۱۱	اثربخشی گروه‌درمانی معنوی‌اسلامی بر علائم افسرده‌خویی و کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان	فتاحی قهنویه (۱۳۸۹)	پایان‌نامه (کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی)	۲۰ نفر (آزمایش: ۱۰ نفر، کنترل: ۱۰ نفر)	گروه‌درمانی معنوی‌اسلامی	مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون، پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی	۷ جلسه	۰/۹۷

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]

۱۲	اثربخشی روان‌درمانی مذهبی معنوی بر کاهش اضطراب استرس و افسردگی زنان دارای همسر معتاد	باقری، اسماعیلی چگنی و مه‌نگار (۱۳۹۴)	مجلهٔ پژوهش در دین و سلامت	۴۵ نفر (آزمایش: ۲۰ نفر کنترل: ۲۵ نفر)	درمان آموزشی مذهب‌محور	مقیاس DASS-21	۸ جلسه	۰/۸۶
۱۳	اثربخشی معنویت‌درمانی بر کاهش افسردگی اضطراب و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان	لطفی کاشانی، مفید و سرافراز مهر (۱۳۹۲)	مجلهٔ *اندیشه و رفتار*	۲۹ نفر (آزمایش: ۱۵ نفر، کنترل: ۱۴ نفر)	معنویت‌درمانی	مقیاس DASS-21	۹ جلسه	۰/۵۲

جدول ۲. اندازهٔ اثر حاصل از اعمال متغیر آزمایشی در پژوهش‌های مدنظر

پژوهش	واریانس مشترک (SP^2)	اندازهٔ اثر(r)	Hedges'g	Z
۱	۱۹/۶۶	۰/۳۶	۱/۵۹	۳/۷۱
۲	۳۶/۱۲	۰/۴۲	۲/۳۹	۳/۰۹
۳	۳۶/۵۹	۰/۴۹	۲/۸۵	۴/۲۶
۴	۴۰/۴۵	۰/۱۳	۰/۵۲	۳/۰۹
۵	۱۳/۳۲	۰/۶۵	۲/۱۳	۰/۹۱
۶	۴۱/۳۵	۰/۲۸	۱/۶۹	۳/۰۹
۷	۸۴/۸۵	۰/۲۱	۱/۱۶	۴/۲۶
۸	۵/۲۵	۰/۵۵	۱/۲۱	۲/۳۲
۹	۴۸/۰۵	۰/۴۴	۳/۰۴	۳/۷۱
۱۰	۱۲/۶۵	۰/۲۶	۰/۹۱	۳/۰۹
۱۱	۲/۲۵	۰/۹۷	۸/۷۷	۳/۰۹
۱۲	۴/۱۲	۰/۸۶	۳/۴۵	۳/۵۱
۱۳	۲/۷۲	۰/۵۲	۱/۲۱	۱/۲۳
	میانگین	۰/۴۸	۲/۳۹	۱۱/۰۷

با توجه به یافته‌ها، بیشترین اندازهٔ اثر مربوط به پژوهش فتاحی قهنویه و کمترین اندازهٔ اثر مربوط به پژوهش حمید و همکاران است.

کوهن برای علوم انسانی «اندازهٔ اثر» را به‌صورت زیر طبقه‌بندی کرده است:

r=۰/۱ اندازهٔ اثر کوچک، r=۰/۳ اندازهٔ اثر متوسط، r=۰/۵ اندازهٔ اثر بزرگ. بر اساس اطلاعات جدول ۲، بهترین برآورد از میزان تأثیر رویکردهای مبتنی بر معنویت و مذهب بر افسردگی برابر با ۰/۴۸ است که بر اساس جدول تفسیر اندازهٔ اثر کوهن تقریباً بالا ارزیابی می‌شود (۳۰)؛ بنابراین می‌توان گفت بر اساس این نتایج، رویکردهای مبتنی بر معنویت و مذهب بر کاهش علائم افسردگی تأثیر نسبتاً خوبی داشته است.

مطالعات با توجه به نوع ابزار استفاده‌شده، به سه گروه پرسش‌نامهٔ بک، مصاحبهٔ همیلتون و پرسش‌نامهٔ DASS تقسیم شدند که خلاصهٔ تحلیل‌های انجام‌شده در جدول زیر مشاهده می‌شود.

شایانِ ذکر است که با توجه به بالابودن ناهمگنی در مطالعات، آنالیزهای زیرگروهی و متارگرسیون بر اساس شاخص‌های متفاوتی از جمله نوع افراد واردشده به مطالعات انجام گرفت که در هیچ‌کدام از آن‌ها، اثر معناداری به دست نیامد.

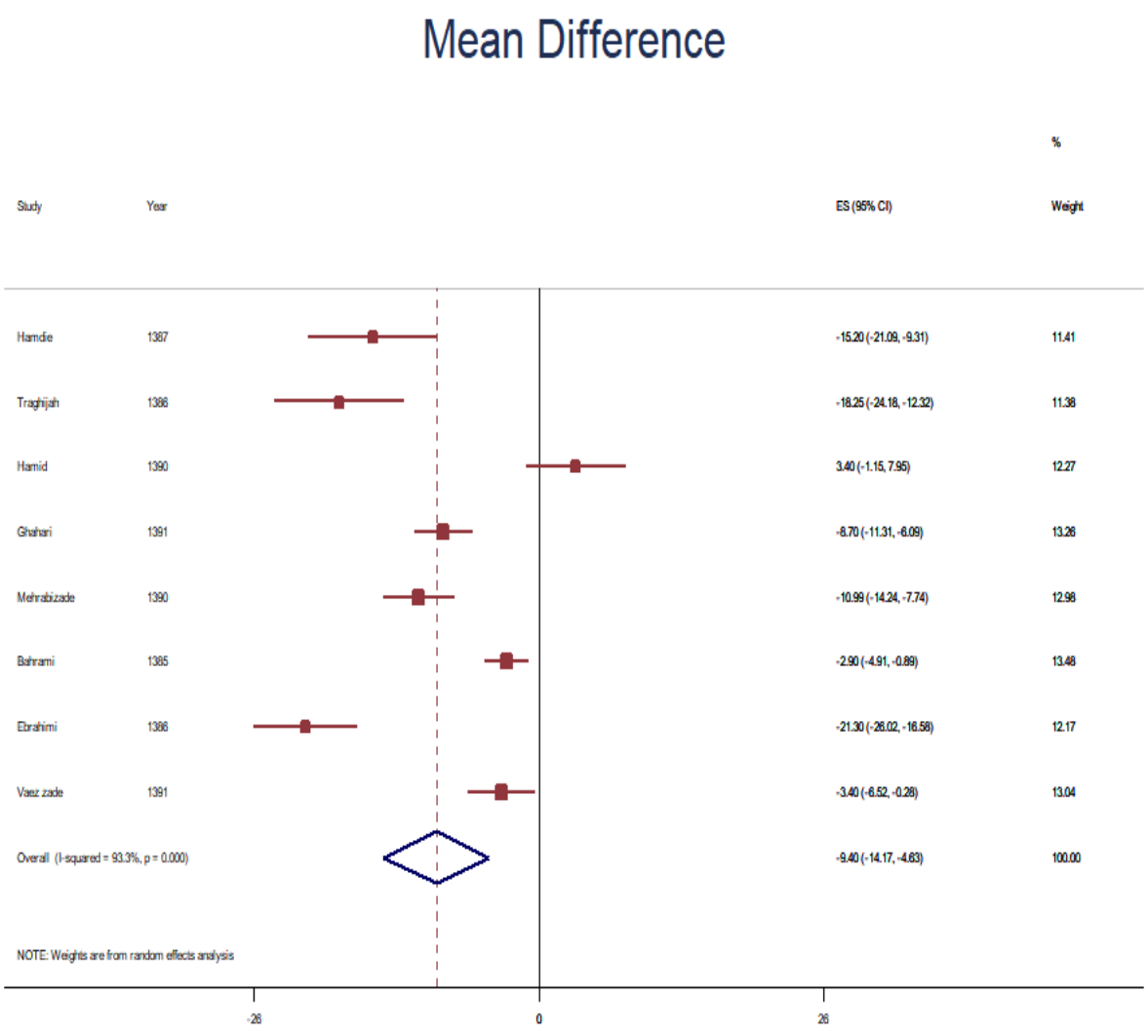
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]

جدول ۳. بررسی مطالعات بر اساس نوع ابزار استفاده‌شده

Outcome	تغییرات میانگین	95% CI	P-value	Heterogeneity (I^2%)
پرسش‌نامهٔ بک	ـ۹/۴۰۱	ـ۱۴/۱۶۸ و ـ۴/۶۳۴	<۰/۰۰۱	۹۳/۳٪
پرسش‌نامهٔ همیلتون	ـ۱۵/۴۷۴	ـ۱۹/۹۶۲ و ـ۱۰/۹۸۶	<۰/۰۰۱	۷۱/۰٪
پرسش‌نامهٔ DASS	ـ۶/۰۶۹	ـ۱۷/۸۲۲ و ۵/۶۸۳	۰/۰۳۱	۹۸/۴٪

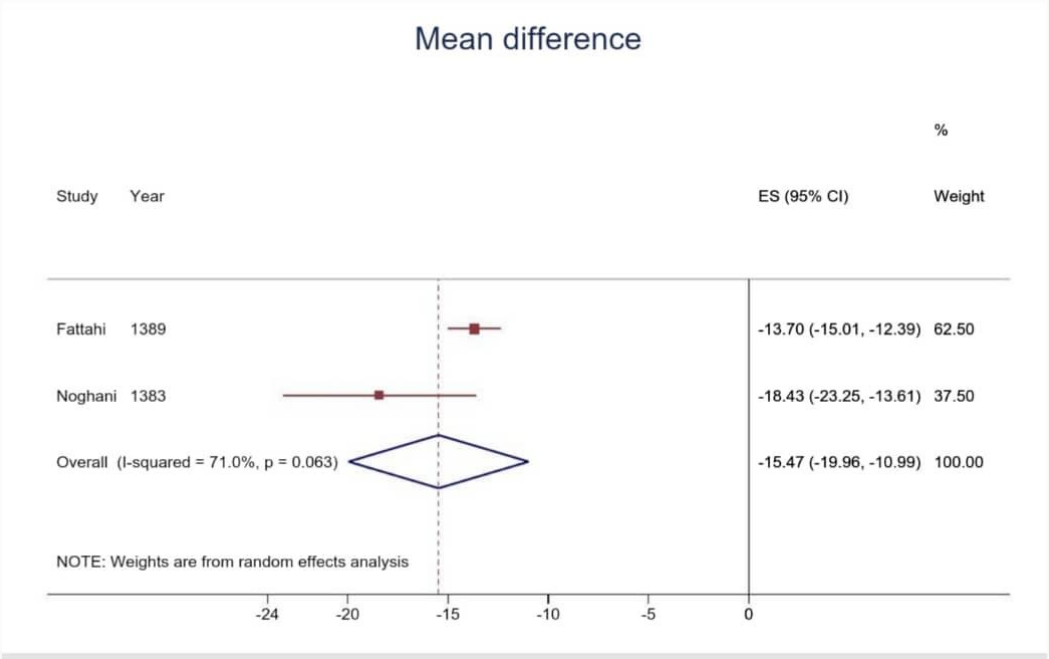
با توجه به زیادبودن ناهمگنی در هر سه ابزار، آنالیزهای انجام‌شده و نمودارها بر اساس مدل آثار تصادفی به دست آمده‌اند. نمودارهای حاصل در زیر قابل‌مشاهده است. Forest plotها از میانگین وزنی شاخص افسردگی اندازه‌گیری‌شده با سه پرسش‌نامه، در دو گروه مداخله و کنترل هستند که اشکال چهارگوش نشان‌دهندهٔ برآورد میانگین وزنی مطالعات و خطوط اطراف آن، فاصلهٔ اطمینان ۹۵٪ این برآورد است. اندازهٔ این اشکال متناسب با وزن اختصاص‌یافتهٔ هر مطالعه (معکوس واریانس) است.



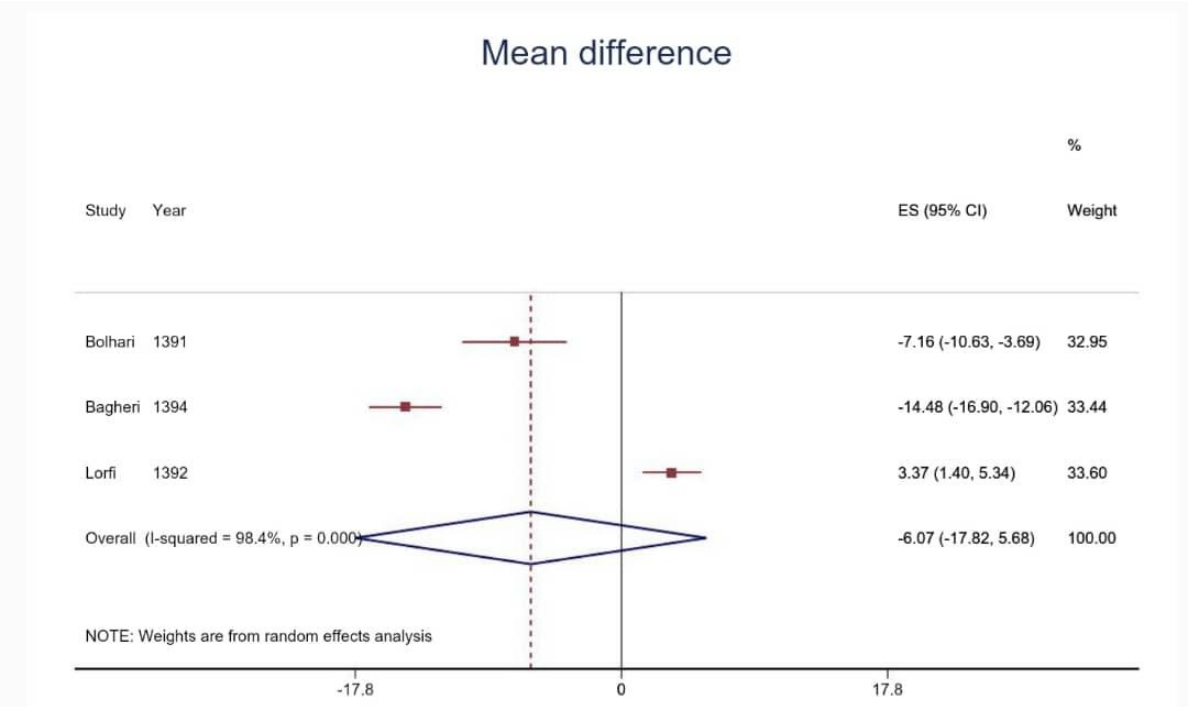
شکل ۱. Forest plot برای مطالعات مبتنی بر پرسش‌نامهٔ افسردگی بک

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]



شکل ۲. Forest plot برای مطالعات مبتنی بر مصاحبهٔ افسردگی همیلتون

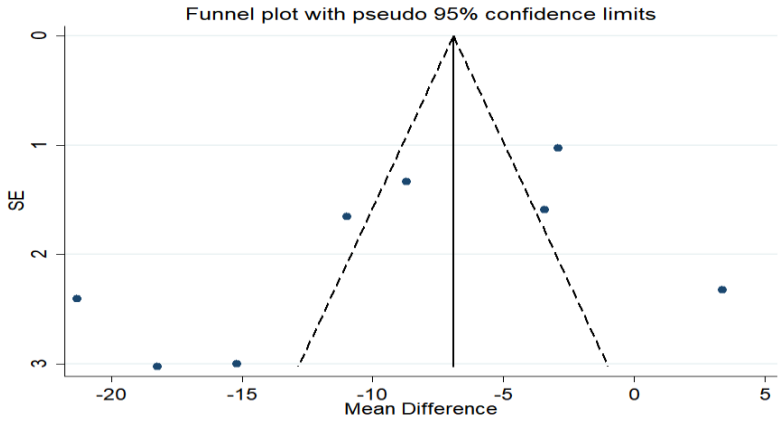


شکل ۳. Forest plot برای مطالعات مبتنی بر پرسش‌نامهٔ DASS

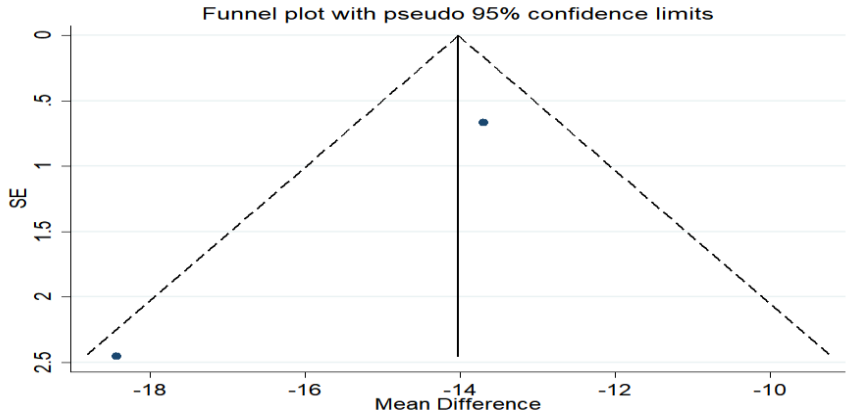
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]

به‌منظور بررسی Publication Bias (سوگیری انتشار)، نمودارهای Funnel plot برای هر دسته از پرسش‌نامه‌ها رسم شده است.



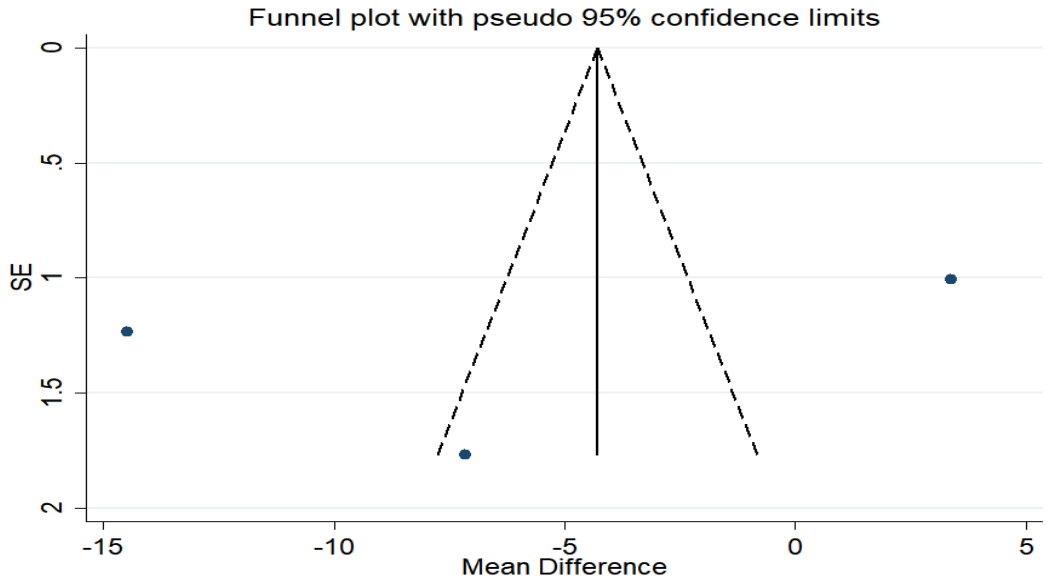
شکل ۴. Funnel plot مطالعات مبتنی بر پرسش‌نامهٔ بک



شکل ۵. Funnel plot مطالعات مبتنی بر مصاحبهٔ همیلتون

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]



شکل ۶. Funnel plot مطالعات مبتنی بر پرسش‌نامهٔ DASS

۴ بحث

مداخله‌های معنوی (مذهبی) شامل برنامه‌هایی است که به‌نوعی از مذهب یا معنویت، به‌عنوان یک مؤلفهٔ درمانی یا به‌عنوان یک مداخلهٔ مستقل از آن استفاده کرده است. مداخله‌های معنوی، پرداختن به مذهب و معنویت را امری ضروری و شیوه‌ای مؤثر برای مهار مشکلات روان‌شناختی می‌دانند. در این مداخله‌ها پرداختن به امری مقدس، اساس سلامت روانی فرض می‌شود و به‌هم‌ریختگی معنوی که ارزش‌ها، شیوهٔ معنادهی و هدف غایی زندگی را در بر می‌گیرد، اساس تبیین آسیب روان‌شناختی فرض می‌شود (۳۱)؛ اما پراکندگی نظری و فنی این مداخله‌ها بسیار زیاد است و تنها باید از یک اشتراک لفظی برای قراردادن این مداخله‌ها در یک طبقه استفاده کرد. بررسی مطالعاتی که در این زمینه در ایران منتشر شده است، نشان می‌دهد که اغلب این مداخله‌ها به‌طور واضح توضیح داده نشده‌اند و ماهیت مستقلی ندارند. امروزه این مداخله‌ها را تحت عنوان نیروی چهارم در روان‌شناسی معرفی می‌کنند (۳۱).

در زمینهٔ مطابقت‌های فرهنگی در درمان‌های روان‌شناختی، مطالعات منفردی صورت گرفته است. تحلیل نتایج یافته‌های این مطالعات نشان می‌دهد بیمارانی که درمان‌های مطابق با فرهنگ و مذهب خویش دریافت کرده‌اند، بهبودی بیشتری نشان می‌دهند (۳،۶،۷،۱۳). همچنین بیمارانی که درمان‌های معنوی‌مذهبی دریافت کرده‌اند، هم به‌لحاظ معنوی و هم به‌لحاظ روان‌شناختی بهبودی بیشتری در مقایسه با کسانی نشان می‌دهند که درمان‌های سکولار دریافت کرده‌اند (۱۹،۳۲،۳۳). یافته‌های حاصل از این فراتحلیل نشان داد که مداخلات مبتنی بر معنویت و مذهب بر کاهش نشانه‌های افسردگی در ایران طبق جدول کوهن، تأثیر خوبی داشته است.

با نگاهی اجمالی به مطالعات ثبت‌شده، هرچند تعداد مطالعات محدود است، به نظر می‌رسد بین مطالعاتی که مذهب را محور معنویت قرار می‌دهند، با مطالعاتی که معنویت سکولار را اساس کار قرار داده‌اند، تفاوت وجود دارد که این خود مطالعه‌ای مجزا می‌طلبد.

به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که درمان‌های مبتنی بر معنویت و مذهب می‌توانند در کاهش علائم افسردگی مؤثر باشند؛ اما بررسی دقیق‌تر مطالعات، اشکالات اساسی در نحوهٔ گزارش و کیفیت انجام‌دادن آن‌ها را نشان می‌دهد که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

در بیشتر مطالعات، شرح کامل جلسات و فنون مورداستفاده و منطق زیربنای استفاده از این فنون، به‌طور دقیق گزارش نشده است و در واقع تنها در پایان‌نامه‌ها این موضوع گزارش شده است (مطالعات ۹،۱۰،۱۱).

در صورت جدیدبودن درمان معنوی‌مذهبی مورداستفاده، از یک مدل نظری در طراحی الگوی درمان معنوی‌مذهبی استفاده نشده است (مانند مطالعات ۱،۷،۸).

اغلب درمان‌ها تنها به استفاده از تمرین‌های عملیِ مذهبی مثل ذکرگویی، نماز یا قرآن‌خواندن و دعاکردن و اضافه‌کردن آن‌ها به یک پروتکل درمانی مشخص، مثل درمان شناختی‌رفتاری به‌جای طراحی فنون درمانی مبتنی بر مفاهیم و آموزه‌های اسلامی اکتفا کرده‌اند (مثل مطالعات ۲،۳،۴،۶).

هیچ‌یک از درمان‌ها به بررسی روایی‌محتوایی پروتکل درمانی خود نپرداخته‌اند و در واقع روایی پروتکل محل سؤال است.

از نقاط قوت پژوهش حاضر این است که با توجه به بافت فرهنگی و اجتماعی کشور، میزان کارایی درمان‌های مبتنی بر معنویت و مذهب در کاهش نشانه‌های افسردگی مشخص شد. البته تنها بررسی یک الگوی درمانی و مقایسهٔ آن با عدم درمان کافی به نظر نمی‌رسد و بهتر است که با انجام‌دادن مطالعه در زمینهٔ سایر الگوهای درمانی، مقایسه‌هایی بین رویکردهای مختلف صورت گیرد تا میزان تأثیر و موفقیت هریک از این الگوها، نسبت به عدم درمان و نسبت به یکدیگر بیشتر مشخص

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]

شود. از امتیازات چنین فراتحلیل‌هایی این است که چون شکاف‌های موجود، پیشینهٔ موضوعات پژوهشی را بیان می‌کند، محقق را متوجه می‌کند که زمینهٔ پژوهش‌های بعدی بهتر است چه چیزی باشد. در نهایت باید در نظر داشت که لازمهٔ انجام‌دادن فراتحلیل‌های بیشتر در زمینه‌های درمانی مختلف ضروری است.

از محدودیت‌های انجام‌دادن چنین فراتحلیل‌هایی، دسترسی به منابع و پژوهش‌هایی است که در یک حیطهٔ مشخص انجام و منتشر شده‌اند. لذا مناسب است از تکرار موضوعات مختلف استقبال شود تا نمونه‌های بیشتر از جامعهٔ مدنظر بررسی شود. همچنین به‌ندرت پیش می‌آید که یک‌یک مطالعاتی که در فراتحلیل وارد و تلفیق می‌شوند، همهٔ شاخص‌های لازم برای تحلیل‌ها را گزارش کرده باشند و این جزو محدودیت‌های اساسی در انجام‌دادن فراتحلیل است. امید می‌رود با تأکیدهای مبنی بر لزوم گزارش کامل آماره‌های پاره‌ای، گزارش سطح معناداری و نیز برآورد اندازهٔ اثر و همچنین با رواج روزافزون رویکرد فراتحلیلی، حساسیت در چاپ کامل و دقیق یافته‌ها افزایش یابد.

۵ نتیجه‌گیری

تکرار اجرای فنون درمانی یک الگوی خاص روی نمونه‌هایی از یک فرهنگ واحد و انجام‌دادنِ پژوهش‌های مختلف، این امکان را می‌دهد تا با فراتحلیل نتایج دیدگاه کلی‌تری به کارایی آن الگو در آن فرهنگ خاص به دست آید. در این فراتحلیل نیز سعی شده است تا با یکپارچه‌کردن نتایج حاصل از اجرای درمان‌های مبتنی بر معنویت و مذهب، میزان موفقیت این الگوی درمانی بررسی شود.

با توجه به یافته‌های پژوهش، انجام‌دادنِ پژوهش‌های دقیق مبتنی بر پیشینهٔ نظری و علمی و استفاده از منابع معتبر مربوط به آموزه‌ها و مفاهیم فرهنگ دینی و اسلامی و طراحی یک پروتکل درمان جامع مبتنی بر مذهب و اسلام (با توجه به فرهنگ مذهبی‌اسلامی در ایران) برای درمان افسردگی و بررسی روایی و کارایی آن و مقایسهٔ اثربخشی آن با یک درمان استاندارد طلایی لازم به نظر می‌رسد، تا بتوان گفت درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی‌اسلامی طراحی کرده‌ایم که می‌تواند اثربخشی درمان‌های سکولار را در جامعهٔ ایران افزایش دهد. بر اساس این یافته‌هاست که درمانگران می‌توانند با توجه به حیطهٔ تخصصی خود، الگوهای درمانی متناسب با مشکلات مواجه‌شده را علمی‌تر انتخاب و اجرا کنند و به نتایج بهتر و مطمئن‌تری دست یابند.

References

1. Saduk B, Sadock V. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry. J Urmia Univ Med Sci. 2014;25(3):240-63. doi:10.1176/ajp.149.7.972
2. Peteet JR. Spiritually integrated treatment of depression: A conceptual framework. Depression research and treatment. 2012;2012. doi:10.1155/2012/124370
3. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN psychiatry. 2012;2012. doi:10.5402/2012/278730
4. Vandad Sharifi M, Hajebi A, Radgoodarzi R. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. Archives of Iranian medicine. 2015;18(2):76-84.
5. Oei TP, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. Journal of Affective Disorders. 2008;107(1):5-21. doi:10.1016/j.jad.2007.07.018
6. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. The Canadian Journal of Psychiatry. 2009;54(5):283-91. doi:10.1177/070674370905400502
7. Richards PS, Hardman RK, Berrett ME. Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders: American Psychological Association; 2007. doi:10.1037/11489-000
8. Exline JJ, Prince-Paul M, Root BL, Peereboom KS. The spiritual struggle of anger toward God: a study with family members of hospice patients. Journal of palliative medicine. 2013;16(4):369-75. doi:10.1037/11489-000
9. Schreiber JA, Brockopp DY. Twenty-five years later—what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. Journal of Cancer Survivorship. 2012;6(1):82-94. doi:10.1007/s11764-011-0193-7
10. Baqutayan SMS. Managing anxiety among breast cancer's patients. Advances Psychol Study. 2012;1(1):4-7.
11. Abu-Raiya H, Pargament KI. Religious coping among diverse religions: Commonalities and divergences. Psychology of Religion and Spirituality. 2015;7(1):24-33. doi:10.1037/a0037652
12. Nguyen T-vT, Zuckerman M. The links of God images to women's religiosity and coping with depression: A socialization explanation of gender difference in religiosity. Psychology of Religion and Spirituality. 2016;8(4):309. doi:10.1037/rel0000060
13. Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Shaw SF, Robins CJ, Daher NS, et al. Religious vs conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: A pilot randomized trial. The Journal of nervous and mental disease. 2015;203(4):243-51. doi:10.1097/NMD.0000000000000273

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]

14. de Maat SM, Dekker J, Schoevers RA, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. European Psychiatry. 2007;22(1):1-8. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.008
15. van Straten A, Geraedts A, Verdonck-de Leeuw I, Andersson G, Cuijpers P. Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: a meta-analysis. Journal of psychosomatic research. 2010;69(1):23-32. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.01.019
16. Klein JB, Jacobs RH, Reinecke MA. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2007;46(11):1403-13. doi:10.1097/chi.0b013e3180592aaa
17. Aghaei E, Paghalee-Jamali S, Abedi A, Mortazavi M. Meta-analysis of the comparison of the effectiveness of drug therapies and psychological interventions on depression symptoms. Culture of counseling and psychotherapy. 2012;3(10). [Persian]
18. Bolhari J, Naziri G, Zamanian S. Effectiveness of Spiritual Grouptherapy on reduction of Depression, Anxiety and stress in women with brest Cancer. Journal of Women Socioligy. 2011;1(3):85-115. [Persian]
19. Taraghijah S, Navabi-Nejad S, Bolhari J, Kiamanesh A. Comparing the Effect of Group Therapy with Cognitive Approach and Spiritual Approach on Depression in Tehran University Girl Students. Conseling Research. 2006;6(21):111-25. [Persian]
20. Hamid N, Bashlide K, Eidi Baigi M, Dehghanizadeh Z. The Effectiveness of Religious-Cognitive Behavioral Psychotherapy on Depression in Divorce Women. Quarterly of Family Counseling and Psychotherapy. 2010;1(1):54-64. [Persian]
21. Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Mousavi M, Razaghi Z, Akbari M. The Effectiveness of Cognitive Behavioral and Spiritual Interventions in Reducing Anxiety and Depression in Women with Breast Cancer. Journal of science and research in applied psychology. 2011;13(4):33-40. [Persian] https://www.civilica.com/Paper-JR_KRAP-JR_KRAP-13-4_003.html
22. Mehrabizadeh Honarmand M, Hashemi I, Basak Nezhad S. The Effect of Islamic Multidimensional Therapy on Depression and Self-esteem in Students. Journal of Psychology of Religion. 2010;4(3):31-48. [Persian]
23. Noghani F, Mohtashami J, Waseq Rahim Parvar F, Babaee G. The Effect of Teaching Religious Culture on Depression. Journal of Life. 2004;10(23):49-56. [Persian] http://hayat.tums.ac.ir/article-1-248-fa.html
24. Bahrami H, Alizadeh H, Ghobari Bonab B, Karami A. The Effectiveness of Teaching Spirituality in a Group Method on Depression in Students. Conseling Research. 2006;5(19):49-72. [Persian]
25. Hamdiyeh M, Taraghijah S. The Effect of Spiritual Cognitive Group Therapy on the Rate of Depression. Pejouhandeh. 2008;13(5):383-89. [Persian] http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-۱-۷۰۲-fa.html
26. Ebrahimi A. Comparison between Integrative religious Psychotherapy, Cognitive behavioral therapy and drug therapy on Depression. Isfahan: Isfahan University; 2008. [Persian]
27. Fatahi-Ghannouyeh R. The Effect of Islamic Spiritual GroupTherapy on Depressed Symptoms and Quality of Life in Isfahan University Students. Isfahan: Isfahan University; 2009. [Persian]
28. Howitt D, Cramer D. Introduction to statistics in psychology: Pearson Education; 2007.
29. Sharifi HP, Sharifi N. Research Methods in Behavioral Sciences. Tehran: Sokhan; 2010. [Persian]
30. Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Tehran: Roshd; 2009. [Persian]
31. Janbozorgi M, Gharavi M. Principle of psychotherapy and cunseling: an Islamic approach. Tehran: Samt; 2016. [Persian]
32. Smith TB, Bartz J, Scott Richards P. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. Psychotherapy research. 2007;17(6):643-55. doi:10.1080/10503300701250347
33. Janbozorgi M. The Effectiveness of Short Term Therapy with and without Religious Orientation on Personality Anxiety factors. Journal of Psychology. 1998;8:343-68. [Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.17.9]