






Research Article

Comparing the Effectiveness of Ayurveda, Cognitive-Behavioral Therapy and Combining These Two Treatments with Each Other on Anxiety in Depressed Women

Mahshid Ganjooiri ¹ , Fatemeh Golshani ^{2,*} , Anita Baghdasarians ² , Ebrahim Vahed ³ 

¹ PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, North of Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Fatemeh Golshani, Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: fa_golshan@yahoo.com

DOI: [10.61186/cmja.13.4.54](https://doi.org/10.61186/cmja.13.4.54)

How to Cite this Article:

Ganjooiri M, Golshani F, Baghdasarians A, Vahed E. Comparing the Effectiveness of Ayurveda, Cognitive-Behavioral Therapy and Combining These Two Treatments with Each Other on Anxiety in Depressed Women. *Complement Med J.* 2024;**13**(4):54-64. DOI: 10.61186/cmja.13.4.54

Received: 19 Aug 2023

Accepted: 03 Jan 2024

Keywords:

Anxiety
Ayurveda
CBT
Depression

© 2024 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: Depression is one of the most common psychiatric disorders a high percentage of patients with depression (two-thirds of them) have prominent anxiety symptoms. Hence, the existence of a natural, simple, accessible, and affordable treatment method is required by every person suffering from depression. The purpose of the study is to compare the effectiveness of Ayurveda knowledge as a complementary medicine approved by the World Health Organization (WHO), with cognitive-behavioral therapy (CBT) and the combination of the two, on reducing anxiety in depressed women.

Methods: The research was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group. The statistical population includes 40 women aged 45-25 who were diagnosed with moderate depression by a psychiatrist and took the Beck depression test. They volunteered to participate in this research by filling and signing the informed consent form. Participants were placed in four groups of 10 people with a simple random allocation method, underwent cognitive-behavioral therapy, Ayurveda and combination of the two for 10 weeks based on the protocols. Data collection tools were Beck depression inventory (BDI-II) (1996) & Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (1983). The data were analyzed using two-way ANOVA with repeated measures.

Results: The intergroup effect test was significant in state anxiety ($P=0.003$) and trait anxiety ($P<0.001$). The partial η^2 value indicated that approximately 31% of the variation in state anxiety and 46% in trait anxiety could be explained by the treatment groups. The results of comparing the averages between the groups with Tukey's test showed that there was a significant difference in trait anxiety between cognitive-behavioral therapy and Ayurvedic therapy as well as combined therapy (1.53 ± 7.4) ($P<0.001$).), also there was a significant difference in state anxiety between cognitive-behavioral therapy and Ayurvedic treatment 1.88 ± 5.43 and between cognitive-behavioral therapy and combined therapy 1.88 ± 7.133 ($p=0.003$). There was no significant difference between the experimental group of Ayurveda and combined treatment. ($P = 1.00$)

Conclusions: According to the obtained results, the combination of cognitive behavioral therapy and Ayurveda can have a better and more stable effect in reducing the anxiety of depressed women.

INTRODUCTION

Depression is one of the most prevalent psychiatric disorders characterized by symptoms such as depressed and sad mood, anxiety, and anhedonia, the inability to feel pleasure. By 2023, more than 300 million people, 4.4 % of the world's population, have suffered from this disorder (1). The prevalence of depression indicates that one out of every 15 adults (6.7%) suffers from depression, and women are prone to suffer more from depression than men (2). The findings indicated that experiencing anxiety is common in patients with depression. A high percentage (two-thirds) of patients with depression have prominent anxiety symptoms (3). In Iran, up to 73% of the prevalence of depression has been reported in different regions up to 2018, and it was 1.7 times more in women than in men (Muntzari et al. 2012) (4). Furthermore, the coexistence of anxiety depression as an independent disorder shows the high similarity of these two disorders with each other (2). In patients with depression, the higher the intensity of anxiety, the higher the probability of suicide, the longer the period of depression, and the higher the probability of not responding to appropriate treatment will be (5).

On the other hand, about half of the people suffering from depression do not respond to the treatment or have a relapse, also, psychological treatments are usually expensive and insurance companies still do not pay for this, so in many cases, treatment is not completed by people. On the other hand, drug treatments are sometimes not accepted due to their side effects. Therefore, finding effective treatments with less side effects and cheap and affordable has always been one of the concerns of therapists and patients. An important issue when choosing a treatment method is the ability to provide each of the interventions (in terms of expertise and/or availability of treatment) and individual preferences (6). Therefore, there is always a need to introduce methods that can overcome the problems of common treatments and have the best results in improving symptoms. Hence, the existence of a natural, simple, accessible, and affordable treatment method is required by every person suffering from depression. Ayurvedic knowledge, that has been accepted by the American Center for Complementary and Alternative Medicine as complementary medicine in the treatment of psychological diseases(2), can be done by focusing on modifying the person's lifestyle without the long-term presence of a therapist and at a much lower cost than current treatments. And since it focuses on many aspects of life such as nutrition, level of

physical activities, communication, etc., it is likely to be effective in the sustainability of the treatment and the expansion of its effectiveness. This study aimed to compare the difference in the effectiveness of Ayurveda knowledge with cognitive-behavioral therapy as a widely used and common method in the treatment of depression, and the combination of the two, on reducing anxiety in depressed women, to answer this question: Does Ayurveda have a significant effect in improving the symptoms of depression and the experience of anxiety in people with depression? And can this approach work as a complementary treatment in improving the effectiveness of cognitive-behavioral therapy as a basic treatment for depression.

METHODS

The research was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group. The statistical population includes 40 women aged 45-25 who were diagnosed with moderate depression by a psychiatrist and took the Beck depression test. They volunteered to participate in this research by filling and signing the informed consent form. Subjects were placed in four groups of 10 people with a simple random allocation method & underwent CBT, Ayurveda and combination of the two for 10 weeks based on the protocols. Data collection tools were Beck depression inventory (BDI-II)(1996) & Spielberger State-Trait Anxiety Inventory(STAI)(1983). The data were analyzed using two-way ANOVA with repeated measures.

RESULT

The intergroup effect test was significant in state anxiety ($p = 0.003$) and trait anxiety ($p < 0.001$). The partial η^2 value indicated that approximately 31% of the variation in state anxiety and 46% in trait anxiety could be explained by the treatment groups. The results of comparing the averages between the groups with Tukey's test showed that there was a significant difference in trait anxiety between cognitive-behavioral therapy and Ayurvedic therapy as well as combined therapy (1.53 ± 7.4) ($p < 0.001$). Also there was a significant difference in state anxiety between cognitive-behavioral therapy and Ayurvedic treatment 1.88 ± 5.43 and between cognitive-behavioral therapy and combined therapy 1.88 ± 7.133 ($p = 0.003$). There was no significant difference between the experimental group of Ayurveda and combined treatment. ($p = 1.00$).

CONCLUSION

According to the obtained results, the combination of cognitive behavioral therapy and Ayurveda can have a better and more stable

effect in reducing the anxiety of depressed women.

Ethical Considerations

This study has the ethics code number IR.IAU.CTB.REC.068/1400 from the Ethics and Research Committee of Islamic Azad University, Central Tehran Branch and can be seen in the National System of Ethics and Biomedical Research. By filling and signing the written consent form, all the participants declared their willingness to participate in the research and volunteered to participate in this research, and they were assured that all information is confidential and will only be used for research purposes. Also, to respect privacy, the names

and surnames of the people were not mentioned in the research.

Funding

There is no funding support.

Authors' Contribution

Authors contributed equally to the conceptualization and writing of the article. All of the authors approved the content of the manuscript and agreed on all aspects of the work

Conflict of Interest

Authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We are grateful to all the persons for scientific consulting in this paper.

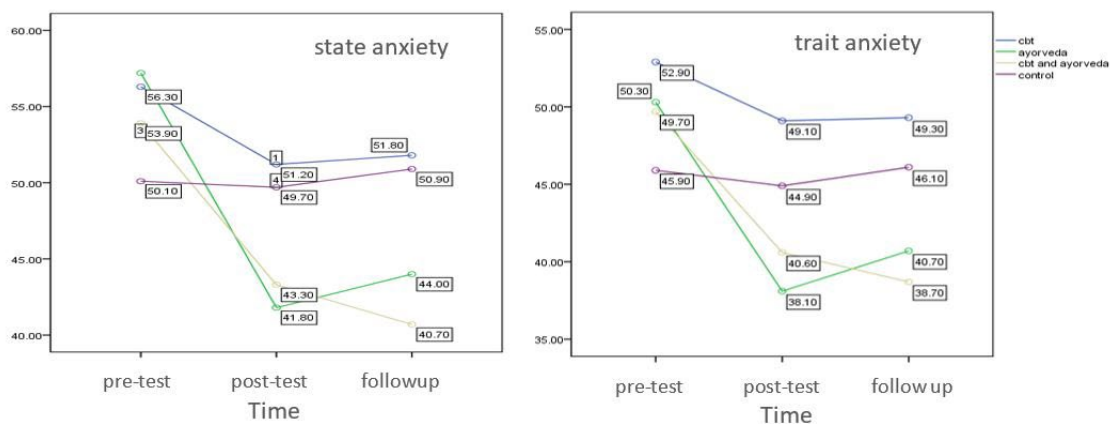


Figure 1. Comparison of mean state and trait anxiety variables in pre-test, post-test, and follow-up in the studied groups



مقایسه اثر بخشی درمان آیورودا، درمان شناختی-رفتاری و تلفیق این دو با یکدیگر بر اضطراب در زنان افسرده

مهشید گنجوری^۱، فاطمه گلشنی^{۲*}، آیتنا باغداساریانس^۲، ابراهیم واحد^۳   

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ استادیار، دانشکده روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳ استادیار، دانشکده روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه گلشنی، استادیار، دانشکده روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل:

fa_golshan@yahoo.com

DOI: 10.61186/cmja.13.4.54

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۲۸	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۳	مقدمه: افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است و درصد بالایی از افراد مبتلا (دوسوم کل آنها) علائم اضطرابی برجسته ای دارند. لذا وجود یک روش درمانی طبیعی، ساده، در دسترس و مقرون به صرفه، مورد نیاز هر فرد مبتلا به افسردگی است. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثر بخشی طب مکمل (آیورودا)، درمان شناختی-رفتاری و تلفیق این دو درمان با یکدیگر بر اضطراب در زنان افسرده بود.
واژگان کلیدی: آیورودا درمان شناختی-رفتاری اضطراب افسردگی	روش کار: پژوهش بصورت نیمه آزمایشی به اجرا درآمد. نمونه آماری شامل ۴۰ نفر از زنان ۲۵-۴۵ ساله که با تشخیص روانپزشک و انجام آزمون افسردگی بک (به منظور غربالگری)، مبتلا به افسردگی متوسط بودند با روش نمونه‌گیری هدفمند و با امضای فرم کتبی رضایتنامه آگاهانه وارد مطالعه شدند و در چهار گروه ۱۰ نفره با روش تخصیص تصادفی ساده قرار گرفتند، به مدت ۱۰ هفته بر اساس پروتکل‌های موجود، تحت درمان شناختی-رفتاری، آیورودا و تلفیق این دو باهم قرار گرفتند، پیگیری دوماهه نیز به عمل آمد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های تست افسردگی بک ویراست دوم (۱۹۹۶) و اضطراب حالت-صفت اشپیل برگر (۱۹۸۳) بود و برای بررسی پژوهش از طرح تحلیل آنوای دو عاملی آمیخته با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ در سطح معناداری ۰.۰۵ استفاده شد.
تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.	یافته‌ها: آزمون اثر بین گروهی در اضطراب حالت ($P=0/003$) و اضطراب صفت معنادار بود ($P<0/001$). مقدار جزئی اتا مشخص کرد که تقریباً ۳۱ درصد از تغییرات در اضطراب حالت و ۴۶ درصد در اضطراب صفت بوسیله گروه‌های درمانی قابل تبیین است. نتایج حاصل از مقایسه میانگین‌های بین گروه‌ها با آزمون توکی نشان داد که در متغیر اضطراب صفت بین درمان شناختی-رفتاری و درمان به روش آیورودا و همچنین درمان تلفیقی $7/4 \pm 1/53$ تفاوت معنا داری وجود داشت ($P<0/001$), همچنین در اضطراب حالت بین درمان شناختی-رفتاری و درمان به روش آیورودا $5/43 \pm 1/88$ و بین درمان شناختی-رفتاری و درمان تلفیقی $7/133 \pm 1/88$ تفاوت معنا دار وجود داشت ($P=0/003$) بین گروه آزمایشی آیورودا و درمان تلفیقی تفاوت معناداری وجود نداشت. ($P=0/001$) نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده تلفیق دو روش درمانی شناختی رفتاری و آیورودا می‌تواند در کاهش اضطراب زنان افسرده اثر بخشی بهتر و پایدارتری داشته باشد.

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی است که با علائمی مثل خلق افسرده و غمگین، اعتماد به نفس پایین و بی‌علاقگی به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می‌شود (۱). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، تا سال ۲۰۱۷، بیش از ۳۰۰ میلیون نفر یعنی ۴/۴ درصد از کل جمعیت دنیا به این اختلال مبتلا شده‌اند (۲). میزان شیوع افسردگی نشان می‌دهد، از هر ۱۵ بزرگسال یک نفر (۷/۶ درصد) مبتلا به افسردگی است و در این میان زنان بیشتر از مردان مستعد ابتلا به افسردگی هستند (۳).

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی است که با علائمی مثل خلق افسرده و غمگین، اعتماد به نفس پایین و بی‌علاقگی به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می‌شود (۱). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، تا سال ۲۰۱۷، بیش از ۳۰۰ میلیون نفر یعنی ۴/۴ درصد از کل جمعیت دنیا به این اختلال مبتلا شده‌اند (۲). میزان شیوع افسردگی نشان می‌دهد، از هر ۱۵ بزرگسال یک نفر (۷/۶ درصد) مبتلا به افسردگی است و در این میان زنان بیشتر از مردان مستعد ابتلا به افسردگی هستند (۳).

دوسوم کل آن‌ها) علائم اضطرابی برجسته‌ای دارند (۴). همچنین وجود همبودی اضطراب-افسردگی به عنوان یک اختلال مستقل، نشان از همابندی بالای این دو اختلال با یکدیگر است (۱). در بیماران مبتلا به افسردگی هرچه شدت اضطراب بیشتر باشد احتمال خودکشی افزایش یافته، دوره افسردگی طولانی‌تر و احتمال عدم پاسخ درمانی مناسب بیشتر می‌شود (۵).

نتایج پژوهشی نشان می‌دهد تجربه اضطراب در بیماران مبتلا به افسردگی امری شایع است. درصد بالایی از بیماران مبتلا به افسردگی

آیورودا با افزایش خودآگاهی به افراد کمک می‌کند تا استرس روزانه خود را مدیریت کنند، در آیورودا برای غلبه بر استرس‌ها، مدیتیشن، تمرین‌های تنفسی (پارانایاما)، استفاده از ماساژ جهت آرام‌سازی، متمرکز شدن و رهایی از تنش‌ها توصیه می‌شود (۱۳).

با توجه به اینکه در درمان‌های فعلی تقریباً نیمی از افراد مبتلا به افسردگی به درمان جواب نمی‌دهند و یا دچار عود می‌شوند، از طرفی هزینه‌های جلسات روانشناسی برای بیشتر افراد بالا بوده و شرکتهای بیمه‌ای هم که اغلب هزینه‌ای در این خصوص پرداخت نمی‌کنند، پس در بسیاری از موارد درمان از سوی افراد ناتمام رها می‌شود. درمان‌های دارویی هم که به دلیل عوارض جانبی و به علت ترسی که برخی افراد از عادت کردن به مصرف داروها دارند بعضاً مورد پذیرش قرار نمی‌گیرند. از این رو پیدا کردن درمان‌هایی مؤثر، با عوارض جانبی کمتر و ارزان و مقرون به صرفه همیشه از دغدغه‌های درمانگران و بیماران بوده‌است. طب آیورودا یکی از مواردیست که دنبال کنندگان آن چنین نقشی را برای آن قائلند و استفاده از روشهای درمانی این طب در نقاط مختلف دنیا و هم‌اینطور ایران رو به گسترش است. چنین نظام‌های درمانی باستانی قرن‌ها قدمت دارند و نادیده گرفتن و بی‌ارزش دانستن آنها از سوی پزشکان طب مدرن بنا به گفته کاپلان و سادوک عملی گستاخانه است. با این همه بدون شواهد علمی قوی بایستی با شکاکیت با این روشهای درمانی برخورد کرد و فقط در صورتی می‌توان آنها را با طب مرسوم ادغام کرد که در کارآزمایی‌های دقیق بالینی تأیید شوند (۱).

لذا با توجه به رواج رو به گسترش استفاده از طب مکمل ضروری بنظر رسید تا تفاوت اثر بخشی طب آیورودا به عنوان یکی از شاخه‌های طب مکمل، با روش‌های نوین روانشناسی مورد بررسی قرارگیرد و در این میان درمان شناختی-رفتاری به عنوان روشی پرکاربرد و رایج در درمان افسردگی مد نظر قرارگرفت، تا به این سؤال پاسخ دهد آیا انطور که ادعا می‌شود آیورودا تأثیر معنی‌داری در بهبود علائم افسردگی و اضطراب ایجاد می‌کند؟ و آیا این درمان می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل در کنار درمان شناختی-رفتاری به ارتقای اثربخشی افسردگی عمل کند؟ از طرفی با توجه به اینکه افسردگی به طور متوسط در سن ۴۰ سالگی بروز می‌کند و در حدود ۵۰ درصد از این بیماران، در بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ سالگی به این اختلال دچار می‌شوند، در زنان نیز دوبرابر بیشتر از مردان شایع است (۱)، جامعه تحقیقاتی از میان زنان جوان تا میانسال انتخاب شد. با توجه به مطالب ذکر شده هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثر بخشی آیورودا، درمان شناختی-رفتاری و تلفیق این دو درمان با یکدیگر بر اضطراب در زنان افسرده بود تا مشخص شود که اثر بخشی این دو رویکرد تفاوت معنا داری باهم دارند یا خیر و نیز آیا تلفیق این دو رویکرد درمانی می‌تواند اثر بخشی هرکدام به تنهایی را بر متغیر اضطراب در زنان افسرده بهبود ببخشد.

روش کار

این پژوهش برگرفته از پایان نامه دکتری در رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز با کد ۱۶۲۴۶۸۱۶۱/۱۰۵۴۶۶۱۴۰۰۱۰۴۸۰۰۴ بوده و نیز دارای کد اخلاق ۱۴۰۰/۰۶۸IR.IAU.CTB.REC. از کمیته اخلاق و پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی بوده و در سامانه ملی اخلاق و پژوهشهای زیست پزشکی قابل مشاهده است. تمامی شرکت

نیمی از بیمارانی که تحت این درمان قرار می‌گیرند بهبود می‌یابند و در میان بیمارانی که به درمان شناختی-رفتاری پاسخ می‌دهند، عود شایع است. نتایج پژوهش علی و همکاران نشان می‌دهد ۵۳ درصد از بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب پس از یک سال دچار عود علائم شده‌اند (۷). لذا نیاز به پیشگیری از عود، به خصوص برای کسانی که علائم افسردگی باقی‌مانده دارند، ضروری بنظر می‌رسد. یکی از روشهایی که امروزه در پیشگیری و کنترل بیماری‌ها با استقبال روبرو شده است استفاده از طبهای مکمل یا جایگزین است.

یکی از شاخه‌های طب مکمل که مورد پذیرش سازمان بهداشت جهانی بوده و در راهنمای تشخیصی طبی روانپزشکی آمریکا از آن نام برده شده، دانش آیورودا است. آیورودا یکی از قدیمی‌ترین سیستم‌های درمانی کل‌نگر در جهان می‌باشد که بیش از ۳۰۰۰ سال قدمت داشته و در هندوستان توسعه یافته است. واژه سانسکریت "آیو" به معنی زندگی و "ودا" به معنی دانش است، بدین ترتیب آیورودا به معنی دانش یا علم زندگی است. به اعتقاد این طب حفظ تعادل طبیعی بدن، اساس تندرستی و بیماری نتیجه طبیعی عدم توازن است. سبک زندگی ناسالم، رژیم غذایی بد، عوامل محیطی نامطلوب، احساسات منفی و استرس از عمده‌ترین عوامل ایجاد کننده عدم توازن به شمار می‌روند. به عقیده آیورودا در نظر نگرفتن چرخه فعالیت روزانه متناسب با ساختار بدنی فرد، باعث برهم خوردن تعادل طبیعی می‌شود (۸).

در آیورودا اعتقاد بر این است که هر فرد با یک تعادل اساسی منحصر به فرد متولد می‌شود، که اصطلاحاً پراکریتی نامیده می‌شود، پراکریتی در آیورودا معادل ژن در طب غربی است (۹). پس از تولد، ساختار بیولوژیکی فرد تحت تأثیر محیط خارجی یا همان عوامل اپی‌ژنتیک قرار می‌گیرد. عوامل اصلی ایجاد کننده تغییرات اپی‌ژنتیک عبارتند از سبک زندگی، رژیم غذایی، استرس و عوامل محیطی دیگر. این عوامل می‌تواند باعث عدم تعادل و انحراف از پراکریتی گردد که به عنوان ویکریتی شناخته می‌شود. اگر پراکریتی را معادل ژن در نظر بگیریم، ویکریتی، با تغییرات اپی‌ژنتیک مرتبط است (۱۰).

در ۲۰۱۷ بل، هیدل، سونگا و دریسکو پرسشنامه‌ای جهت ارزیابی پراکریتی طراحی و اعتبارسنجی کردند. نتایج همبستگی بین ویژگی‌های پراکریتی ارزیابی شده در این پرسشنامه و ۱۷ نشانه بیماری در علم پزشکی معنی‌دار بود. این نشانه‌ها توانایی پیش‌بینی بیماری‌های مرتبط با سلامت روان از جمله اضطراب، افسردگی، اختلالات خواب و حملات وحشتزدگی را داشتند (۱۱). در ۲۰۱۹ نیز میلز و همکاران از یک سیستم رتبه‌بندی برای تعیین نمرات بر اساس فراوانی وقوع علائم کلاسیک آیورودا استفاده کردند، بر اساس این پرسشنامه ویکریتی (ساختار بدنی فعلی) مشخص می‌شود. در این پژوهش همبستگی معنی‌دار بین مشکلات روانشناختی، از قبیل اضطراب، استرس، نشخوار فکری، ذهن آگاهی پایین که بر اساس پرسشنامه‌های معتبر روانشناختی مشخص شده بود، با ویکریتی تأیید شد (۱۲).

آیورودا بیش از درمان، رویکردی پیش‌گیرانه جهت مراقبت از سلامتی دارد و هدف آن اساساً بازگرداندن تعادل به فرد است. آیورودا مبتنی بر این باور است که سلامتی و تندرستی به تعادل ظریف بین بدن، ذهن و آگاهی (شناخت) بستگی دارد. چنانچه تغذیه، فعالیت‌های بدنی و سبک کلی زندگی متناسب با فرد نباشد تعادل حیاتی او برهم خورده و بیماری‌های جسمی و روانی پدید می‌آیند.

و در چهارگروه ۱۰ تایی قرار گرفت. لازم به ذکر است که همه شرکت کنندگان در هر ۴ گروه تحت دارودرمانی زیر نظر روانپزشک خود بودند. فرایند نمونه‌گیری از ابتدای بهمن ماه تا اواخر اسفند ۱۴۰۰ به اجرا درآمد. فرایند پژوهش بصورت غیر حضوری و با استفاده از ارتباط تصویری و بطور انفرادی از ۱۵ فروردین ماه ۱۴۰۱ با انجام پیش‌آزمون پرسشنامه حالت و صفت برای شرکت کنندگان هر ۴ گروه آغاز و به مدت ۱۰ هفته با توجه به پروتکل‌های مشخص شده برای هر رویکرد درمانی، در هر گروه از آزمودنیها بصورت فردی انجام شد و در انتهای دوره درمانی از شرکت کنندگان پس‌آزمون به عمل آمد، و به منظور پیگیری بعد از ۳ ماه، برای سومین و آخرین بار پرسشنامه در اختیار آزمودنیها و گروه کنترل قرار گرفت. در مدت زمان اجرا و پیگیری ریزشی در بین آزمودنیها اتفاق نیافتاده و هیچکدام دارای ملاکهای خروج از آزمون نشدند.

پروتکل درمانی آیورودا بر اساس کتاب آیورودا و ذهن: شفای آگاهی (۱۶) و کتاب آیورودا برای افسردگی (۱۳) تنظیم شد . پروتکل درمانی شناختی-رفتاری نیز براساس کتاب راهنمای عملی درمان شناختی-رفتاری افسردگی آموزش بالینی برای درمانگران، رستمی، بیدادیان و بهرامی‌زاده استخراج شد (۱۷). رویی محتوایی هر دو پروتکل درمان توسط چند تن از اساتید و متخصصان دانشگاه آزاد و طب آیورودا مطلوب گزارش شد و هر دو درمان توسط محقق (نویسنده اول) اجرا شد. جلسات با ارتباط تصویری از طریق اینترنت بصورت انفرادی هفتگی برای ده هفته به اجرا گذاشته شد. خلاصه پروتکل‌های درمانی به تفکیک در جدول ۱ و ۲ آورده شده است:

کنندگان با پرکردن و امضای فرم کتبی رضایتنامه آگاهانه آمادگی خود را از شرکت در تحقیق اعلام کرده و داوطلب شرکت در این پژوهش بودند و این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و صرفاً برای امور پژوهشی استفاده می‌شوند. همچنین برای رعایت حریم خصوصی نام و نام خانوادگی افراد در پژوهش ذکر نشد. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به اختلال افسردگی متوسط شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که جهت درمان به مراکز روانپزشکی مراجعه کرده بودند. با توجه به ملاکهای ورود، تعداد ۴۰ نفر بعنوان شرکت کننده در پژوهش که بر اساس حداقل ۳۰ نفر حجم نمونه مورد تأیید جهت انجام پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی (۱۴، ۱۵)، پرسشنامه افسردگی بک و تشخیص روانپزشک، مبتلا به افسردگی متوسط بودند بصورت روش نمونه‌گیری هدفمند، با مراجعه به دو مرکز روانپزشکی در سطح تهران انتخاب شدند. معیارهای ورود به تحقیق که عبارت بودند از: زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله، داشتن نمره پرسشنامه بک در محدود متوسطه (بین ۱۷-۳۰) و استفاده از دارو درمانی تحت نظر روانپزشک. ملاک‌های خروج حین فرایند مطالعه شامل تشخیص ابتلا به اختلال دو قطبی، اقدام به خودکشی، استفاده از روش درمانی به غیر از دارو درمانی و ابتلا به دیابت نوع ۲ به علت اثر گذاری بر خلق) بود. قرار گیری آزمودنیها در ۴ گروه (۱: آیورودا؛ ۲: درمان شناختی-رفتاری؛ ۳: تلفیق آیورودا و درمان شناختی-رفتاری؛ ۴: گروه کنترل که هیچ درمانی دریافت نکردند) بصورت تخصیص تصادفی ساده با روش قرعه‌کشی برای هر گروه به این صورت انجام شد: به هر فرد یک کد تخصیص داده شد و کدها بر روی کارتهایی ثبت گردید. سپس کارت‌ها بطور اتفاقی انتخاب

جدول ۱. پروتکل درمانی آیورودا

هفته	سرفصل
اول	مصاحبه بالینی، معرفی آیورودا، و ارائه منطق درمان، پاسخ به آزمون Stai
دوم	تفسیر کاربرگها، و تصاویر ارسالی، و تشخیص تیپ بدنی و تعیین نوع استرس و نوع افسردگی بر اساس ساختار ذهنی، ارائه برنامه غذایی برای پاکسازی دستگاه گوارش در صورت نیاز، تنظیم اولیه فعالیت‌های روزانه
سوم	ارائه رژیم غذایی و آموزش حرکات اصلاحی مبتنی بر یوگا بر اساس تیپ بدنی و عدم تعادل ایجاد شده
چهارم	بررسی تعاملات اجتماعی و روابط بین فردی و تأثیر آن بر عدم تعادل ایجاد شده
پنجم	آموزش تمرینات تنفسی
ششم	آموزش ماساژ به همراه روغنهای درمانی بصورت فردی
هفتم	آموزش تن آرامی و آرام سازی بدن در مواجهه با استرس
هشتم	آموزش تمرینات ذهن آگاهی
نهم	آموزش مراقبه
دهم	مرور و بررسی تغییرات، پاسخ به آزمون Stai

جدول ۲. پروتکل درمانی شناختی رفتاری

جلسه	سرفصل
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط، آشنایی با افسردگی، معرفی روش درمانی، پاسخ به آزمون Stai
دوم	آشنایی با افکار منفی، انعطاف ناپذیر، مخرب، ضروری و غیر ضروری و ارتباط آن با خلق
سوم	آشنایی با افکار افسرده و استراتژی‌های افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی
چهارم	مواجهه با افکار منفی به روش ABCDE
پنجم	شناسایی فعالیت‌های لذت بخش
ششم	تعامل فکر احساس رفتار
هفتم	شناسایی اهداف و راههای رسیدن به آن، و خودپاداش‌دهی
هشتم	آشنایی با دنیای درون ذهنی و دنیای بیرون از ذهن
نهم	بررسی روابط و تأثیر آن بر خلق
دهم	مرور و ارائه تکنیک‌هایی برای ادامه و نگهداری روند، پاسخ به آزمون Stai

ابتدا به وسیله کتل و سپس به صورت کاملتری توسط اسپیل برگر (۱۹۸۳) مطرح شد (۲۰). ضریب پایایی این آزمون تا ۰/۸۹ گزارش شده است (۲۱) مقیاس اضطراب حالت، شامل ۲۰ جمله است که احساسات فرد را در زمان حاضر و مقیاس اضطراب صفت نیز شامل ۲۰ جمله است که احساسات عمومی افراد را ارزشیابی می‌کند، بنابراین نمرات هر کدام از دو مقیاس اضطراب حالت و صفت، می‌تواند در دامنه‌ای بین ۸۰ - ۲۰ قرار بگیرد (۲۲). در پژوهشی که توسط غلامی و همکارانش در ۱۳۹۶ میان تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد (شامل ۱۰۳۱ نفر زن و ۸۴۳ نفر مرد) انجام شد، پایایی این مقیاس از طریق ضریب همسانی درونی پرسش‌ها و ضریب پایایی بازآزمایی محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۸۷ و ضرایب بازآزمایی برای کل مقیاس، ۰/۷۶ مشاهده شد. روایی و پایایی آن نیز، با مقیاس اضطراب در برابر پژوهش همسو است، به‌گونه‌ای که روایی آن از طریق روایی سازه و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به‌دست آمد (۲۳).

در پژوهش حاضر با توجه به طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه آزمایشی و گروه کنترل تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخصهای آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل روش تحلیل واریانس آنوای دو عاملی آمیخته و پیشرضهای آن شامل آزمونهای شاپیرو-ویلک، لون، پیلایی، لامبدای ویلکز، امباکس و آزمون تعقیبی بونفرونی و توکی با استفاده از نرم افزار SPSS۲۱ صورت گرفت. همچنین سطح معناداری آزمونها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

با بررسی شاخصهای جمعیت شناختی مشخص شد که در کل بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۴۰ تا ۴۵ سال با ۳۰٪، بیشترین فراوانی از نظر وضعیت تأهل مربوط به متأهلین با ۴۷٪ و بیشترین فراوانی از نظر سطح تحصیلات مربوط به مقطع تحصیلی کارشناسی با ۴۵٪ بود.

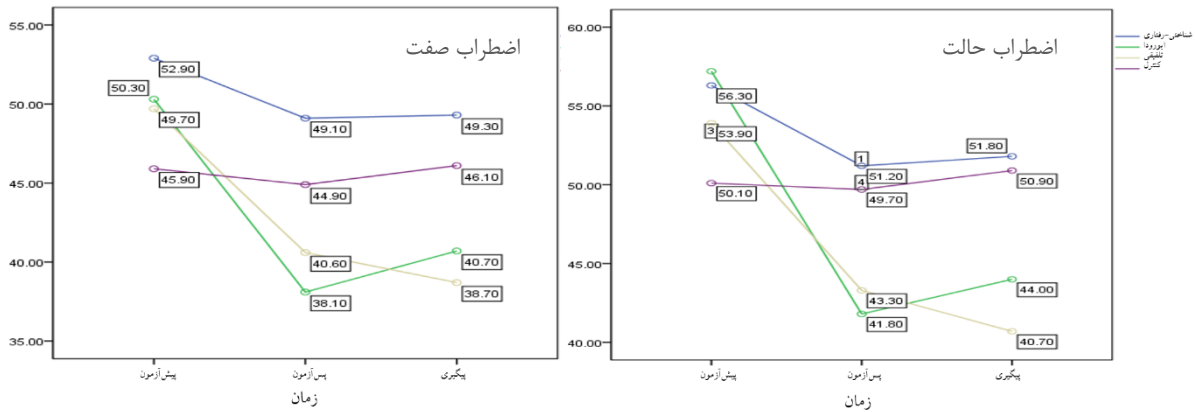
در این پژوهش از پرسشنامه بک ویراست دوم برای تشخیص میزان افسردگی با نمره ۱۷-۳۰ به عنوان یکی از ملاکهای ورود به تحقیق استفاده شد. پرسشنامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است. در سال ۱۹۹۶، بک و همکارانش برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، یک تجدیدنظر اساسی در آن انجام دادند

و شواهدی ارائه کردند مبنی بر اینکه BDI-II دارای روایی و پایایی کافی برای اهداف بالینی است، پایایی این آزمون برای بیماران سرپایی ۹۲ درصد و روایی آن نیز با مقیاس رتبه بندی روانپزشکی همیلتون اصلاح شده برای افسردگی همبستگی مثبت‌تری داشت، ۷۱ درصد گزارش شد (۱۸) آزمون در مجموع از ۲۱ ماده تشکیل شده است به این ترتیب ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده هم به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است که روی یک مقیاس چهار درجه‌ای به هر پاسخ ارزشی بین ۰ تا ۳ داده می‌شود، بر این اساس محدوده نمرات بین ۰-۶۳ متغیر خواهد بود. در تحقیقی که رجبی و کارجو کسمایی روی کلیه دانشجویان دانشگاه چمران اهواز در ۱۳۹۱ برای مقایسه روایی و اعتبار فرم ایرانی انجام دادند، از روش همسانی درونی استفاده شد. بر اساس این پژوهش مقدار ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶، برای عامل‌های اول ۰/۸۴، و دوم ۰/۷۸ گزارش شده است. بنابراین، یافته‌ها حاکی از اعتبار رضایت‌بخش پرسشنامه افسردگی ایران- بک- ویرایش فارسی بود (۱۹).

پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیل برگر در سال ۱۹۸۳ جهت ارزیابی اضطراب حالت و اضطراب صفت طراحی شد نیز جهت گردآوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه به طور عمیقی در پژوهش‌ها و فعالیت‌های بالینی مورد استفاده قرار گرفته‌است. این پرسشنامه شامل مقیاس‌های جداگانه خودسنجی، برای اندازه‌گیری اضطراب صفت و حالت می‌باشد، مفاهیم اضطراب حالت و صفت، در

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب حالت و اضطراب صفت به تفکیک زمان و گروه

عضویت گروهی /متغیر وابسته	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
شناختی - رفتاری					
اضطراب حالت	۵۶/۳	۴/۲۱	۵۱/۲	۳/۷۳	۳/۵۲
اضطراب صفت	۵۲/۹	۴/۵۱	۴۹/۱	۴/۸۸	۴/۰۸
آیورودا					
اضطراب حالت	۵۷/۲	۵/۳۴	۴۱/۸	۴/۴۹	۵/۱۸
اضطراب صفت	۵۰/۳	۴/۲۴	۳۸/۱	۲/۳۳	۳/۲۹
تلفیقی					
اضطراب حالت	۵۳/۹	۶/۲۶	۴۳/۳	۵/۹۲	۴/۱۱
اضطراب صفت	۴۹/۷	۶/۵۵	۴۰/۶	۳/۶۵	۲/۷۱
کنترل					
اضطراب حالت	۵۰/۱	۷/۶۵	۴۹/۷	۵/۴۷	۴/۲۳
اضطراب صفت	۴۵/۹	۵/۳۰	۴۴/۹	۸/۱۴	۶/۲۲



نمودار ۱. مقایسه میانگین متغیر اضطراب حالت و صفت در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های مورد مطالعه

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آنوای دو عاملی آمیخته برای متغیرهای اضطراب حالت و صفت

متغیر / منبع	F	P	انداز اثر
اضطراب حالت			
زمان	۶۰/۴۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۷
زمان * گروه	۱۲/۰۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰۰
گروه	۵/۴۷۰	۰/۰۰۳	۰/۳۱۳
اضطراب صفت			
زمان	۲۸/۱۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹
زمان * گروه	۵/۰۴۴	۰/۰۰۴	۰/۲۹۶
گروه	۱۰/۳۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶۴

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در متغیر اضطراب حالت در گروه‌های درمانی آیورودا و درمان شناختی رفتاری بین نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.001$). و در گروه درمان تلفیقی نیز این تفاوت معنادار بود ($P = 0.003$), در مورد اضطراب صفت نیز تفاوت معنی داری در گروه‌های درمانی آیورودا و درمان شناختی رفتاری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود داشت ($p < 0.001$) و در گروه تلفیقی نیز تفاوت معناداری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود داشت ($P = 0.015$). بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های درمانی شناختی رفتاری و تلفیقی تفاوت معنادار نبود، به عبارتی نتایج حاکی از آن است که اثربخشی این روش درمانی در مرحله پیگیری برای هر دو متغیر اضطراب حالت و صفت ماندگار بوده است. اما در گروه آیورودا در زمان پیگیری نسبت به پس‌آزمون حدود ۳ نمره افزایش وجود داشته و این تفاوت معنی دار بود، ($P = 0.019$).

با توجه به معناداری تفاوت بین گروه‌ها از آنجاییکه حجم نمونه در چهار گروه مورد مطالعه با هم برابر بودند و مفروضه همسانی واریانس‌ها نیز صدق می‌کرد، بنابراین از آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه نمرات اضطراب صفت در بین گروه‌ها استفاده گردید و نتایج نشان دادند، نمره اضطراب حالت در گروه آزمایش آیورودا ۵ نمره و در گروه آزمایش تلفیقی حدود ۷ نمره پایین‌تر از شناختی-رفتاری بود، همچنین نمره اضطراب صفت در گروه آزمایش آیورودا و گروه آزمایش تلفیقی ۷ نمره پایین‌تر از شناختی-رفتاری بود و این تفاوت‌ها معنادار بودند. ($p < 0.05$). بین گروه آزمایشی آیورودا با درمان تلفیقی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۳ و نمودار ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته (اضطراب حالت و صفت) به تفکیک زمان اندازه‌گیری و گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهند، همانطور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی در متغیرهای پژوهش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تغییراتی داشته است، این تغییرات در گروه‌های درمان آیورودا و تلفیقی نسبت به گروه شناختی-رفتاری محسوس‌تر بود و همچنین در دوره پیگیری گروه درمان تلفیقی پایداری بیشتری نسبت به گروه‌های دیگر داشته است.

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس آنوای دو عاملی آمیخته برای بررسی اثرات درون آزمونی و بین آزمودنی ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود اندازه اثر زمان بر نمرات اضطراب حالت و صفت معنادار بود ($p < 0.001$). همچنین اثر تعاملی درون گروهی بین زمان و سه گروه آزمایش و کنترل برای اضطراب حالت ($p < 0.001$) و نیز برای اضطراب صفت ($p = 0.004$) معنادار بود، از این رو می‌توان گفت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های درمانی و گروه کنترل برای متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد.

اثر بین گروهی بر نمرات اضطراب حالت [$F(3,36) = 5.470, p = 0.003$] و اضطراب صفت [$F(3,36) = 10.378, p < 0.001$] معنادار بود. به این ترتیب تقریباً ۳۱ درصد از تغییرات در نمره اضطراب حالت و حدود ۴۶ درصد از تغییرات در نمره اضطراب صفت بوسیله گروه‌های درمانی قابل تبیین است. در ادامه به دلیل اینکه اثر اصلی درون گروهی (زمان) معنادار بود آزمون بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین زمانهای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش انجام شد.

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین زمانهای اندازه گیری متغیرهای پژوهش

Sig	تفاوت میانگین (I-J)	متغیر / گروه‌ها / زمان (I) / زمان (J)
اضطراب حالت		
گروه شناختی-رفتاری		
پیش آزمون		
۰/۰۰۱	*۵/۱	پس آزمون
۰/۰۰۱	*۴/۵	پیگیری
پس آزمون		
۰/۲۳۳	-۰/۶۰	پیگیری
گروه آیورودا		
پیش آزمون		
۰/۰۰۱	*۱۵/۴	پس آزمون
۰/۰۰۱	*۱۳/۲	پیگیری
پس آزمون		
۰/۱۲۶	-۲/۲۰	پیگیری
گروه تلفیقی		
پیش آزمون		
۰/۰۰۳	*۱۰/۶	پس آزمون
۰/۰۰۱	*۱۳/۲	پیگیری
پس آزمون		
۰/۰۸۷	۲/۶۰	پیگیری
گروه کنترل		
پیش آزمون		
۰/۸۹۹	-۰/۴	پس آزمون
۰/۷۵۱	-۰/۸	پیگیری
پس آزمون		
۰/۱۷۴	-۱/۲۰	پیگیری
اضطراب صفت		
گروه شناختی-رفتاری		
پیش آزمون		
۰/۰۰۱	*۳/۸	پس آزمون
۰/۰۰۱	*۳/۶	پیگیری
پس آزمون		
۱/۰۰۰	-۰/۲۰	پیگیری
گروه آیورودا		
پیش آزمون		
۰/۰۰۱	*۱۲/۲	پس آزمون
۰/۰۰۱	*۹/۶	پیگیری
پس آزمون		
۰/۰۱۹	*-۲/۶۰	پیگیری
گروه تلفیقی		
پیش آزمون		
۰/۰۱۵	*۹/۱	پس آزمون
۰/۰۰۱	*۱۱/۰	پیگیری
پس آزمون		
۰/۰۶۷	۱/۹۰	پیگیری
گروه کنترل		
پیش آزمون		
۱/۰۰۰	۱/۰	پس آزمون
۱/۰۰۰	-۰/۲	پیگیری
پس آزمون		
۰/۵۶۲	-۱/۲۰	پیگیری

در زنان افسرده بود. نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین گروه کنترل و گروه آزمایش درمان به روش آیورودا در اضطراب حالت و صفت تفاوت معنادار وجود داشته، بنابراین نتیجه این بخش از تحقیق با نتایج تحقیقات نول و پنسی هم راستا می‌باشد، این

بحث

هدف از این پژوهش بررسی مقایسه اثر بخشی درمان با رویکرد آیورودا، درمان شناختی-رفتاری و تلفیق این دو درمان با یکدیگر بر اضطراب

نظر گرفته می‌شود که هم بخش‌های فیزیکی آشکار و هم توانایی‌های ظریف روانی او را در بر می‌گیرد و به کل سبک زندگی یک مراجع توجه می‌شود تا هرآنچه که تعادل حیاتی و روانی فرد را بهم ریخته مورد مداخله قرار گیرد. راتو (۲۰۰۸)، در پژوهش خود به بررسی اثر بخشی درمان آیورودا بر کاهش اضطراب پرداخت در این پژوهش بیماران تحت درمان آیورودا شامل تغییر در رژیم غذایی، سبک زندگی، ورزش، مدیتیشن، داروهای گیاهی، روش درمانی پاکسازی و تمرینهای تنفسی قرار گرفتند. نتایج گزراش شده نشان دادند که در همه آزمودنیها اضطراب بطور معنی داری کاهش پیدا کرده بود. این پژوهشگر پژوهش خود را به عنوان اولین بررسی اثربخشی آیورودا بر بیماریها به خصوص اضطراب در آمریکا توصیف کرده است (۲۸).

نتیجه گیری

بر اساس نتایج پژوهش انجام شده، کاربرد همزمان آیورودا و درمان شناختی رفتاری می‌تواند مزیت‌های هر دو روش را تقویت کند. در واقع از طرفی فرد با رویکرد کل نگر آیورودا و اصلاح سبک زندگی تعادل را به بدن و ذهن خود بر می‌گرداند و از طرفی با کاربرد رویکرد شناختی رفتاری، اقدام به فعال سازی رفتاری کرده و نسبت به تحریفهای شناختی خود آگاهی پیدا می‌کند. با اینحال به زعم یافته‌های مهم این پژوهش، از محدودیت‌های آن می‌توان به انجام این تحقیق در دوران همه گیری کووید اشاره کرد که احتمال می‌رود باعث ایجاد تغییراتی در نتیجه گیری شده باشد، لذا بهتر است تحقیقاتی مشابه در شرایط عادی نیز انجام شود تا بتوان به یافته‌های دقیق تری دست یافت. هم چنین می‌توان یکی از نقاط ضعف این پژوهش را استفاده از زنان مبتلا به اختلال افسردگی متوسط با محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال دانست که باعث می‌شود تعمیم پذیری نتایج با محدودیت مواجه شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش در سایر گروه‌های سنی و جوامع آماری با ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی متفاوت نیز صورت گرفته و نتایج حاصل با نتایج تحقیق حاضر مقایسه گردد. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح ریزی کنند که رابطه متغیرهای دیگر را در مورد اثر درمانی طب آیورودا و نیز با تعداد بیشتری افراد و در بین مردان و زنان مورد مقایسه قرار دهند. همچنین یافتن شباهت‌ها و تفاوت‌های روش درمانی طب آیورودا و طب سنتی ایرانی، به عنوان دو طب مکمل و کهن می‌تواند به علمی سازی آنها کمک شایانی کرده و متخصصان طب سنتی و طب مدرن را بیش از پیش به همکاری و همگرایی فکری و عملی سوق دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح پژوهشی پایان نامه دکتری بوده و بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در مطالعه، همچنین تمامی افرادی که جهت به پایان رساندن آن ما را یاری کردند به ویژه جناب آقای حسام الذاکرین و کانون پرورش تن و روان که در تمام مراحل تحقیق در حوزه طب آیورودا رهنمون من بودند قدردانی نمایم.

References

- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry: Arjmand Publications;2022.
- WHO. Division of mental health & prevention of substance abuse, programme on mental health.2013.
- Prisnie JC, Sajobi TT, Wang M, Patten SB, Fiest KM, Bulloch AGM, et al. Effects of depression and anxiety on quality of life in five common neurological disorders. *Gen Hosp Psychiatry*.

محققان در پژوهش خود بیان کردند که درمان به روش آیورودا باعث کاهش اضطراب در بیماران می‌شود. به عبارتی مداخله رژیم غذایی، ورزش، سبک زندگی و اصلاح رفتار مزایای قابل توجهی را برای افسردگی و اضطراب متوسط تا شدید فراهم می‌کند (۲۴).

همچنین همسویی این بخش از تحقیق با پژوهشی که کلارویج در ۲۰۱۵ پژوهشی انجام داد و در آن به مقایسه اثربخشی درمان به روش آیورودا و دارودرمانی روانپزشکی در بیماران مبتلا به افسردگی پرداخت قابل مشاهده است، در این تحقیق بیمارانی که به روش آیورودا درمان شده بودند افزایش اعتماد به نفس و اضطراب کمتر را گزارش کردند (۲۵) بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که اقدامات افراد در راستای اصلاح سبک زندگی به روش آیورودا یعنی تنظیم ریتم شبانه روزی خواب و بیداری، تغذیه، فعالیت‌های بدنی، اصلاح روابط بین فردی و اجتماعی، استفاده از روشهای آرام سازی و پاک سازی می‌تواند در کنترل و کاهش علائم اضطرابی در بیماران با افسردگی خفیف تا متوسط مؤثر باشد.

همچنین نتایج اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب زنان افسرده نیز نشان داد که بین گروه کنترل و گروه مداخله در اضطراب حالت و صفت تفاوت معنادار وجود داشته و فرض تحقیق مورد تأیید قرار گرفت. نتایج این بخش از پژوهش همسو با تحقیقات فراتحلیلی شهریار بود که در سال ۹۶ انجام گرفت و یافته‌های آن نشان داد، مداخلات شناختی- رفتاری در درمان اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده و همچنین مشخص شد که می‌توان از درمان شناختی-رفتاری گروهی به عنوان اولین خط درمانی در اختلال اضطراب فراگیر افراد میانسال استفاده کرد (۲۶). رویکرد شناختی رفتاری بر رفتار و افکار مرتبط با مشکلات موجود در فرد افسرده متمرکز است، بک و همکارانش بر این باورند که فرد افسرده از نگرش منفی در مورد خود، آینده و محیط رنج می‌برد، زیرا با سوگیریها و افکار خودآیند منفی احاطه شده است، همچنین از جنبه رفتاری، افسردگی به ارتباط فرد با محیط برمی‌گردد و پدیده‌ای درون زاد نیست، هدف درمان در این رویکرد کاهش شدت، مدت و تکرار علائم است (۲۷). در همین راستا در تحقیقی که گروکا و همکارانش در ۲۰۱۹ انجام دادند، مشخص شد که فعالیت غده لیمبیک در طول ادراک احساسات در درمان با رویکرد شناختی رفتاری کاهش می‌یابد و بهبود علائم اضطراب و افسردگی را پیش بینی می‌کند (۶).

همچنین نتایج تحقیق نشان داد که بین اثربخشی آیورودا، درمان شناختی رفتاری و تلفیق این دو درمان با یکدیگر بر اضطراب حالت و صفت در زنان افسرده تفاوت معنی داری وجود دارد و در این بین بیشترین تاثیرگذاری را در بهبود میانگین اضطراب حالت زنان افسرده درمان تلفیقی دارا بوده است. به گونه‌ای که گروهی که این دو روش را به صورت تلفیقی آموزش دیده‌اند نسبت به دو گروه دیگر میانگین مطلوب تری را داشته‌اند. با توجه به عدم تحقیقات داخلی و خارجی مرتبط در این زمینه امکان مقایسه تحقیق وجود نداشت. اما از آنجا که هدف درمان از دیدگاه آیورودا بازگرداندن تعادل در فرد است، و درک آیورودا از انسان کل نگر است، هر فرد به عنوان یک پیوستار روانی در

- 2018;**52**:58-63. **doi:** 10.1016/j.genhosppsy.2018.03.009 **pmid:** 29684713
4. Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, Muramatsu Y, Fuse K, Yoshimine F. Prevalence and comorbidity of anxiety and depressive disorders in studies of PRIME-MD and PHQ (Patient Health Questionnaire) in Japan. *Anxiety Disorder Achiev*. 2021;**93**. **doi:** 10.5772/intechopen.97218
 5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Rezaei F, Fakhraei A, Fermand A, Nilufri Ali, Jeanette Hashemi A, Shamlou F (Persian translator). 5th edition. Arajmand Publications;2021.
 6. Gorka SM, Young CB, Klumpp H, Kennedy AE, Francis J, Ajilore O, et al. Emotion-based brain mechanisms and predictors for SSRI and CBT treatment of anxiety and depression: a randomized trial. *Neuropsychopharmacology*. 2019;**44**(9):1639-1648. **doi:** 10.1038/s41386-019-0407-7 **pmid:** 31060042
 7. Ali S, Rhodes L, Moreea O, McMillan D, Gilbody S, Leach C, et al. How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behav Res Ther*. 2017;**94**:1-8. **doi:** 10.1016/j.brat.2017.04.006 **pmid:** 28437680
 8. Mishra LC. Scientific basis for Ayurvedic therapies: CRC press;2004.
 9. Ghodke Y, Joshi K, Patwardhan B. Traditional Medicine to Modern Pharmacogenomics: Ayurveda Prakriti Type and CYP2C19 Gene Polymorphism Associated with the Metabolic Variability. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011;**2011**:249528. **doi:** 10.1093/ecam/nep206 **pmid:** 20015960
 10. Chatterjee B, Pancholi J. Prakriti-based medicine: A step towards personalized medicine. *Ayu*. 2011;**32**(2):141-146. **doi:** 10.4103/0974-8520.92539 **pmid:** 22408293
 11. Ell C, Heidel RE, Sunega J, Drisko J. Ancient Wisdom: Can Ayurvedic Prakriti Provide Invaluable Insights into Integrative Medicine? *Ayu J Health*. 2017;**15**(3):27-34.
 12. Mills PJ, Peterson CT, Wilson KL, Pung MA, Patel S, Weiss L, et al. Relationships among classifications of ayurvedic medicine diagnostics for imbalances and western measures of psychological states: An exploratory study. *J Ayurveda Integr Med*. 2019;**10**(3):198-202. **doi:** 10.1016/j.jaim.2018.02.001 **pmid:** 30385015
 13. Cardona Sanclemente LE. Ayurveda for Depression An Integrative Approach to Restoring Balance and Reclaiming Your Health. Berkeley, California: North Atlantic Books;2020.
 14. Delavar A. Educational and psychological Research. Tehran, publishing house.2009.
 15. Wilson CR, Voorhis V, Morgan BL. Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Sizes. *Tutorial Quantitative Method Psychol*. 2007;**3**(2):43-50. **doi:** 10.20982/tqmp.03.2.p043
 16. VanVoorhis CW, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorial Quantitative Method Psychol*. 2007;**3**(2):43-50. **doi:** 10.20982/tqmp.03.2.p043
 17. Frawley D. Ayurveda and the Mind: The Healing of Consciousness: Lotus Press (WI);1997.
 18. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck Depression Inventory-II (BDI-II) [Database record]. APA PsycTests.1996.
 19. Rajabi G, Karjuksmai S. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition (BDI-II). *Educ Measure Quarter*. 2011;**3**(10):139-157.
 20. Zsido AN, Teleki SA, Csokasi K, Rozsa S, Bandi SA. Development of the short version of the spielberger state-trait anxiety inventory. *Psychiatry Res*. 2020;**291**:113223. **doi:** 10.1016/j.psychres.2020.113223 **pmid:** 32563747
 21. Spielberger CD, Gorsuch RL. State- trait anxiety inventory for adults.
 22. Mehran B. Normization of Spielberger anxiety test in Mashhad city. Master's thesis, Ministry of Science, Research and Technology, Allameh Tabatabai University1373.
 23. Gholami Booreng F, Mahram B, Kareshki H. Construction and Validation of a Scale of Research Anxiety for Students. *IJPCP*. 2017;**23**(1):78-93. **doi:** 10.18869/nirp.ijpcp.23.1.78
 24. Null G, Pennesi L. Diet and lifestyle intervention on chronic moderate to severe depression and anxiety and other chronic conditions. *Complement Ther Clin Pract*. 2017;**29**:189-193. **doi:** 10.1016/j.ctcp.2017.09.007 **pmid:** 29122259
 25. Kolarević M. Depression between biomedicine and Ayurvedic medicine: a case of patient experiences in Slovenia (Doctoral dissertation, Univerza v Novi Gorici, Fakulteta za podiplomski študij).
 26. Shahriari H, Zare H, Aliakbari MGD, Sarami Foroushani R. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Interventions in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Rafsanjan Univ Med Sci Health Serv*. 2018.
 27. Beck AT, Freeman A, Davis DD. Cognitive therapy of personality disorders (2nd ed.). Guilford Press.2004.
 28. Rao PR. A multiple case study of practitioners and patients in the ayurvedic treatment of anxiety disorder (Doctoral dissertation, Saybrook University).