



Research Article

Comparison of the Effectiveness of (Complementary Medicine) Ayurveda, Cognitive-Behavioral Therapy and the Combination of These Two Therapies on Quality of Life in Depressed Women

Mahshid Ganjooori¹, Fatemeh Golshani^{2*}, Anita Baghdasarians², Ebrahim Vahed³

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.13.1.20](https://doi.org/10.61186/cmja.13.1.20)

How to Cite this Article:

Ganjooori M, Golshani F, Baghdasarians A, Vahed E. Comparison of the Effectiveness of (Complementary Medicine) Ayurveda, Cognitive-Behavioral Therapy and the Combination of These Two Therapies on Quality of Life in Depressed Women. *Complement Med J.* 2023;**13**(1):20-27. DOI: [10.61186/cmja.13.1.20](https://doi.org/10.61186/cmja.13.1.20)

Received: 16 Feb 2023

Accepted: 09 May 2023

Keywords:

Ayurveda

Cognitive Behavioral Therapy

Quality of Life

Depression

© 2023 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: New research indicate that even a mild level of depression are associated with a significant decrease in the quality of life in adults. Therefore, the existence of a natural, simple, accessible and cost-effective treatment method is needed by every person suffering from depression. The purpose of this research is to compare the effectiveness of Ayurvedic knowledge, as a complementary medicine, with cognitive-behavioral therapy and also to examine the combination of these two therapies on the quality of life 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 & by filling and signing the informed consent form, they expressed their consent to participate in the study and volunteered to participate in this research. They underwent cognitive-behavioral therapy, Ayurveda and combination of the two for 10 weeks based on the protocols. Data collection tools included World Health Organization quality of life questionnaire - short form. The data were analyzed using repeated measurement tests.

Results: The average scores of the variable quality of life of depressed women in the Ayurvedic intervention group were 52.3 ± 5.33 before treatment and 54.1 ± 5.04 after treatment, and no significant difference was observed between them ($P = 0.12$). Treatment with cognitive-behavioral approach, before treatment was 43.7 ± 16.95 and after treatment was 54.95 ± 13.51 , no significant difference was observed ($P = 0.26$) But in combined treatment before treatment was 61.8 ± 11.84 and after treatment it was 54.8 ± 7.73 , So the difference between the average score in this method was significant ($P = 0.038$).

Conclusions: Considering the adverse effects of depression on the quality of life of women, the combination of Ayurveda as complementary medicine and cognitive-behavioral therapy can be beneficial in improving the quality of life in depressed women.



مقایسه اثر بخشی طب مکمل (آیورودا)، درمان شناختی-رفتاری و تلفیق این دو با یکدیگر بر کیفیت زندگی در زنان افسرده

مهشید گنجوری^۱، فاطمه گلشنی^{۲*}، آنیتا 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، 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.13.1.20

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۷
مقدمه: یافته‌های پژوهشی جدید حاکی از آن است که حتی سطوح خفیف افسردگی با کاهش معنادار کیفیت زندگی در افراد بزرگسال همراه است. 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 دانش آیورودا، به عنوان طب مکمل، با درمان شناختی-رفتاری و نیز تلفیق این دو درمان با یکدیگر را بر کیفیت زندگی در زنان افسرده مورد بررسی قرار دهد.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۹
روش کار: پژوهش بصورت نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل به اجرا درآمد. جامعه آماری شامل ۴۰ نفر از زنان ۲۵-۴۵ ساله که با تشخیص روانپزشک و انجام آزمون افسردگی بک، مبتلا به افسردگی متوسط تشخیص داده شده و 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 به مدت ۱۰ هفته بر اساس پروتکل‌های موجود، تحت درمان شناختی-رفتاری، آیورودا و تلفیق این دو باهم قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه بود. داده‌ها با استفاده از آزمون اندازه گیری مکرر، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.	واژگان کلیدی: آیورودا درمان شناختی-رفتاری کیفیت زندگی افسردگی
یافته‌ها: میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی زنان افسرده در گروه مداخله به روش آیورودا، قبل از درمان $5/33 \pm 5/23$ و بعد از درمان $5/04 \pm 5/41$ بود که تفاوت معناداری بین آنها مشاهده نشد ($P=0/12$)، در درمان با رویکرد شناختی رفتاری میانگین نمرات قبل از درمان $16/95 \pm 43/7$ و بعد از درمان $12/51 \pm 54/95$ بود که تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P=0/26$) و در درمان تلفیقی قبل از درمان $11/84 \pm 61/8$ و بعد از درمان $7/73 \pm 54/8$ بود که در این روش تفاوت بین آنها معنادار بود ($P=0/38$).	تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.
نتیجه گیری: با توجه به اثرات نامطلوب افسردگی بر کیفیت زندگی زنان، تلفیق روش آیورودا به عنوان طب مکمل و درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی زنان افسرده سودمند باشد.	

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که بر احساس، تفکر و نحوه عملکرد فرد تأثیر منفی می‌گذارد. همانطور که می‌دانیم افسردگی با نوسانات خلقی معمولی و هیجانات موقتی زندگی روزمره متفاوت است. در طول یک دوره افسردگی، فرد در بیشتر ساعات روز، و تقریباً هر روز، حداقل به مدت دو هفته، خلق افسرده (احساس غمگینی، تحریک‌پذیری، پوچی) یا از دست دادن لذت یا علاقه به فعالیت‌ها را تجربه می‌کند (۱). افسردگی منجر به کاهش سلامت روان، اختلال در برقراری روابط اجتماعی و اختلال در سلامت جسمی افراد می‌شود و به این واسطه کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد. مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد افسردگی، اضطراب و اختلال خلقی حاصل از آن‌ها می‌تواند ۱۰ تا ۴۵ درصد در کاهش کیفیت زندگی مؤثر باشد (۲)، میزان شیوع افسردگی نشان می‌دهد، از هر ۱۵ بزرگسال یک نفر (۳) (۶/۷ درصد) مبتلا به افسردگی است و در این میان زنان بیشتر از مردان

مستعد ابتلا به افسردگی هستند (۴). هر ساله در ایران حدود سه میلیون مورد افسردگی در مطب پزشکان تشخیص داده می‌شود و به طور میانگین، هر پزشک عمومی روزانه یک بیمار افسرده ملاقات می‌کند. وجود افسردگی می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی فرد شود (۵). بنابر جدیدترین تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۰)، کیفیت زندگی، شامل درک فرد از موقعیت خود در ساختار فرهنگ و سامانه ارزشی است که در آن زندگی می‌کند. این سازمان کیفیت زندگی را بر اساس چهار بعد سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیطی ارزیابی می‌کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مشکلات روانی و جسمی مزمن از عوامل مهمی است که کیفیت زندگی افراد را تهدید می‌کند (۶، ۷). افسردگی یک عامل پیش‌بین قوی در آسیب به کیفیت زندگی بزرگسالان محسوب می‌شود به طوری‌که یافته‌های پژوهشی جدید حاکی از آن است که حتی سطوح خفیف افسردگی با

کاهش معنادار کیفیت زندگی در افراد بزرگسال همراه است (۵، ۸-۱۰).

درمان شناختی-رفتاری (CBT) یکی از با نفوذترین رویکردهای روانشناختی در درمان افسردگی است. اساس درمان شناختی-رفتاری بر این اصل استوار است که نوع تفکر و الگوهای فکری و شناختی ما از محیط اطراف و خودمان و البته تفسیر شخصی ما از اتفاقات زندگی، باعث می‌شوند که رفتارمان نیز متناسب با همان افکار و احساسات شکل بگیرند. درمان شناختی-رفتاری در حقیقت روشی برای کشف معنایی است که ما به رویدادها و مشکلات می‌دهیم. شناخت افکار معیوب، اصلاح باورهای ناکارآمد و افزایش کیفیت روابط از محورهای اصلی این رویکرد در درمان افسردگی است. پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهند درمان شناختی-رفتاری در بهبود علائم افسردگی و اضطراب مؤثر عمل می‌کند (۱۱، ۱۲). این در حالی است که برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد تنها نیمی از بیماران که تحت این درمان قرار می‌گیرند بهبود می‌یابند و از میان بیماران که به درمان شناختی-رفتاری پاسخ می‌دهند، عود شایع است (۱۳، ۱۴). نتایج پژوهش علی و همکاران (۱۳)، نشان می‌دهد ۵۳ درصد از بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب پس از یک سال دچار عود علائم شده‌اند؛ که اغلب این افراد (۷۹ درصد) در شش ماه اول دچار عود علائم بوده‌اند. همچنین ووجناروسکی و همکاران (۱۴)، بر طبق یک مطالعه مروری نشان دادند در حدود ۳۳ درصد از بیماران بهبود یافته دچار عود مجدد می‌شوند و بالطبع عودهای مجدد می‌تواند بر کیفیت زندگی و احساس خوشودی و رضایت افراد اثر منفی داشته باشد. از طرفی در افراد مبتلا به افسردگی بسیاری از جنبه‌های زندگی از قبیل تغذیه، سطح فعالیت‌های بدنی، ارتباطات و... آسیب می‌بیند.

بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند سبک زندگی نقش تاثیرگذاری در ابتلا و یا بهبود مشکلات روانی دارد و می‌توان از اصلاح سبک زندگی به عنوان درمان تکمیلی در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی سود برد (۱۵، ۱۶). عادات‌های تغذیه‌ای در نوع سبک زندگی افراد نقشی اساسی دارند. در همین راستا پژوهش‌ها ارتباط بین برخی از مواد غذایی با افسردگی را تأیید کرده‌اند. فعالیت‌های بدنی به عنوان محور دیگری از سبک زندگی مطرح هستند. انجام فعالیت‌های ورزشی، هم به عنوان عامل پیش‌گیری کننده و هم به عنوان عامل درمانی در افراد مبتلا به افسردگی خفیف و متوسط مؤثر بوده است (۱۷، ۱۸). با توجه به مطالب ذکر شده می‌توان از روش‌های غیر روانشناختی نیز به عنوان درمان مستقل و یا به عنوان مکمل درمانی بهره‌مند شد تا شاید درمان اثرگذاری پایدار و باثبات‌تری داشته باشد. بر همین اساس یکی از روش‌های درمانی که این پژوهش به آن پرداخته است استفاده از طب مکمل آیورودا می‌باشد، دانشی که مرکز طب مکمل و طب جایگزین آمریکا آن را به عنوان طب مکمل در درمان بیماری‌های روانشناختی پذیرفته است (۱۹).

دانش آیورودا، یکی از قدیمی‌ترین سیستم‌های درمانی کل‌نگر در جهان است که بیش از ۳۰۰۰ سال قدمت دارد 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.

در گذشته سه طب سنتی کل‌نگر ایرانی، چینی و هندی با نگاه همه جانبه به مشکلات انسان موفقیت‌های قابل توجهی کسب کردند. با این وجود محدود بودن در حوزه خاص جغرافیایی و عدم انعطاف‌پذیری طب

ایرانی و چینی، مانع رشد و گسترش آن به دنیای پزشکی مدرن امروز شده است. این در حالی است که طب هندی آیورودا با انعطاف‌پذیری کامل، انجام پژوهش‌های علمی متعدد و معرفی خود در کشورهای مختلف، مسیر رشد علمی را پیموده است. امروزه طب آیورودا به عنوان یک روش علمی در بسیاری از مراکز پزشکی و درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۰)، از جمله بیمارستان لاله تهران. طب آیورودا در همه شاخه‌های پزشکی فعالیت دارد. به اعتقاد این طب حفظ تعادل طبیعی بدن، اساس تندرستی و بیماری نتیجه طبیعی عدم توازن است. زندگی در تعادل، کلید سلامت و عمر طولانی است. سبک زندگی ناسالم، رژیم غذایی بد، عوامل محیطی نامطلوب، احساسات منفی و استرس از عمده ترین عوامل ایجاد کننده عدم توازن به شمار می‌روند. به عقیده آیورودا در نظر نگرفتن چرخه استراحت و فعالیت روزانه متناسب با ساختار بدنی فرد، باعث برهم خوردن تعادل طبیعی می‌شود (۲۱).

در آیورودا اعتقاد بر این است که هر فرد با ساختار جسمی و ذهنی منحصر به فردی متولد می‌شود، که اصطلاحاً پراکریتی نامیده شده و توسط طبیعت والدین و همچنین شرایط تولد مثل وضعیت عاطفی و فیزیکی مادر، فصل و محل تولد تعیین می‌شود. پراکریتی معادل ژن در طب غربی است (۱۲). پس از تولد، ساختار بیولوژیکی فرد تحت تأثیر محیط خارجی یا همان اپی‌ژنتیک قرار می‌گیرد. عوامل اصلی ایجاد کننده تغییرات اپی‌ژنتیک عبارتند از سبک زندگی، رژیم غذایی، استرس و عوامل محیطی دیگر (۲۲). 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 فنوتیپ مرتبط است (۲۳). ویکریتی که در سانسکریت به عنوان «پس از تولد» ترجمه می‌شود، به وضعیت عدم تعادل فرد اشاره دارد. برای رسیدن از پراکریتی (نقطه A) به ویکریتی (نقطه B) هر تعداد تغییر می‌تواند وجود داشته باشد و این تغییرات به عوامل محیطی متعددی مرتبط است، از جمله نوع سبک زندگی، تحریکات حسی، عواطف و ...

در سال ۲۰۱۷، بل و همکاران (۲۴) 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. در ۲۰۱۹ نیز میلز و همکاران (۲۵) 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 و... که بر اساس پرسشنامه‌های معتبر روانشناختی مشخص شده بود، با ویکریتی تأیید شد. آیورودا بیش از درمان، رویکردی پیش‌گیرانه جهت مراقبت از سلامتی دارد و از آنجا که هدف آن اساساً بازگرداندن تعادل به فرد است، از دو روش، یکی غیراختصاصی برای پیشگیری، و دیگری اختصاصی برای درمان بهره می‌گیرد.

روش‌های غیراختصاصی به فرد کمک می‌کند از ذهن و بدن خود در مواجهه با عوامل محیطی مختلف حفاظت کند. همچنین به کمک این روش‌ها تا حد امکان از شرایط زمینه ساز بروز بیماری جلوگیری می‌شود. که از جمله مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: اصلاح سبک زندگی، عادت

های تغذیه‌ای، و روش‌ها و اصول مدیریت ذهن (۲۶) و از روش‌های اختصاصی می‌توان استفاده انواع داروهای گیاهی و ... را نام برد. 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 (۲۷). آیورودا برای دستیابی به تعادلی پویا در فرد، به موارد ذیل توجه ویژه‌ای دارد:

روش‌های متعادل کننده بدن، ذهن و آگاهی

نگرش علمی دقیق در سطح بنیادی سلولی و مولکولی و باور به روان تنی بودن اکثر بیماری‌ها

تأکید بر علت‌ها، نه نشانه‌ها

استفاده از خوراکی‌هایی که به عنوان نیرو دهنده یا جوان کننده عمل می‌کنند و در عین حال طبیعی، ساده و مقرون به صرفه هستند

تأکید بر رژیم غذایی و سازگاری غذا

تمرکز بر بهبود سیستم ایمنی بدن

جهت‌گیری به سمت توانبخشی و مراقبت تسکینی (۲۸)

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. آیورودا به افراد می‌آموزد عواطف خود را انکار نکنند، آن‌ها را بشناسند و برای مشکلات خود راه‌حل پیدا کنند (۲۹). از آنجا که آیورودا به عنوان یک روش علمی به تازگی وارد پژوهش‌های با ساختار علمی شده است، نتایج پژوهشی اندکی از نتایج این مداخله در دست است. این تحقیق بر آن است تا تفاوت اثر بخشی این دانش سنتی چندین هزارساله را با روش‌های نوین مورد مقایسه قرار دهد و در این میان درمان شناختی-رفتاری به عنوان روشی پرکاربرد و رایج در درمان افسردگی مد نظر قرار گرفته است، تا به این سؤال پاسخ دهد آیا انطور که ادعا می‌شود آیورودا تأثیر معنی‌داری در بهبود علائم افسردگی و بهبود کیفیت زندگی ایجاد می‌کند؟ و آیا این درمان می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل در ارتقای اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به عنوان درمان پایه‌ای افسردگی عمل کند؟

روش کار

این تحقیق دارای کد اخلاق به شماره: IR.IAU.CTB.REC.1400.068 از کمیته اخلاق و پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی می‌باشد و در سامانه ملی اخلاق و پژوهش‌های زیست پزشکی قابل مشاهده است. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل (لیست انتظار) بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به اختلال افسردگی متوسط شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که جهت درمان به مراکز روانپزشکی مراجعه کردند. تعداد ۴۰ نفر بعنوان شرکت کننده در پژوهش که بر اساس حداقل ۳۰ نفر حجم نمونه مورد تأیید جهت انجام پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی (دلور، ۱۳۸۹)، انتخاب شدند (۳۰). با توجه به ملاک‌های ورود، تعداد ۴۰ نفر که بر اساس پرسشنامه افسردگی بک و تشخیص روانپزشک، مبتلا به افسردگی متوسط بودند، با پرکردن فرم رضایت آگاهانه و ثبت مشخصات و امضای آن، تمایل خود به شرکت در پژوهش را اعلام کردند. معیارهای ورود به تحقیق عبارت بودند از: زنان

۲۵ تا ۴۵ ساله، داشتن نمره پرسشنامه بک در محدوده متوسطه (بین ۱۷-۳۰) و استفاده از دارو درمانی تحت نظر روانپزشک. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل ابتلا به اختلال دو قطبی، اختلال شخصیت، اختلالات سایکوتیک، اقدام به خودکشی، استفاده از روش درمانی به غیر از دارو درمانی و ابتلا به دیابت بود. در این تحقیق انتخاب بصورت روش نمونه‌گیری دردسترس، با فراخوان در فضای مجازی صورت گرفت و قرارگیری آزمودنیها در گروه‌ها 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 و در چهارگروه ۱۰ تایی قرار گرفت. گروه آزمایشی ۱: آیورودا؛ گروه آزمایشی ۲: درمان شناختی-رفتاری؛ گروه ۳: تلفیق آیورودا و درمان شناختی-رفتاری را دریافت کردند و گروه لیست انتظار درمان روانشناختی دریافت نکردند. لازم به ذکر است که همه شرکت‌کنندگان 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 به مدت ۱۰ هفته با توجه به پروتکل‌های مشخص شده برای هر رویکرد درمانی، در هر گروه از آزمودنیها بصورت فردی تا اول خرداد ماه انجام شد و در آخر دوره درمانی از شرکت‌کنندگان پس‌آزمون به عمل آمد، و در ابتدای شهریور ماه نیز مجدداً به منظور پیگیری برای سومین و آخرین بار پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنیها و گروه کنترل قرار گرفت. در مدت زمان اجرا و پیگیری ریزشی در بین آزمودنیها اتفاق نیوفتاده و هیچکدام دارای ملاک‌های خروج از آزمون نشدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا با استفاده از جداول فراوانی و آماره‌های توصیفی، متغیرهای جمعیت شناختی تحلیل شدند، سپس فرض نرمال بودن متغیرهای تحقیق با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شده، و برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شده است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، بعد از اتمام مداخله و جمع‌آوری پرسشنامه‌های پس‌آزمون، نتایج در اختیار گروه لیست انتظار قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو پرسشنامه استاندارد می‌باشد که در ادامه هر یک به صورت مختصر معرفی می‌شوند:

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک فرد از جایگاهش در زندگی می‌داند که در ارتباط با بافت فرهنگی که در آن زندگی می‌کند و نیز در راستای ارزش‌ها، اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های اوست (۳۱). پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط. برای مقایسه روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت.

جلسه هفتگی، اجرا شد. این جلسات به علت هم‌زمانی با دوران کووید بصورت آنلاین برگزار شد، افراد سؤالات مربوط به پراکریتی و ویکریتی را در کاربرگهایی که برایشان ارسال شده بود پاسخ داده، و به همراه عکسهایی از زبان، تصویر کامل و بدون آرایش صورت، عکس از روی دست و روی پا، برای درمانگر آبروردا ارسال کردند. جلسات بصورت ارتباط تصویری از طریق اینترنت انجام شد، بعد از انجام مصاحبه و تشخیص تیپ بدنی توسط درمانگر در جلسه اول، روال کار بر اساس پروتکل ادامه میابد که شامل مواردی از قبیل تنظیم نوع تغذیه و فعالیتهای بدنی، ورزش، حرکات اصلاحی، ماساژهای فردی و خانگی، استفاده از دم‌نوشها و فعالیتهای معنوی، بسته به نوع ساختار بدنی-ذهنی هر فرد بودند.

خلاصه پروتکل درمانی با رویکرد آبروردا در جدول ۱ آورده شده است:

پروتکل مداخله شناختی رفتاری افسردگی

پروتکل ۱۰ جلسه‌ای افسردگی از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی-رفتاری افسردگی آموزش بالینی برای درمانگران، رستمی و همکاران (۲۵) بصورت جلسات انفرادی هفتگی برای ده هفته به اجرا گذاشته شد.

خلاصه پروتکل درمانی با رویکرد شناختی رفتاری در جدول ۲ آورده شده است:

شرکت کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد (۳۲).

پرسشنامه افسردگی بک ویراست دوم

پرسشنامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. در تحقیقی که روی کلیه دانشجویان دانشگاه چمران اهواز در ۱۳۹۱ برای مقایسه روایی و اعتبار فرم ایرانی از روش همسانی درونی استفاده شده است. 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 (۳۳، ۳۴).

پروتکل مداخله آبروردا

این پروتکل بر اساس کتاب آبروردا و ذهن: شفای آگاهی (۱۵) و کتاب آبروردا برای افسردگی (۲۸) بصورت جلسات انفرادی هفتگی برای ۱۰

جدول ۱. پروتکل آبروردا

هفته	سرفصل
اول	مصاحبه بالینی، معرفی آبروردا، و ارائه منطق درمان
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

جدول ۲. پروتکل شناختی رفتاری

جلسه	سرفصل
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط، آشنایی با افسردگی، معرفی روش درمانی
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 ABCD
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

بحث

نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر به صورت زیر بدست آمده است. قبل از ارائه گزارش، نتایج ضریب ام. باکس نشان داد که ماتریس وارپانس-کوواریانس در سطح معناداری ($P > 0/05$) همگن هستند، لذا این مفروضه مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بر اساس یافته‌های آزمون کولموگروف-اسمیرنوف توزیع داده‌های تمامی متغیرهای تحقیق در ۳ بازه زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و زمان پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل نرمال بوده است. فرضیه فرعی اول: درمان به روش آیورودا بر کیفیت زندگی زنان افسرده اثربخش است.

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی زنان افسرده قبل، بعد و زمان پیگیری دوره آیورودا در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	قبل از مداخله Mean ± SD	بعد از مداخله Mean ± SD	پیگیری Mean ± SD	P-value*	مقدار مجذور اتا
گروه مداخله	۴۱/۹ ± ۱۳/۲۹	۵۴/۱ ± ۵/۰۴	۵۲/۳ ± ۵/۳۳	۰/۱۲	۰/۱۲۹
گروه کنترل	۴۶/۵ ± ۸/۵۱	۴۴/۶ ± ۱۰/۰۶	۴۵/۴ ± ۵/۹۱		

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی زنان افسرده قبل، بعد و زمان پیگیری CBT در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	قبل از مداخله Mean ± SD	بعد از مداخله Mean ± SD	پیگیری Mean ± SD	P-value*	مقدار مجذور اتا
گروه مداخله	۴۳/۷ ± ۱۶/۹۵	۵۴/۹۵ ± ۱۳/۵۱	۵۵/۰ ± ۱۲/۰۲	۰/۲۶۳	۰/۰۶۹
گروه کنترل	۴۶/۵ ± ۸/۵۱	۴۴/۶ ± ۱۰/۰۶	۴۵/۴ ± ۵/۹۱		

جدول ۵. مقایسه میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی زنان افسرده قبل، بعد و زمان پیگیری تلفیق آیورودا و CBT در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	قبل از مداخله Mean ± SD	بعد از مداخله Mean ± SD	پیگیری Mean ± SD	P-value*	مقدار مجذور اتا
گروه مداخله	۴۱/۹ ± ۱۳/۲۹	۵۴/۱ ± ۵/۰۴	۶۱/۸ ± ۱۱/۸۴	۰/۰۳۸	۰/۲۱۹
گروه کنترل	۴۶/۵ ± ۸/۵۱	۴۴/۶ ± ۱۰/۰۶	۴۵/۴ ± ۵/۹۱		

افسرده بود. در ادامه به ارائه یافته‌های هر یک از متغیرها پرداخته می‌شود:

نتایج اثر بخشی آیورودا بر کیفیت زندگی در زنان افسرده نشان داد که بین گروه کنترل و گروه مداخله در کیفیت زندگی زنان افسرده تفاوت معنادار وجود نداشته و فرضیه تحقیق مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. با توجه به عدم تحقیقات داخلی و خارجی مرتبط در این زمینه امکان مقایسه تحقیق وجود نداشت. در تبیین نتایج این بخش از فرضیه پژوهش فوق می‌توان گفت اگر چه کیفیت زندگی را می‌توان به طور کلی رضایت از زندگی دانست، اما همانطور که می‌دانیم رضایت از زندگی توسط درک هر فرد از شرایط کنونی‌اش در مقایسه با انتظارات، آرزوها و شرایط دلخواه و ایده‌آل او تعیین می‌شود (۳۶).

لذا می‌توان این احتمال را در نظر گرفت که یا محدوده زمانی تحقیق برای ایجاد تغییرات معنی‌دار در کیفیت زندگی کافی نبوده است و یا آیورودا به تنهایی قابلیت بهینه‌سازی کیفیت زندگی را ندارد. با اینحال برای نتیجه‌گیری بهتر در این مورد نیاز به تحقیقات بیشتر و گسترده تری می‌باشد.

نتایج اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی در زنان افسرده نشان داد که بین گروه کنترل و گروه مداخله در کیفیت زندگی زنان افسرده تفاوت معنادار وجود نداشته و فرضیه تحقیق مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. در صورتی که تحقیقات گذشته چنین رابطه‌ای را تأیید کرده‌اند. بنابراین، نتیجه فرضیه این بخش تحقیق با نتایج تحقیقات صباغ کرمانی (۳۶). همراستا نمی‌باشد. در تبیین نتایج این بخش از فرضیه پژوهش فوق می‌توان به عوامل کنترل نشده تأثیرگذار دیگر بر روی کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال افسردگی متوسط اشاره کرد. دلیل دیگری که بر عدم تأیید فرضیه‌ی ذکر شده می‌تواند تأثیرگذار

یافته‌های این آزمون نشان داد که نمرات متغیر کیفیت زندگی زنان افسرده در قبل، بعد و زمان پیگیری دوره درمانی آیورودا بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$).

فرضیه فرعی دوم: درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی زنان افسرده اثربخش است.

نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر به صورت زیر بدست آمده است. قبل از ارائه گزارش، نتایج ضریب ام. باکس نشان داد که ماتریس وارپانس-کوواریانس در سطح معناداری ($P > 0/05$) همگن هستند، لذا این مفروضه مورد تأیید قرار می‌گیرد.

یافته‌های این آزمون نشان داد که نمرات متغیر کیفیت زندگی زنان افسرده قبل، بعد و زمان پیگیری دوره درمان شناختی-رفتاری بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$).

فرضیه فرعی سوم: تلفیق آیورودا و درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی زنان افسرده اثربخش است. نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر به صورت زیر بدست آمده است. قبل از ارائه گزارش، نتایج ضریب ام. باکس نشان داد که ماتریس وارپانس-کوواریانس در سطح معناداری ($P > 0/05$) همگن هستند، لذا این مفروضه مورد تأیید قرار می‌گیرد. یافته‌های این آزمون نشان داد که نمرات متغیر کیفیت زندگی زنان افسرده در قبل، بعد و پیگیری دوره تلفیق درمان به روش آیورودا و درمان شناختی-رفتاری بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثر بخشی درمان به روش آیورودا، درمان شناختی-رفتاری و تلفیق این دو با یکدیگر بر کیفیت زندگی در زنان

قرار گیرد تا ایشان نیز از نتایج تحقیق در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال افسردگی که با آنها سروکار دارند در کنار سایر روش‌های درمانی استفاده کنند. به زعم یافته‌های مهم این پژوهش، از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به انجام این تحقیق در دوران همه‌گیری کووید اشاره کرد که شاید نسبت به شرایط عادی باعث ایجاد تغییراتی در نتیجه‌گیری شده باشد، لذا بهتر است تحقیقی مشابه در شرایط عادی نیز انجام شود تا بتوان نتیجه‌گیری دقیق‌تری به عمل آورد. هم‌چنین محدودیت دیگر استفاده از زنان مبتلا به اختلال افسردگی متوسط با محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال در شهر تهران اشاره کرد که باعث می‌شود نتایج تنها برای همان گروه سنی و در همان شهرستان تعمیم‌پذیر باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش در سایر گروه‌های سنی و در دیگر شهرها و جوامع آماری با ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی متفاوت نیز مقایسه شود و نتایج حاصل با نتایج تحقیق حاضر مقایسه شود. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی 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 علمی‌سازی 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 پژوهش بدون هیچ گونه کمک مالی صورت گرفت، اما جا دارد در اینجا از کمک‌های بی دریغ جناب آقای جمشید شیخ لارآبادی که در تمام مراحل تحقیق در حوزه طب آیورودا رهنمون من بودند قدردانی نمایم.

باشد، مربوط به شیوع گسترده بیماری کووید ۱۹ در آن محدوده زمانی است که بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته با پریشانی روانشناختی و نشانه‌های بیماری روانی همراه بوده و امکان ابتلا به مشکلات روانشناختی را هم در افراد مبتلا و هم سالم بالا می‌برد (۳۷). به طوری که حدود ۸۰ درصد مردم برای مقابله با استرس‌های خود در طول همه‌گیری کووید ۱۹ به دریافت مراقبت‌های بهداشتی روان نیاز داشتند (۳۸). تأثیر روانشناختی پاندمی کووید ۱۹ می‌تواند پایدار باشد و چندین سال پس از همه‌گیری نیز طول بکشد. پیشبینی می‌شود شیوع اختلالات روانپزشکی و حتی احتمال خودکشی در طول دوران پس از همه‌گیری افزایش یابد (۳۹)، و طبعاً فرارگرفتن در چنین شرایطی نیازمند مداخلات بلندمدت‌تری نسبت به پژوهش‌های پیشین است. در آخر نتایج اثربخشی تلفیق روش درمانی آیورودا و درمان شناختی-رفتاری نشان داد که بین کیفیت زندگی زنان افسرده در گروه کنترل و گروه مداخله تفاوت معنادار وجود داشته و فرضیه تحقیق مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به عدم تحقیقات داخلی و خارجی مرتبط در این زمینه امکان مقایسه تحقیق وجود نداشت، با اینحال در تبیین نتایج پژوهش فوق می‌توان این نکته را در نظر داشت که درمان شناختی-رفتاری فقط متمرکز بر جنبه‌های خاصی از ویژگی‌های فردی می‌باشد که منجر به اختلال افسردگی شده است، در حالی که درمان کل نگر آیورودا به کل سبک زندگی یک مراجع توجه کرده و هرآنچه از نظر تغذیه، فعالیت بدنی، ریتم شبانه روزی و مسائل ذهنی که تعادل جسمانی و روانی فرد را بهم ریخته باشد را مورد مداخله قرار می‌دهد. لذا قرار گرفتن این دو درمان کنار هم توانسته اثربخشی بیشتری بر کیفیت زندگی افراد حاضر در پژوهش داشته باشد. با استناد به نتایج پژوهش حاضر از آنجایی که تلفیق رویکرد آیورودا و درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی زنان افسرده، تأثیرگذاری معنی‌داری داشته، پیشنهاد می‌شود نتایج تحقیق در کارگروه‌های تخصصی و نیز در کارگاه‌های آموزشی در اختیار متخصصین روانشناسی

References

- Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med*. 2018;48(9):1560-1571. doi: 10.1017/S0033291717003336 pmid: 29173244
- Boehm K, Cramer H, Staroszynski T, Ostermann T. Arts therapies for anxiety, depression, and quality of life in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2014;2014:103297. doi: 10.1155/2014/103297 pmid: 24817896
- de Oliveira L, Souza EC, Rodrigues RAS, Fett CA, Piva AB. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends Psychiatry Psychother*. 2019;41(1):36-42. doi: 10.1590/2237-6089-2017-0129 pmid: 30994779
- Torres JF. Estimation of glottal source features from the spectral envelope of the acoustic speech signal. Georgia Institute of Technology 2010.
- 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*. 2018;52:58-63. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2018.03.009 pmid: 29684713
- Outcalt SD, Kroenke K, Krebs EE, Chumbler NR, Wu J, Yu Z, et al. Chronic pain and comorbid mental health conditions: independent associations of posttraumatic stress disorder and depression with pain, disability, and quality of life. *J Behav Med*. 2015;38(3):535-543. doi: 10.1007/s10865-015-9628-3 pmid: 25786741
- Choo CC, Chew PKH, Ho CS, Ho RC. Quality of Life in Patients With a Major Mental Disorder in Singapore. *Front Psychiatry*. 2018;9:727. doi: 10.3389/fpsy.2018.00727 pmid: 30713508
- Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist*. 2008;48(5):593-602. doi: 10.1093/geront/48.5.593 pmid: 18981276
- Lucas-Carrasco R, Eser E, Hao Y, McPherson KM, Green A, Kullmann L, et al. The Quality of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: development and psychometric properties. *Res Dev Disabil*. 2011;32(3):1212-1225. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.030 pmid: 21277738
- Sivertsen H, Bjorklof GH, Engedal K, Selbaek G, Helvik AS. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015;40(5-6):311-339. doi: 10.1159/000437299 pmid: 26360014
- 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
- 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
13. 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
 14. Wojnarowski C, Firth N, Finegan M, Delgadillo J. Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis. *Behav Cogn Psychother*. 2019;**47**(5):514-529. doi: 10.1017/S1352465819000080 pmid: 30894231
 15. Frawley D. *Ayurveda and the Mind: The Healing of Consciousness*. Lotus Press (WI)1997.
 16. Deng W, Cheung ST, Tsao SW, Wang XM, Tiwari AF. Telomerase activity and its association with psychological stress, mental disorders, lifestyle factors and interventions: A systematic review. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;**64**:150-163. doi: 10.1016/j.psyneuen.2015.11.017 pmid: 26677763
 17. Martinsen EW. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nord J Psychiatry*. 2008;**62** Suppl 47:25-29. doi: 10.1080/08039480802315640 pmid: 18752115
 18. Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabiston CM, Stubbs B. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;**107**:525-539. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.09.040 pmid: 31586447
 19. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Wolters Kluwer2015.
 20. Ven Murthy MR, Ranjekar PK, Ramassamy C, Deshpande M. Scientific basis for the use of Indian ayurvedic medicinal plants in the treatment of neurodegenerative disorders: ashwagandha. *Cent Nerv Syst Agents Med Chem*. 2010;**10**(3):238-246. doi: 10.2174/1871524911006030238 pmid: 20528765
 21. Mishra LC. *Scientific basis for Ayurvedic therapies*. CRC press2004.
 22. Sharma H, Keith Wallace R. Ayurveda and Epigenetics. *Medicina (Kaunas)*. 2020;**56**(12). doi: 10.3390/medicina56120687 pmid: 33322263
 23. 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
 24. Bell 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.
 25. 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
 26. Lang C. *Depression in Kerala: Ayurveda and Mental Health Care in 21st-Century India*. Routledge2018.
 27. Lee S. *Boost Your Vitality with Ayurveda*. Translated by F, Haeri and H. Rafii (2012). Tehran: Nashremoin.1999.
 28. Cardona-Sanclemente LE. *Ayurveda for Depression An Integrative Approach to Restoring Balance and Cardona-Sanclemente LE. Ayurveda for Depression An Integrative Approach to Restoring Balance and Reclaiming Your Health*. Berkeley, California: North Atlantic Books2020.
 29. Dahanukar SA, Thatte UM. *Ayurveda revisited*. Popular Prakashan2000.
 30. Delavar A. *Educational and psychological Research*. Tehran, publishing house.2009.
 31. Hamidzadeh S, Ahmadi F, Aslani Y, Etemadifar S, Salehi K, Kordeyazdi R. Study Effect of a Group-Based Exercise Program on the Quality of Life in Older Men and Women in 2006-2007. *JSSU*. 2008;**16**(1):167.
 32. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. 2006;**4**(4):1-12.
 33. Rajabi Gh, Karjunksmai S. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition (BDI-II). *Educat Measure Quarter*. 2011;**3**(10):139-157.
 34. Rostami R, Bidadian M, Bahramizadeh H. *Cognitive-behavioral therapy for depression, a practical guide for therapists*. Tehran, Arjmand.2019.
 35. Bonomi AE, Patrik DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States version of the world health organization quality of life (WHQOL) instrument. *J Clin Epidemiol*. 2000;**53**:19-23. doi: 10.1016/S0895-4356(99)00121-3
 36. Sabbagh Kermani L. Effectiveness of mindfulness integrated cognitive behavioral therapy on the emotional states and quality of life of patients with multiple sclerosis. Master's thesis in psychology, Faculty of Literature and Humanities, Kerman University.2019.
 37. Khan S, Siddique R, Bai Q, Shabana, Liu Y, Xue M, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Causative agent, mental health concerns, and potential management options. *J Infect Public Health*. 2020;**13**(12):1840-1844. doi: 10.1016/j.jiph.2020.07.010 pmid: 32741731
 38. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr*. 2020;**51**:102083. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102083 pmid: 32283510
 39. Nikoogoffar M, Dosti M. The Role of Corona Anxiety on Mental Health and Quality of Life Mediated by Hope. *Res J Positive Psychol*. 1400;**7**(4):25-40.