



بررسی نگرش روان‌پزشکان شهر اصفهان درباره آثار شناختی و روانی شرکت بیماران افسرده در عزاداری‌های مذهبی

پذیرش مقاله: ۹۹/۱۱/۲۵

دریافت مقاله: ۹۹/۷/۱۷

چکیده

سید احمد محمودیان (MD)^۱

سینا مرادی‌زاده فرد (MD student)^۲

سید روح‌الله موسوی زاده (PhD)^۳

سابقه و هدف: در حال حاضر ۱۲۱ میلیون نفر در سراسر دنیا دچار افسردگی هستند و تقریباً ۱۱ درصد کل بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد. عزاداری (Mourning) فرآیند رفتاری است تحت تأثیر فرهنگ و اعتقادات معنوی و مذهبی که داغداری را تغییر می‌دهد. اگرچه عزاداری راهکار مناسبی برای مواجهه با بینش‌ها و ارزش‌ها است، ممکن است تهدیدی برای سلامت فرد در مواجهه با چالش‌های جدید نیز باشد. در پاسخ به این سؤال، نظرات روان‌پزشکان را با توجه به برخورد بالینی با بیماران و آگاهی از فیزیوپاتولوژی افسردگی، درباره اثرات مراسم عزاداری در ابعاد شناختی، معنوی، سازگاری و علائم بیماری بررسی نمودیم.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر، مطالعه توصیفی-پیمایشی بوده و جامعه پژوهش شامل ۱۰۴ نفر روان‌پزشک شهرستان اصفهان است که با استفاده از روش هدفمند/در دسترس انتخاب شدند. با توجه به شرایط پاندمی کرونا ۲۰۱۹ پرسشنامه معتبر شده را از طریق فضای مجازی برای شرکت‌کنندگان ارسال و پاسخ آن دریافت گردید. پس از ورود اطلاعات به رایانه، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 و از روش‌های آماری χ^2 و t-test تحلیل شده است.

یافته‌ها: نگرش افراد مورد مطالعه درباره آثار کلی مراسم عزاداری مذهبی بر بیماران مبتلا به افسردگی مثبت بود. ۵۳/۹ درصد معتقد بودند که مراسم عزاداری مذهبی اثرات خوبی بر علائم بیماران افسرده دارد. ۶۴/۴ درصد با آثار معنوی، ۷۱/۷ درصد با آثار مثبت شناختی آن و ۵۸/۹ درصد با سازگاری بیماران موافق بودند. تفاوت نمره نگرش روان‌پزشکان مرد و زن درباره اثرات عزاداری مذهبی معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های این پژوهش و مطالعات مرتبط، به نظر می‌رسد عموماً نگرانی درباره شرکت بیماران در برنامه معنوی-سیاسی منطبق با فرهنگ آنان نیست و لزومی ندارد آن‌ها را منع کرد.

واژگان کلیدی: نگرش، روان‌پزشکان، بیماران افسرده، سوگواری

۱. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳. گروه معارف، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

*نویسنده مسئول: سید احمد محمودیان

اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی.

تلفن: ۰۳۱ ۳۷۹۲۸۱۱۰

فاکس: ۰۳۱ ۳۷۹۲۸۱۱۰

Email:

A_mahmoudian@med.mui.ac.ir

مقدمه

به خودکشی را دارند. افسردگی بر بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در جهان تأثیر داشته و علت اصلی ناتوانی و سلامت نامناسب در بین مردم جهان است. افسردگی به‌تنهایی ۱۰ درصد از سال‌های عمر ازدست‌رفته به‌خاطر ناتوانی را در جهان به خود اختصاص داده است (۲). با شیوع اختلالات افسردگی سهم جمعیت مبتلا به افسردگی امروزه در سراسر جهان بین ۲ تا ۶ درصد است. در سطح جهانی، افراد مسن (در گروه سنی ۷۰ سال به بالا) نسبت به سایر گروه‌های سنی بیشتر در معرض خطر افسردگی هستند. در سال ۲۰۱۷، حدود ۲۶۴ میلیون نفر در جهان افسردگی را تجربه کرده‌اند. در همه کشورها میانگین تخمین شیوع افسردگی در زنان بیشتر از مردان است. کمترین شیوع افسردگی را در بین افراد با تحصیلات عالی (پس از دوره دوم) مشاهده می‌کنیم و بیشترین شیوع در کسانی است که به تحصیلات متوسطه نرسیده‌اند. به‌طور کلی، به نظر می‌رسد شیوع افسردگی در افراد شاغل نسبت به افراد متقاضی کار، یا کل جمعیت که شامل بیکاران نیز شامل می‌شود، کمتر است (۳). شیوع این بیماری همچنان یک مسئله مهم

نگرش، یک جنبه‌ی مهم از زندگی عاطفی ما را تشکیل می‌دهد. نگرش داری سه عنصر شناختی، عاطفی و رفتاری است. عنصر شناختی، همان اعتقادات یا باورهای شخصی درباره‌ی یک شی یا اندیشه است، عنصر عاطفی که با باورهای ما پیوند دارد شامل احساساتی است که موضوع نگرش در شخص را برمی‌انگیزد. تمایل به عمل و آمادگی برای پاسخگویی، عنصر رفتاری نگرش محسوب می‌شود. افسردگی، اختلال روانی شایعی است که تمامی جوامع و گروه‌های سنی را درگیر می‌کند (۱).

افسردگی با این نشانه‌ها شناخته می‌شود: «احساس غم پایدار و کاهش تمایل به انجام کارهایی که به‌صورت معمول از آن لذت می‌بریم، وقتی که با اشکال در انجام وظایف روزمره حداقل به مدت دو هفته به طول انجامد». همچنین افراد افسرده برخی از علائم خستگی، کاهش انرژی، تغییر در اشتها به‌صورت پرخوری عصبی و یا کاهش اشتها، کاهش یا افزایش خواب، اضطراب، کاهش تمرکز، بی‌قراری و ناآرامی، احساس گناه، بی‌ارزشی و یا درماندگی و تمایل

بهداشت عمومی است و دولت‌ها باید از تحقیقات لازم برای توسعه اقدامات بهتر پیشگیری و درمانی حمایت کنند (۴).

در ایجاد افسردگی دو نوع رویداد اهمیت ویژه دارند: فقدان (از دست دادن (loss))، و شکست (failure). تجربه‌هایی مثل از دست دادن شغل یا فوت بستگان نزدیک می‌توانند باعث آغاز دوره‌ای از غم، خمودگی و تکرار دائمی بعضی از افکار منفی شوند. در بعضی افراد علائم افسردگی به مدت طولانی باقی می‌ماند و در همه جوانب زندگی آن‌ها نفوذ می‌کنند. این بیماری در جنبه‌های هیجانی، رفتاری، شناختی و فیزیکی افراد تأثیر می‌گذارد و ممکن است به افسردگی بالینی (clinical depression) منجر شود (۵). سوگ (Grief)، یک پاسخ کامل به تجربه عاطفی مرتبط با فقدان است. سوگ به صورت فکر، احساس و رفتار ظاهر می‌شود و با زجر یا غم شدید همراه است. داغداری (Bereavement) پاسخ ذهنی تجربه‌شده توسط کسانی است که عزیزی را از دست می‌دهند و عزاداری (Mourning)، فرآیند رفتاری است که در طی آن داغداری برطرف شده یا تغییر می‌کند و اغلب تحت تأثیر فرهنگ، اعتقادات معنوی و مذهبی و سنت‌های شخص است (۶). سوگواری می‌تواند تهدیدی برای سلامتی باشد، یا راه حل مثبتی که فرد را با بینش، ارزش‌ها، چالش‌ها، مجراها و حساسیت‌های جدید مواجه کند. شیوع سوگ و پیامدهای آن به دلیل تفاوت‌های موجود در هنجارهای اجتماعی و انتظارات فرهنگی متفاوت است (۷). اعتقادات معنوی اصیل اسلام درباره‌ی مرگ، اجازه بروز واکنش‌های غیرطبیعی سوگ را نظیر سنگ‌زنی، آیین قه‌زنی، عبور از آتش، اجرای آهنگ‌های مبتذل، اشعار غلوآمیز نمی‌دهد، زنجیر نباید سبب زخم شود و بسیاری از علما چنین نگرشی داشته‌اند (۸).

تداوم سوگواری برای امام حسین (ع) و یاران ایشان دلایل سیاسی و معنوی دیگری دارد و در افراد سالم با روشنگری پیش می‌رود ولی معلوم نیست که در افراد بیمار به خصوص افسرده چه اثری دارد؟

عزاداری و سوگواری آئینی رفتار و مراسم خاصی است که در مواقعی به خصوص توسط اقوام و ملل گوناگون انجام می‌شود (۹). عزاداری امام حسین (ع) برپاداشتن مراسم‌هایی به یاد شهادت ایشان در ایام مختلف؛ به خصوص دهه محرم و روز عاشورا، برای زنده نگه‌داشتن هدف امام حسین است که مورد تشویق بسیار اولیای دین بوده و خود معصومین در این راه می‌کوشیدند (۱۰). زیرا عزاداری به صورت گریه، برپایی مجالس ذکر، سرودن مرثیه، گریاندن، نوحه‌خوانی و...، احیای خط ائمه و تبیین مظلومیت آنان است سنت عزاداری، با برخورداری از عشق و محبتی که از امام حسین (ع) در دل‌ها بوده و هست، تبدیل به یک برنامه گسترده و مردمی شده و هرگز سستی و خاموشی ندارد و به برکت آن، اقشار بسیاری با امام حسین (ع) و دین و فرهنگ عاشورا آشنا می‌شوند (۱۱). سوگواری و اشک ریختن در غم‌های حضرت اباعبدالله عامل تقویت حس عدالت‌خواهی و انتقام‌جویی از ستمگران نوعی اعتراض به ظالمان و حمایت از مظلوم و زمینه‌سازی برای تجمع نیروهای پیرو حسین (ع) در خط دفاع مقدس حق و انتقال فرهنگ شهادت به نسل آینده است. شهید مرتضی مطهری می‌فرماید: در شرایط خشن یزیدی، در حزب حسینی‌ها شرکت کردن و تظاهر به گریه کردن بر شهدا نوعی اعلام وابسته بودن به گروه اهل حق و اعلان جنگ با گروه باطل است. اینجاست که عزاداری حسین بن علی (ع) یک حرکت است، یک موج است، یک مبارزه اجتماعی است (۱۲). مراسم عاشورا با فراهم آوردن شیوه‌های خاصی از کنش می‌کوشد رنج را از این طریق قابل فهم می‌سازد. توانایی انسان در فهم رنج

درواقع به معنای توانای پذیرش و تحمل آن است. شرکت در مراسم عزاداری، در ساده‌ترین و در عین حال گسترده‌ترین وجه ممکن، تقدس را به درون زندگی سرشار از فشار و ناکامی عزاداران تزریق می‌کند تا هم نظم زندگی را برای آن‌ها تعبیر و تفسیر کند و هم حوادث رنج‌آلود را برای آن‌ها قابل تحمل سازد و هم اینکه با امید، روزهای آرام و بدون رنج را نوید دهد (۱۳). پیامدهای گریه؛ گریه و خود آرام‌سازی؛ گریه در خدمت عملکردها خود آرامش‌دهنده است و با اجزای خاص خود (تولید اشک، صدای آزاردهنده، هق‌هق گریه) باعث ایجاد اثرات خود تسکین‌دهنده می‌شود. اثرات تسکین‌دهنده‌ی گریه به معنای بازگشت هر دو حالت ذهنی؛ عاطفی (خلق و خوی) و تحریک فیزیولوژیکی به سطح پایه (از قبل از گریه) است. گریه به عنوان یک رفتار تقویت‌کننده‌ی روحیه در فرهنگ عامه و رسانه‌های مشهور این تصور که گریه تأثیرات درون فردی را به همراه دارد بسیار است و به دوران باستان کلاسیک برمی‌گردد. Vingerhoets (۲۰۱۳) با بررسی مجلات آمریکایی و انگلیسی و با مروری بر پژوهش‌های سال‌های ۱۸۴۸ تا ۱۹۸۵ نشان داد که مردم معتقد بودند که گریه برای سلامت روحی و جسمی فرد مفید است. لحظه‌ای که به هنگام گریه حالت فرد از درگیری فعال به سیگنال ناتوانی و نیاز به کمک تغییر می‌کند. تغییر در سیستم‌های مختلف خودکار، عصبی عضلانی و عصبی بیوشیمیایی، ممکن است باعث تسکین فرد غمگین و افسرده گردد. گریه ممکن است از طریق مکانیسم‌های شناختی که از نظر عملکرد با مکانیسم‌های فیزیولوژیکی مرتبط هستند؛ بر روحیه اثرات مفیدی ایجاد کند. این مکانیسم‌ها ممکن است شامل: آگاهی از اشک فرد- بهبود تصور از خود؛ رسیدن به درک جدید یا فرآیندهای یادگیری باشد. تمام مکانیسم‌های شناختی ممکن است با هر سه شکل گریه (مظهر اشک‌آور، صوتی، هق‌هق) همراه باشد (۱۴).

سوگ، تأثیرات نامطلوبی بر کیفیت زندگی فردی و اجتماعی افراد داغ‌دیده دارد. از لحاظ فیزیکی و جسمی، رایج‌ترین احساس‌های بدنی گزارش شده از افراد برای مشاوره سوگ فشار سینه، گرفتگی گلو، حساسیت مفرط به سر و صدا، ضعف عضلانی، فقدان انرژی، اختلال در خواب و بی‌اشتهایی. درد سوگ که هم شامل درد جسمانی عینی (که بسیار شایع است) و هم شامل درد رفتاری و هیجانی است. نشانه‌های روانی، هیجان‌ها و احساسات منفی که فرد داغ‌دیده تجربه می‌کند عبارتند از: غمگینی، خشم، احساس گناه و سرزنش خود، اضطراب، درماندگی، شوک بی‌احساسی و بی‌لذتی. در بُعد اجتماعی، تمایل به کناره‌گیری از دیگران و فقدان علاقه به دنیای بیرون امری شایع است (۱۵). در مراقبت طبی بیوسایکوسوشیال (زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی) یا مراقبت بیمار-محور یا فردی با هر بیمار به اقتضای وضعیت بیولوژیکی، خانواده، شغل، درآمد، مذهب و معنویت وی برخورد متفاوتی اتخاذ می‌شود تا رنج بیمار به کمترین حد برسد. در این شیوه چالش مراقبت با یک سؤال ساده که چه چیزی برای وی مهم است، دنبال می‌شود و متناسب با انتظارات منطقی بیمار، خدمات درمانی ارائه و به سؤالات بیمار پاسخ داده می‌شود (۱۶). پزشکان به بیمارانی که توان جراحی آرتروپلاستی را ندارند و برای امرار معاش ناچار است علیرغم درد زانو کار کند، برای کاهش آسیب او را آموزش می‌دهند و آن‌ها را نمی‌ترسانند. عزاداری نیز ممکن است برحسب نگرش و فرهنگ وی برای بعضی از بیماران آرام‌بخش و برای بعضی دیگر آسیب‌زا باشد. در آموزش بیماران، توجه به باورها از یک سو و راهنمایی کاربردی آنان از سوی دیگر، ضرورت پرداختن به بعد معنوی را مشخص می‌کند. معنویت به روابط فرد با خدا اشاره دارد و از نظر حضرت علی (ع) زندگی

استفاده شده. جهت تعیین نمره تأثیر گویه برای هر یک از گویه‌های پرسشنامه طیف لیکرتی ۴ قسمتی در نظر گرفته شده در مرحله کیفی (کاملاً مرتبط=۴ است، مرتبط است=۳ است، نسبتاً مرتبط=۲، مرتبط نیست =۱)، به این منظور و در مرحله کمی، از نظرات متخصصان در جهت کاهش و حذف عبارتهای نامناسب و تعیین اهمیت هر یک از عبارتهای، با روش تأثیر آیتم استفاده گردید. همچنین، جهت تعیین نمره تأثیر گویه برای هر یک از گویه‌های پرسشنامه، طیف لیکرتی ۴ قسمتی در نظر گرفته شد. سپس از ۱۴ نفر متخصص (در حوزه‌های روان‌شناس، بالینی، مشاوره، روان‌پزشک، روان‌سنج و علوم تربیتی) در مرحله کیفی بررسی روایی صورتی نیز درخواست شد که بر اساس تجربیات خود، هر یک از گویه‌ها را ارزیابی نموده و یک گزینه را انتخاب کرده‌اند. نمره تأثیر گویه با استفاده از فرمول زیر محاسبه گردید:

$$\text{اهمیت} \times \text{فراوانی (به درصد)} = \text{نمره تأثیر}$$

برای پذیرش روایی صورتی هر گویه، نمره تأثیر آن نایستی کمتر از ۱/۵ باشد و فقط سؤالاتی از لحاظ روایی صورتی قابل قبول هستند که نمره آن‌ها بالاتر از ۱/۵ باشد، که در این پرسشنامه از نمرات ۲/۲۸ تا ۴ می‌باشند و همگی از ۱/۵ بیشتر می‌باشند که از لحاظ روایی قابل قبول هستند (۲۰). برای بررسی روایی محتوایی پرسشنامه نیز به دو شیوه عمل شده است:

الف) شاخص نسبت روایی محتوایی (CVR: Content Validity Ratio):
این شاخص توسط لاوشه (۱۹۷۵) طراحی شده است. جهت محاسبه این شاخص از نظرات کارشناسان متخصص در زمینه محتوای پرسشنامه موردنظر استفاده شده و با توضیح اهداف پرسشنامه برای آن‌ها و ارائه تعاریف عملیاتی مربوط به محتوای سؤالات، از آن‌ها خواسته شده تا هر یک از سؤالات را بر اساس طیف چهاربخشی لیکرت «کاملاً مرتبط است»، «مرتبط است»، «نسبتاً مرتبط» و «مرتبط نیست» طبقه‌بندی کنند. سپس بر اساس فرمول زیر، نسبت روایی محتوایی محاسبه می‌شود:

$$CVR = \frac{n_e - \frac{n}{2}}{\frac{n}{2}}$$

در این فرمول n_e تعداد متخصصینی که گزینه ضروری را انتخاب کرده‌اند و n تعداد کل متخصصین می‌باشد. بر اساس تعداد متخصصینی که سؤالات را مورد ارزیابی قرار داده‌اند، حداقل مقدار CVR قابل قبول بر اساس جدول زیر بایستی باشد. سؤالاتی که مقدار CVR محاسبه شده برای آن‌ها کمتر از میزان موردنظر با توجه به تعداد متخصصین ارزیابی کننده سؤال باشد، بایستی از پرسشنامه کنار گذاشته شوند به علت اینکه بر اساس شاخص روایی محتوایی، روایی محتوایی قابل قبولی ندارند. میزان CVR در این پرسشنامه حداقل ۰/۵۱ درصد و حداکثر ۱ بیشترین میزان روایی قابل قبول را دارد.

با توجه به جدول لاوشه

حداقل مقدار CVR قابل قبول بر اساس تعداد متخصصین نمره‌گذار	تعداد متخصصین	مقدار CVR	تعداد متخصصین
۵	۱۱	۰/۹۹	۱۱
۶	۱۲	۰/۹۹	۱۲
۷	۱۳	۰/۹۹	۱۳
۸	۱۴	۰/۷۵	۱۴
۹	۱۵	۰/۷۸	۱۵
۱۰	۲۰	۰/۶۲	۲۰

بدون معنویت ارزشی ندارد (۱۷). اهمیت معنویت و سلامت معنوی در انسان، در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه متخصصان علوم رفتاری و بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. پیشرفت علوم رفتاری و به ویژه علم روان‌شناسی و روان‌پزشکی از یک سو و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سوی دیگر، باعث شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی قد علم کند و اهمیت بیشتری بیابند (۱۸). پدیده معنویت و رشد معنوی دارای یک ساختار چندبعدی است و ۹ بخش ذیل را شامل می‌شود: بعد روحانی و فرا مادی، معنا و هدف در زندگی، داشتن رسالت در زندگی، تقدس زندگی، اهمیت ندادن به ارزش‌های مادی، نوع دوستی، آرمان گرایی، پذیرش مرگ و ثمرات معنویت (۱۹).

یکی از سؤالاتی که بیمار یا خانواده افراد افسرده مکرر می‌پرسند و اختلاف نظر در بین مردم وجود دارد این است که آیا شرکت در عزاداری وضعیت بیماری را موقتاً یا طولانی مدت بدتر می‌کند یا نه؟ یک منبع خوب در پاسخ کارشناسانه به این سؤال روان‌پزشکان هستند که آگاهی از فیزیوپاتولوژی بیماری تغییر علائم بیماران را در واکنش به سوگ فوت آشنایان و مراسم عزاداری‌های مذهبی با نگاه جامع و تحلیل بالینی مشاهده کرده‌اند. همچنین روان‌پزشکان کمترین سوگیری اجتماعی را دارند و می‌توانند تأثیر دوطرفه بیماری و عوامل خارجی را تفسیر نمایند؛ لذا منبع خوبی برای پاسخ به این سؤال می‌باشند در این مطالعه به بررسی نظرات روان‌پزشکان درباره آثار شناختی و روانی شرکت در عزاداری‌های مذهبی پرداختیم. کاربرد نتایج تحقیق در راستای تهیه دستورالعمل و راهنمای آموزشی مناسب برای حوزه‌های مختلف خدمات سلامت می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر پیمایشی (توصیفی) است. معیار ورود به مطالعه تخصص روان‌پزشکی، شاغل بودن در شهر اصفهان، رضایت برای پاسخ به سؤالات می‌باشد. معیار خروج، عدم رضایت به ادامه همکاری در تکمیل پرسشنامه است. در این پژوهش، تعداد ۱۰۴ نفر از روان‌پزشکان شهر اصفهان (۷۰ درصد مرد و ۳۰ درصد زن) به عنوان نمونه و با استفاده از روش هدفمند انتخاب شدند. پرسشنامه‌ای محقق ساخته و علاوه بر مشخصات عمومی دموگرافیک، مشتمل بر چهار بخش نگرش به اثرات عزاداری بر علائم، سازگاری، شناخت، معنویت و رفتار بود. سؤال تدوین شده و پاسخ‌ها بر اساس پنج سطح "کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، بی نظرم (۳)، مخالفم (۲)، کاملاً مخالفم (۱)" در نظر گرفته شده و روش نمره‌گذاری از صفر (۰) تا صد (۱۰۰) نمره زیر ۴۰ نگرش منفی نمره ۴۱ تا ۶۰ خنثی و بالاتر از آن مثبت در نظر گرفته شده است. جمع هر مجموعه سؤالات برای هر بعد منظور شده و در تجزیه و تحلیل از میانگین آن‌ها برای گزارش استفاده شده است.

پرسشنامه‌ای با ابعاد شناختی-معنوی- سازگاری و علائم که جهت جمع‌آوری آن با توجه به شرایط کرونا به صورت مجازی به ایمیل، گذاشتن لینک آن در گروه روان‌پزشکان و بعضاً به واتساپ و تلگرام این عزیزان ارسال گردید و پس از تکمیل به صورت آنلاین اطلاعات دریافت گردید. جهت تعیین روایی ابزار پژوهش، از روش تعیین اعتبار صورتی با تأیید صاحب‌نظران، استفاده گردید. همچنین روایی صورتی کمی با اندازه‌گیری نمره تأثیر گویه (item impact score)، در این مرحله بر اساس نظرات متخصصان در جهت کاهش و حذف عبارتهای نامناسب و تعیین اهمیت هر یک از عبارتهای، از روش تأثیر آیتم

پژوهش از روش تحلیل تی استیودنت (t.test) جهت مقایسه نگرش روان‌پزشکان زن و مرد مورد استفاده قرار گرفته است.

یافته‌ها

نمونه آماری تحقیق حاضر ۷۰ نفر بود که ۳۰ درصد آن‌ها زن و ۷۰ درصد مرد بودند. ۲۷ درصد در مراکز دولتی، ۲۴ درصد در مراکز خصوصی و حدود ۴۹ درصد در هر دو مرکز طبابت می‌کردند. میانگین سنی این افراد ۴۳ سال و میانگین سابقه کاری آن‌ها ۱۵ سال بود. شاخص‌های توصیفی مربوطه در قالب جداول ۱ تا ۳ ارائه شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری بر حسب جنسیت

ویژگی جمعیت شناختی	طبقه گروه	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۲۱	۳۰
	مرد	۴۹	۷۰
	کل	۷۰	۱۰۰
محل طبابت	دولتی	۱۹	۲۱/۱
	خصوصی	۱۷	۲۴/۳
	هر دو	۳۴	۴۸/۶
	کل	۷۰	۱۰۰
سن	میانگین = ۴۳/۳۹	انحراف معیار = ۶/۴۵	
سابقه خدمت	میانگین = ۱۵/۲۴	انحراف معیار = ۷/۱۱	

وجود دارد. بر این اساس و با توجه به فراوانی‌های مشاهده‌شده و درصد توزیع‌های مربوطه می‌توان نتیجه گرفت که در مجموع نگرش جامعه مورد مطالعه درباره آثار معنوی مراسم عزاداری مذهبی بر بیماران مبتلا به افسردگی مثبت است (۶۴/۴ درصد موافق بوده‌اند).

جدول ۲. نتایج آزمون خی دو مربوط به نگرش روان‌پزشکان درباره آثار معنوی مراسم عزاداری مذهبی بر بیماران مبتلا به افسردگی

متغیر	فراوانی/درصد	مخالف	بی‌نظر	موافق	کل	آماره خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
آثار معنوی	فراوانی	۱۹۹	۵۰	۴۵۱	۷۰۰	۳۵۲/۱۵	۲	<۰/۰۰۱
	درصد	۲۸/۴	۷/۱	۶۴/۴	۱۰۰			

وجود دارد. بر این اساس و با توجه به فراوانی‌های مشاهده‌شده و درصد توزیع‌های مربوطه می‌توان نتیجه گرفت که در مجموع نگرش جامعه مورد مطالعه درباره آثار شناختی مراسم عزاداری مذهبی بر بیماران مبتلا به افسردگی مثبت است (۷۱/۷ درصد موافق بوده‌اند).

جدول ۳. نتایج آزمون خی دو مربوط به نگرش روان‌پزشکان درباره آثار شناختی مراسم عزاداری مذهبی بر بیماران مبتلا به افسردگی

متغیر	فراوانی/درصد	مخالف	بی‌نظر	موافق	کل	آماره خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
آثار شناختی	فراوانی	۸۶	۱۳	۲۵۱	۳۵۰	۲۵۴/۸۵	۲	<۰/۰۰۱
	درصد	۲۴/۶	۳/۷	۷۱/۷	۱۰۰			

بر اساس اطلاعات جدول ۴، آماره‌های آزمون مجذور خی محاسبه‌شده در سطح خطای نوع اول ($\alpha=0/001$) معنادار می‌باشند ($P<0/001$). لذا چنین استنباط

(ب) شاخص روایی محتوایی (CVI: Content Validity Index): جهت بررسی شاخص روایی محتوا از روش والتز و باسل (Waltz & Bausell) استفاده شده است (۲۱). بدین‌صورت که متخصصان «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» هر گویه را بر اساس یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی مشخص نموده‌اند. متخصصان مربوط بودن هر گویه را از نظر خودشان از ۱ «مربوط نیست»، ۲ «نسبتاً مربوط است»، ۳ «مربوط است» تا ۴ «کاملاً مربوط است» مشخص کرده‌اند. ساده بودن گویه نیز به ترتیب از ۱ «ساده نیست»، ۲ «نسبتاً ساده است»، ۳ «ساده است» تا ۴ «ساده مربوط است» و واضح بودن گویه نیز به ترتیب از ۱ «واضح نیست»، ۲ «نسبتاً واضح است»، ۳ «واضح است» تا ۴ «واضح مربوط است» مشخص شده‌اند.

$$CVI = \frac{\text{تعداد متخصصینی که به گویه نمره ۳ و ۴ داده‌اند}}{\text{تعداد کل متخصصین}}$$

حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص CVI برابر با ۰/۵۱ است و اگر شاخص CVI گویه‌ای کمتر از ۰/۵۱ باشد آن گویه بایستی حذف شود. روایی کمترین محتوایی این پرسشنامه از ۰/۵۷ درصد تا ۱ می‌باشد. همچنین به‌منظور سنجش اعتبار یا پایایی ابزار گردآوری داده‌ها از روش آلفای کرونباخ استفاده شده و ضریب اعتبار ۰/۷۶ درصد به‌دست آمده است. روش‌های آمار توصیفی (درصد میانگین فراوانی ...) روش‌های آمار استنباطی: (خی دو)، برای مقایسه اثرات یک متغیر مستقل بر روی متغیرهای وابسته موجود در

۱. نگرش روان‌پزشکان اصفهان درباره آثار معنوی مراسم عزاداری مذهبی بر بیماران مبتلا به افسردگی چگونه است؟

بر اساس اطلاعات جدول ۲، آماره‌های آزمون مجذور خی محاسبه‌شده در سطح خطای نوع اول ($\alpha=0/001$) معنادار می‌باشند ($P<0/001$). لذا چنین استنباط می‌شود که بین فراوانی‌های مشاهده‌شده و مورد انتظار تفاوت معنی‌دار

۲. نگرش روان‌پزشکان اصفهان درباره آثار شناختی مراسم عزاداری مذهبی بر بیماران مبتلا به افسردگی چگونه است؟

بر اساس اطلاعات جدول ۳، آماره‌های آزمون مجذور خی محاسبه‌شده در سطح خطای نوع اول ($\alpha=0/001$) معنادار می‌باشند ($P<0/001$). لذا چنین استنباط می‌شود که بین فراوانی‌های مشاهده‌شده و مورد انتظار تفاوت معنی‌دار

۳. نگرش روان‌پزشکان اصفهان درباره اثرات مراسم عزاداری مذهبی بر سازگاری بیماران با افسردگی چگونه است؟

عزاداری مذهبی بر سازگاری بیماران مبتلا به افسردگی مثبت است (۵۸/۹ درصد موافق بوده‌اند).

می‌شود که بین فراوانی‌های مشاهده‌شده و مورد انتظار تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بر این اساس و با توجه به فراوانی‌های مشاهده‌شده و درصد توزیع‌های مربوطه می‌توان نتیجه گرفت که در مجموع نگرش جامعه مورد مطالعه درباره اثرات مراسم

جدول ۴. نتایج آزمون خی دو مربوط به نگرش روان‌پزشکان درباره اثرات مراسم عزاداری مذهبی بر سازگاری بیماران مبتلا به افسردگی

متغیر	فراوانی / درصد	مخالف	بی‌نظر	موافق	کل	آماره خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
سازگاری	فراوانی درصد	۱۱۴ ۳۲/۶	۳۰ ۸/۶	۲۰۶ ۵۸/۹	۳۵۰ ۱۰۰	۱۳۲/۸۵	۲	<۰/۰۰۱

بر این اساس و با توجه به فراوانی‌های مشاهده‌شده و درصد توزیع‌های مربوطه می‌توان نتیجه گرفت که در مجموع نگرش جامعه مورد مطالعه درباره اثرات مراسم عزاداری مذهبی بر علائم بیماران مبتلا به افسردگی مثبت است (۵۳/۹ درصد موافق بوده‌اند).

۴. نگرش روان‌پزشکان اصفهان درباره اثرات مراسم عزاداری مذهبی بر علائم بیماران مبتلا به افسردگی چگونه است؟

بر اساس اطلاعات جدول ۵، آماره‌های آزمون مجذور خی محاسبه‌شده در سطح خطای نوع اول ($\alpha=0/001$) معنادار می‌باشند ($P<0/001$). لذا چنین استنباط می‌شود که بین فراوانی‌های مشاهده‌شده و مورد انتظار تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون خی دو مربوط به نگرش روان‌پزشکان درباره اثرات مراسم عزاداری مذهبی بر علائم بیماران مبتلا به افسردگی

متغیر	فراوانی / درصد	مخالف	بی‌نظر	موافق	کل	آماره خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
علائم	فراوانی درصد	۲۵۱ ۳۵/۹	۷۱ ۱۰/۲	۳۷۷ ۵۳/۹	۶۹۹ ۱۰۰	۲۰۳/۰۲	۲	<۰/۰۰۱

مذهبی بر بیماران مبتلا به افسردگی بررسی گردید که نتایج بررسی در جدول ۶ آمده است. بر اساس اطلاعات جدول ۶، چون مقادیر t محاسبه‌شده در سطح خطای نوع اول ($\alpha=0/05$) معنادار نمی‌باشند ($P>0/05$) لذا چنین استنباط می‌شود که بین نگرش روان‌پزشکان زن و مرد، درباره اثرات مراسم عزاداری مذهبی بر بیماران مبتلا به افسردگی تفاوت معنادار وجود ندارد.

۵. نگرش روان‌پزشکان زن و مرد، درباره اثرات مراسم عزاداری مذهبی بر بیماران مبتلا به افسردگی چگونه است؟

برای مقایسه نگرش پزشکان مرد و زن در ارتباط با متغیرهای مورد مطالعه، در ابتدا، نرمالیت متغیرها با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. آنگاه مقایسه نگرش روان‌پزشکان زن و مرد، درباره اثرات مراسم عزاداری

جدول ۶. نتایج آزمون t مربوط به مقایسه نگرش روان‌پزشکان زن و مرد، درباره اثرات مراسم عزاداری مذهبی بر بیماران مبتلا به افسردگی

متغیرها	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری
آثار معنوی	زن	۲۱	۳۳/۲۸۵۷	۶/۷۷۶۰۱	۰/۶۲۹	۶۸	۰/۵۳۱
	مرد	۴۹	۳۴/۲۴۴۹	۵/۴۱۰۳۷			
آثار شناختی	زن	۲۱	۱۶/۵۷۱۴	۳/۷۳۵۹۳	۱/۶۷۴	۶۸	۰/۰۹۹
	مرد	۴۹	۱۷/۸۹۸۰	۲/۶۹۴۴۸			
سازگاری با بیماری	زن	۲۱	۱۵/۷۶۱۹	۲/۹۱۳۸۴	۱/۶۳۶	۶۸	۰/۱۰۶
	مرد	۴۹	۱۶/۸۵۷۱	۲/۴۰۶۵۹			
تغییرات علائم بیماری	زن	۲۱	۳۱/۶۶۶۷	۵/۵۹۷۶۲	۰/۲۷۲	۶۸	۰/۷۸۶
	مرد	۴۹	۳۱/۳۰۶۱	۴/۸۳۹۹۶			
نگرش پزشکان	زن	۲۱	۹۷/۲۸۵۷	۱۰/۷۷۵۶۳	۱/۰۹۷	۶۸	۰/۲۷۷
	مرد	۴۹	۱۰۰/۳۰۶۱	۱۰/۴۶۶۶۲			

بحث و نتیجه‌گیری

Coser معتقد است که با شرکت در مناسک عاشورا، افراد هویت اجتماعی‌شان را بازتولید و وظایف و حقوقشان را مجدداً یادآوری می‌کنند. مناسک در نهایت وجدان فردی افراد را با وجدان جمعی آمیخته و وجدان جمعی را در آن‌ها نهادینه می‌کند و ذهنیت دینی مردم نیز از خلال مناسک و در راستای کارکردهای اصلی آن شکل می‌گیرد. در طی مناسک مذهبی، هنجارهای اخلاقی که خاستگاهی اجتماعی دارند، در فرد با قدرتی فزاینده درونی می‌شوند. عزاداران طی مناسک عاشورا از حیات فردگرایانه روزمره، با جهان حیات جمعی و وجدان جمعی پیوندی مجدد پیدا می‌کنند (۲۳).

یافته‌های Rentalala و همکاران نشان داد با توجه به تأثیرات ادیان مهم متعدد بر فرهنگ هند، اتخاذ یک مفهوم‌سازی و عملیاتی کردن معنویت که در هنگام بررسی ارتباط بین معنویت و سلامت روانی فراتر از مرزهای فرقه است، بسیار مهم است. بر اساس اصول اکومنیت و حداکثر فراگیر بودن، مدل IBMS

نتایج نشان داد که نگرش روان‌پزشکان درباره شرکت بیماران افسرده در مراسم عزاداری مذهبی بر آثار شناختی معنوی بیماران، بر علائم آن‌ها و بر سازگاری این بیماران مثبت و در کاهش افسردگی مؤثر است. همچنین در این مطالعه مشخص گردید بین نگرش روان‌پزشکان زن و مرد درباره اثرات شرکت بیماران افسرده در مراسم عزاداری تفاوت معناداری وجود ندارد و این موضوع با پژوهش‌های زیر به‌صورت جزئی یا کلی همخوانی دارد.

در پژوهش سید علی مرعشی بیماران افسرده‌ای که در دهه اول محرم در مراسم عزاداری شرکت کرده‌اند پس از مراسم وضعیت بهتری داشتند. نقطه برش تست افسردگی بک در این پژوهش ۱۳ در نظر گرفته شده و بر این اساس درصد افراد نمره بالاتر از ۱۳ گرفته و افسردگی داشتند. میانگین نمره‌های آزمون افسردگی در پس‌آزمون ۹/۸۰ بود که نسبت به پیش‌آزمون ۱۷/۴۰ کاهش قابل توجهی نشان داد (۲۲).

(۲۶). همچنین می‌توان اظهار داشت که به غیر از نگرش روان‌پزشکان جامعه مورد مطالعه که معتقدند شرکت در مراسم عزاداری در کاهش افسردگی مؤثر است، مکانیسم‌ها و متغیرهایی که با سلامت معنوی در کاهش افسردگی مؤثر هستند در گزارش محققین زیر بی‌ارتباط با تحقیق حاضر نیست: مداخله معنوی و مذهبی، علیرضا عبدی و همکاران (۲۷)، سلامت معنوی، لیلا قنبری و آریتا طاهری (۲۸)، مداخله معنوی، زهره شفیعی و همکاران (۲۹)، سطح بالای معنویت، Nelson CJ و همکاران (۳۰)، بعد مذهبی سلامت معنوی، امیر موسی رضایی (۳۱)، شرکت در برنامه آموزش معنویت، Rickhi B و همکاران (۳۲)، آگاهی معنوی، Moritz S و همکاران (۳۳)، درگیری معنوی، Sorajjakool S و همکاران (۳۴)، دینداری، Smith TB و همکاران (۳۵)، دین‌داری، Nolen-Hoeksema S و همکاران (۳۶ و ۳۷)، نگرش مذهبی، گودرزی (۳۸)، رفاه معنوی، McNulty K و همکاران (۳۹)، معنویت، McClain CS و همکاران (۴۰)، معنویت، McCoubrie RC و Davies AN (۴۱)، درک معنوی، Rosmarin DH و همکاران (۴۲)، معنویت، Montero و Sierra Calderón (۴۳)، معنویت، Lomax JW و همکاران (۴۴)، درک معنوی، Galanter M (۴۵)، دین و معنویت، Chattopadhyay S (۴۶)، اعتقاد خاص فرهنگی و مذهبی، Boehnlein JK (۴۷).

پژوهشگران در انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی نظیر عدم شرایط مصاحبه حضوری و ... مواجهه بودند که برای نزدیک شدن به شکل طبیعی و واقعی مصاحبه قبل از ارسال پرسشنامه آنلاین توضیحات لازم و کافی به صورت تلفنی در این مورد ارایه گردید. در صورتی که شرایط فراهم گردد مصاحبه حضوری برای پژوهش‌های آینده انجام گیرد و در نهایت، با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد که در درمان بیماران افسرده ضعیف و متوسط به مسایل و مقولات معنوی توجه گردد و همچنین توصیه شود که در عزاداری‌های مذهبی حضور یابند و بستر لازم را برای شرکت آن‌ها فراهم نمایند.

تعارض منافع:

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافع را گزارش ننمودند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری عمومی با طرح تحقیقاتی به شماره ۳۹۸۸۸۱ و کد اخلاق ۵۹۸ IR.MUI.MED.REC.1398. معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. بدین‌وسیله نویسندگان مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به خاطر حمایت مادی و معنوی طرح و از همکاری تمامی روان‌پزشکان شرکت‌کننده در این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

مشترکات موجود در بین ادیان اصلی (به‌عنوان مثال داثوئیسم، بودیسم، مسیحیت) را در سطح بالایی از انتزاع قرار داد. نتیجه، یک الگوی سه عاملی از معنویت است که شامل آرامش، مقاومت در برابر بی‌نظمی و انعطاف‌پذیری است. پژوهش حاضر با بررسی ارتباط معنویت و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی در هند، تحقیقات اندکی در مورد معنویت و سلامت روان در فرهنگ‌های شرقی را تکمیل کرده است.

یافته‌های ما نشان می‌دهد که افسردگی به‌طور کلی با آرامش، مقاومت در برابر بی‌نظمی، تاب‌آوری و معنویت رابطه منفی دارد. شرکت‌کنندگان با افسردگی خفیف در نمره معنویت نسبت به همتایان خود که دارای افسردگی متوسط یا شدید بودند، نمره معناداری بالاتری کسب کردند. الگوی ارتباط معنویت و افسردگی پس از کنترل برای متغیرهای جمعیت‌شناختی مرتبط با سطوح افتراقی معنویت بسیار معنی‌دار باقی ماند. افسردگی با عدم آرامش و معنای زندگی و عدم تعادل ذهن، بدن و روح ارتباط نزدیکی داشت. یافته‌های ما نشان می‌دهد سطح معنویت بالاتری با سطح پایین‌تر از افسردگی همراه است (۲۴).

M Bahari R و Nazrin Asyraf Adeeb M ابزاری که می‌تواند برای جمعیت مسلمانان به کار رود، مقیاس دین‌داری اسلامی هاتا ۱۹۹۶ [HIRS96] را تهیه کردند. این مقیاس بیست و هفت‌گانه برای سنجش دانش و عملکرد اسلامی در بین جمعیت مسلمان اعتبار یافته است. به‌طور خلاصه، گرچه مسائل دینی و معنوی در سلامت و رفاه بیماران نیز حائز اهمیت است، اما معمولاً مورد توجه پزشکان قرار نمی‌گیرد. این وضعیت باید تغییر کند و پزشکان باید از نقش مهمی که دین و معنویت در زندگی و بیماری بیماران می‌تواند داشته باشند آگاه باشند؛ بنابراین ما باید در تقویت ایمان بیمار کمک کنیم تا بتوانیم ذهن آن‌ها را توانمند سازیم و به خواست خدا به پیش‌آگهی بیماری‌ها کمک کنیم (۲۵).

Van Lancker و Van Herreweghe L در مطالعه خود تحقیقات دقیق قبلی در مورد رابطه بین علائم افسردگی و درگیری مذهبی در سالمندی را با ارزیابی رابطه طولی آن‌ها در یک نمونه نماینده اروپای مسن گسترش می‌دهد. تجزیه و تحلیل‌های ما نشان می‌دهد که درگیری مذهبی عمومی و فردی با علائم افسردگی همراه است، اما به روش‌های مختلف. درگیری مذهبی عمومی که به‌عنوان مشارکت در فعالیت‌های مذهبی اندازه‌گیری می‌شود با کاهش علائم افسردگی همراه است، اما به نظر می‌رسد این رابطه اغواکننده است. هنگام تمرکز روی تغییرات درون شخصی، متوجه می‌شویم که تغییرات در حضور در کلیساها با سطح بالاتری از علائم افسردگی همراه است، حتی پس از کنترل تغییرات در وضعیت سلامتی و مالی، تاریخ افسردگی و تمام خصوصیات ثابت. با توجه به درگیری مذهبی خصوصی، دعا با علائم افسردگی بیشتر همراه است. بالین‌حال، یافته‌های ما نشان می‌دهد که این به دلیل اثر انتخاب است. رفتارهای مذهبی، اعم از عمومی یا خصوصی، در کاهش علائم افسردگی در سالمندی مؤثر است

References

1. Karimi Y. Attitude and change of attitude. First edition. Tehran: edition 2000.
2. WHO. <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en>
3. Ritchie H, Roser M. Mental Health. Our World in Data. This article was first published in April 2018. Available at: <https://ourworldindata.org/mental-health>
4. Liu Q, He H, Yang J, Feng X, Zhao F, Lyu J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of Psychiatric Research*. 2020; 126: 134-40.
5. Ganji M. DSM-5 Psychopathology. Tehran: Savalan Publition, Volume one; 2015.
6. Berman A, Snyder Sh, Frandsen G. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing (Fundamentals of Nursing (Kozier)) 10th Edition, Pearson Education, New Jersey; 2015.
7. Assare M, Firouz Kohi Moghadam M, Karimi M, Hosseini M. Complicated grief: A descriptive cross-sectional prevalence study from Iran. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2014; 1(2): 40-6. Available at: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-76-en.html>
8. Rouhani Ghouchani A, Faraji K. The role of scholars in promoting Safavid mourning and preventing its innovations. *Tarikh-e Now*. 2016; 6(14): 21-42. Available at: <http://ensani.ir/file/download/article/20160823140836-10066-96.pdf>.
9. Rajabi H. Response to Mourning Doubts. Balochistan: Publishing Center of the Office of the Representative of the Supreme Leader in the Sunni Affairs of Balochistan, 1999; p.15.
10. Mohaddesi J. Culture of Ashoura. Qom: Ma'arof publication, fifth edition; 2001.
11. Mohaddesi J. Culture of Ashoura. Qom: Ma'arof Publication; 1995.
12. Motahari M. Islamic Movements in the Last Hundred Years. Tehran: Sadra Publications, Twenty-seventh Edition, 2004; p. 80.
13. Mohammadpur A, Shahizadeh R. Ashoora Ritual in Ardabil Township: An Anthropological Analysis. *Journal of Iranian Social Studies*. 2012; 5(3): 126-46.
14. Gračanin A, Bylsma LM, Vingerhoets AdJMM. Is crying a self-soothing behavior? *Front. Psychol.*, 28 May 2014/ <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00502>
15. Nematipour Z, Golzari M. The Effectiveness of Group Grief Counseling and Grief Therapy Using a Religious Approach on Improving the Quality of Life in Bereaved Mothers. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2015; 5(1): 52-69. <http://doi: 10.22067/ijap.v5i1.28302>.
16. Edwards S. The Importance of Individualized Patient Care at Your Healthcare Facility. *MedPro (Healthcare Staffing)*; 2018. Available at: <https://www.medprostaffing.com/the-importance-of-individualized-patient-care-in-your-healthcare-facility/>
17. Azarbayjani M, Shojaei MS. Concepts and teachings of psychology in Nahjul Balagha. Qom: Research Institute of Hawzah and University; 2014.
18. West W. Psychotherapy and spirituality. Translated by: Shahidi Sh, Shirafkan SA. Tehran: Roshd Publication; 2004.
19. Elkins DN, Hedstrom LJ, Hughes LL, Leaf JA, Saunders Ch. Toward a Humanistic-Phenomenological Spirituality: Definition, Description, and Measurement. *Journal of Humanistic Psychology*. 1988; 28(4): 5-18.
20. Hajizadeh E, Asghari M. Statistical methods and analysis with a view to research methods in biological and health sciences. *Jihad-e- Daneshgahi*. First Edition 1390.
21. Santos JRA. Cronbach's alpha: A tool for assessing the reliability of scales. *J Extension*. 1999; 37(2): 575.
22. Marashi SA. Impact of Contributing in Religious Mourning Ceremonies of Muharram on Mood State (Degree of Depression) Among the Students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *Journal Psychological Achievements*. 2013, 20(1): 213-26.

23. Coser LA. Life and Thought of the Great Sociologists. Translated by: Thalasi M. Tehran: Elmi Publition; 2003.
24. Rentala S, Lau BHP, Chan CLW. Association between Spirituality and Depression among Depressive Disorder Patients in India. *Journal of spirituality in mental health*. 2017; 19(4): 318-30.
25. Nazrin Asyraf Adeeb M, Bahari R. The Effectiveness of Psycho-spiritual Therapy among Mentally Ill Patients. *Journal of Depression and Anxiety*. 2017; 6(2): 1000267.
26. Van Herreweghe L, Van Lancker W. Is religiousness really helpful to reduce depressive symptoms at old age? A longitudinal study. *PLoS ONE*. 2019; 14(7): e0218557.
27. Abdi A, Soufinia A, Borji M, Tarjoman A. The Effect of Religion Intervention on Life Satisfaction and Depression in Elderly with Heart Failur. *Journal of Religion and Health*. 2019; 58: 823-32.
28. Ghanbari Afra L, Zaheri A. Relationship of Anxiety, Stress, and Depression with Spiritual Health in Patients with Acute Coronary Artery Disease. *J Educ Community Health*. 2017; 4(2): 28-34.
29. Shafiee Z, Zandiyeh Z, Moeini M, Gholami A. The Effect of Spiritual Intervention on Postmenopausal Depression in Women Referred to Urban Healthcare Centers in Isfahan: A Double-Blind Clinical Trial. *Nursing and Midwifery Studies*. 2016; 5(1): 52-59. doi: 10.17795/nmsjournal32990
30. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*. 2002; 43(3): 213-20.
31. Musarezaei A, Naji Esfahani H, Momeni- Ghaleghasemi T, Aminoroaia M. Relationship between religious orientation and anxiety and depression in Isfahan University Medical Sciences. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2013; 10(6): 509- 19.
32. Rickhi B, Moritz S, Reesal R, Xu TJ, Paccagnan P, Urbanska B, et al. A spirituality teaching program for depression: a randomized controlled trial. *Int J Psychiatry Med*. 2011; 42(3): 315-29.
33. Moritz S, Kelly MT, Xu TJ, Toews J, Rickhi B. A spirituality teaching program for depression: qualitative findings on cognitive and emotional change. *Complement Ther Med*. 2011; 19(4): 201-7.
34. Sorajjakool S, Aja V, Chilson B, Ramirez– Johnson J, Earll A. Disconnection, depression and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with sever depression. *Pastoral Psychology*. 2008; 56: 521-32.
35. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*. 2003; 129(4): 614-36.
36. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999; 77(5): 1061-72.
37. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 61(1): 115-21.
38. Goodarzi M. The relationship between religious attitude and the symptoms of post traumatic stress disorder in people who experienced the Bam earthquake. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13(50): 93-182. doi: 10.22038/jfmh.2011.1018.
39. McNulty K, Livneh H, Wilson LM. Perceived Uncertainty, Spiritual Well-being, and Psychological Adaptation in Individual with Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology*. 2004; 49(2): 91-9.
40. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-oflife despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*. 2003; 361(9369): 1603-7.
41. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer*. 2006; 14: 379-85.
42. Rosmarin DH, Krumrei EJ, Pargament KI. Are gratitude and spirituality protective factors against psychopathology? *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*. 2010; 3(1): 1-5.

43. Montero y López Lena M, Sierra Calderón L. Escala de bienestar espiritual: UN estudio de validación. La Psicología Social En México. 1996; 6: 28-33.
44. Lomax JW, Karff RS, McKenny GP. Ethical considerations in the integration of religion and psychotherapy: Three perspectives. Psychiatric Clinics of North America. 2002; 25: 547-59.
45. Galanter M. Spirituality and the healthy mind: Science, therapy and the need for personal meaning. New York: Oxford University Press; 2005.
46. Chattopadhyay S. Religion, spirituality, health and medicine: Why should Indian physicians care? J Postgrad Med. 2007; 53: 262-6.
47. Boehnlein JK. Clinical relevance of grief and mourning among Cambodian refugees. Social Science & Medicine. 1987; 25(7): 765-72.



Study of psychiatrists' attitudes in Esfahan City towards cognitive and psychological effects of depressed patients participated in religious mourning

Received: 8 Oct. 2020

Accepted: 13 Feb. 2021

Mahmoudian SA (MD) ^{1*}

MoradizadehFard S (MD student) ²

Mosavizadeh SR (PhD) ³

1. Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. Department of Islamic Education, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

*Corresponding Author:

Seyyed Ahmad Mahmoudian

Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Tel: +98 31 37928110

Fax: +98 31 37928110

Email:

A_mahmoudian@med.mui.ac.ir

Abstract

Introduction: Nowadays, 121 million people all around the world suffer from depression and they are about 11% of all patients. Mourning is a behavioral process which changes bereavement affected by culture as well as spiritual and religious beliefs. Although the mourning is an appropriate alternative to face insights and values, it might be a threat for people's health in dealing with new challenges. In answering to this question, the current study evaluated the psychiatrists' views regarding to clinical treatment with patients and awareness of the physiopathology of depression on the effects of mourning ceremony in symptoms of the disease dimension as well as cognitive, spiritual and adaptive dimensions.

Methods: In this descriptive-survey study, the population was 104 psychiatrists of Esfahan City, selected through purposive and convenience methods. Considering the pandemic conditions of COVID-19, through virtual mode, the valid questionnaire was sent to the participants and the responses were received. After entering the data into the computers, it was analyzed using SPSS 21 via statistical methods like X2 (chi-square test) and T-test.

Findings: The attitudes of the participants about the general effects of religious mourning ceremonies on patients with depression were positive. Totally, 53.9% of psychiatrists believed that religious mourning ceremony had good effects on symptoms of depressed patients. Moreover, 64.4, 71.7 and 58.9% agreed on its positive spiritual, cognitive and adaptive effects in patients. The difference in scores between male and female psychiatrists on the effects of religious mourning was not significant.

Conclusion: According to the findings of this and related studies, it seems that generally, concern about patients' participation in spiritual-political program is not in accordance with their culture and it is not necessary to forbid them to participate.

Keywords: Attitude, Psychiatrists, Depressed patients, Mourning