

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۱/۱۸
تاریخ بررسی مقاله: ۹۱/۱۲/۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۰۴/۰۹

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۲
دوره‌ی چهارم، سال ۲۰-۳، شماره‌ی ۱
صص: ۲۲۶-۲۱۳

تأثیر شرکت در عزاداری‌های محرم بر وضعیت خلقی (درجه‌ی افسردگی) دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز

سیدعلی مرعشی*

چکیده

این پژوهش به بررسی تأثیر شرکت در مراسم سوگواری مذهبی دهه اول ماه محرم بر سطح افسردگی شرکت‌کنندگان پرداخته است. جامعه‌ی آماری شامل دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز بود که در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ مشغول به تحصیل بودند. از میان این دانشجویان ۲۷ نفر از افرادی که شرکت آنها در مراسم محرز بود به صورت نمونه اتفاقی در دسترس انتخاب و سپس قبل از آغاز دهه اول محرم و پس از اتمام آن به ترتیب مورد پیش‌آزمون و پس‌آزمون قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک^۱ (بک، استیر، و براون، ۲۰۰۰) بود. طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمایشی میدانی، با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بدون گروه گواه است. نتایج آزمون t گروه‌های وابسته بیانگر تفاوت معنی‌دار بین نمره افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نبود. در ضمن، شرکت در مراسم عزاداری محرم با کاهش معنی‌دار نمره افسردگی (بر اساس آزمون افسردگی بک) در پس‌آزمون آزمودنی‌های افسرده (بالاتر از نقطه برش در پیش‌آزمون) همراه بوده در حالی که در آزمودنی‌های غیر افسرده (پائین‌تر از نقطه برش در پیش‌آزمون) تفاوت معنی‌داری میان پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نشد. نتیجه‌گیری محقق آنست که آزمودنی‌های سالم شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین عموم آزمودنی‌ها پس از شرکت در مراسم عزاداری به سمت افسردگی پیش‌رفته‌اند، اما آزمودنی‌های افسرده پس از شرکت در مراسم عزاداری به سمت بهبود پیش‌رفته‌اند.

کلیدواژگان: عزاداری مذهبی، عزاداری محرم، خلق، افسردگی.

* دکترای حرفه‌ای پزشکی، ام. پی. اچ.، دکترای تخصصی روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی بالینی
دانشگاه شهید چمران اهواز.
sayedalimarashi@scu.ac.ir

1- BDI-II
2- Beck, Steer, & Brown

مقدمه

امروزه چه در عرصه ملی و چه در عرصه جهانی شیوع افسردگی و کاهش شادکامی در جامعه و عوامل تاثیرگذار بر آن یکی از نگرانی‌های مهم محسوب می‌شود. در این راستا گاه و بیگاه شنیده می‌شود که برپائی عزاداری‌های مذهبی به طور اعم، و عزاداری‌های ماه محرم به طور اخص ممکن است در افسرده کردن افراد مؤثر باشند. این اظهار نظرها با آنکه فاقد پشتوانه علمی و پژوهشی بوده‌اند، ظاهراً مقبولیتی یافته‌اند، چرا که عزاداری چه مذهبی و چه غیرمذهبی به لحاظ ماهیت خود با غم عجین است و به ظاهر نمی‌توان انتظار شادی آفرینی از آن داشت. متأسفانه یا خوشبختانه هیچ پیشینه پژوهشی ایرانی یا خارجی در این زمینه یافت نشد.

افسردگی یا همان خُلُق پائین در واقع احساس غم و اندوه و ناشادی درونی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، کاهش سطح عملکرد شغلی، تحصیلی، و اجتماعی، اختلال در چرخه‌های بیولوژیک مانند خواب و خوراک مشخص می‌شود (سادوک^۱ و سادوک، ۲۰۰۷). فرد افسرده خلق خود را اغلب به صورت افسرده، غمگین، دلسرد، یا درمانده توصیف می‌کند و ممکن است دچار ویژگی‌های ذهنی مانند بی‌میلی، بی‌احساسی، فقدان احساس لذت، اضطراب، احساس بی‌ارزشی، خود سرزنشگری، و ضعف اراده باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۰۰). طبیعی است که بر اساس این تبیین افسردگی یک اختلال ناتوان کننده و معارض با بهزیستی، رشد و تعالی، و توانمندی و کارآیی محسوب شده و بایستی از آن پیشگیری و در صورت بروز درمان شود.

با این حال بایستی در نظر داشت که در تبیین‌های نوین، سلامتی و بهزیستی الزاماً به معنای شادی و شادکامی نبوده، و غم الزاماً حالتی بیمارگونه یا منافی با بهزیستی محسوب نمی‌شود. همانگونه که رایان و دسی^۳ (۲۰۰۱) اشاره کرده‌اند دو رویکرد اصلی در زمینه‌ی بهزیستی روانشناختی وجود دارد که شامل رویکردهای لذت‌گرا^۴ و فضیلت‌گرا^۵ هستند.

-
- 1- Sadock
 - 2- American Psychiatric Association
 - 3- Rayan & Deci
 - 4- hedonim
 - 5- eudemonism

رویکردهای لذت‌گرا مبتنی بر فلسفه‌های لذت‌گرا بوده و بهزیستی را کسب احساس‌های مثبت نظیر شادکامی می‌دانند. این نوع بهزیستی، بهزیستی هیجانی یا ذهنی نامیده می‌شود. رویکردهای فضیلت‌گرا مبتنی بر فلسفه‌های فضیلت‌گرا هستند و معتقدند که ارضای خواهش‌های نفسانی با وجود تولید حس لذت همیشه به بهزیستی روانشناختی نمی‌انجامد (نقل از جوشن‌لو، رستمی، و نصرت‌آبادی، ۱۳۸۵). ریف^۱ (۱۹۸۹) تفاوت‌های بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانشناختی را بیان کرده و معتقد است که بسیاری از جنبه‌های عملکرد بهینه متوقف بر تلاش‌ها و مرارت‌های زیاد است که حتی گاه ممکن است با شادکامی‌های کوتاه مدت در تعارض باشند. ریف (۱۹۹۵) برداشت‌های ساده‌انگارانه از بهزیستی را که در کسب لذت‌های گذرا خلاصه می‌شوند طرد می‌کند. او بهزیستی روانشناختی را تلاش فرد برای رشد و تعالی می‌داند که در بروز استعداد‌های او متجلی می‌شود (نقل از میکائیلی منبع، ۱۳۸۹). تروتر^۲ (۲۰۰۹) نشان داد که برنامه فکری کاهش استرس^۳ بر روی بهزیستی روانشناختی تأثیری ندارد. این نکته مؤیدی است بر اینکه بهزیستی روانشناختی با سلامت روانی^۴ یا بهزیستی ذهنی^۵ متفاوت است. با این حال ممکن است بهزیستی‌های روانشناختی و ذهنی با یکدیگر ارتباط داشته باشند، کما اینکه موسالوم^۶ (۱۹۹۸) نشان داد که بهزیستی روانشناختی تا حدی قدرت پیش‌بینی افسردگی را دارد. همچنین کینونس^۷ (۱۹۹۴) ارتباط منفی خفیف تا متوسطی بین بهزیستی روانشناختی با علائم افسردگی (با استفاده از پرسشنامه‌ی افسردگی بک) به دست آورد.

توضیحات فوق از این بابت مفید هستند که دانسته شود الزاماً هر رویداد غم‌انگیزی از جمله عزاداری‌های مذهبی منافات با بهزیستی، رشد و تعالی، شکوفائی و کارائی افراد ندارد. عزاداری‌های مذهبی چنانچه مفید به حال سلامت روان تشخیص داده شوند می‌توان علاوه بر استفاده‌های معنوی از آنها در درمان و یا پیشگیری از مشکلات روانی بهره جست و آنها را به عنوان راهکار عملی در این حیطه توصیه نمود. حداقل اگر نشان داده شود که عزاداری مذهبی

-
- 1- Ryff
 - 2- Trotter
 - 3- Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)
 - 4- mental health
 - 5- Subjective Well-Being (SWB)
 - 6- Mosalum
 - 7- Quinones

تأثیر منفی بر سیر بیماری در افسردگی ندارد آنگاه می‌توان افراد افسرده را از بهره‌های معنوی این مراسم محروم نکرد. در هر حال مسئله اصلی این پژوهش آن است که آیا شرکت افراد در عزادارهای مذهبی تأثیری بر پائین آمدن خُلق آنها یا به عبارتی سوق دادن آنها به سمت افسردگی دارد یا خیر؟

روش پژوهش

این پژوهش به صورت پیش‌آزمایشی میدانی است که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بدون گروه گواه استفاده شده است. بدین منظور گروه نمونه قبل و بعد از شرکت در مراسم عزاداری دهه اول ماه محرم مورد آزمون قرار گرفتند. لازم به توضیح است که در برخی از طرح‌های آزمایشی امکان ورود یک گروه گواه وجود ندارد. از جمله در این پژوهش نمی‌توان از گروه گواه استفاده کرد، زیرا منع افراد از شرکت در مراسم عزاداری مذهبی نه امکان‌پذیر و نه اخلاقی می‌باشد.

جامعه و نمونه آماری

جامعه‌ی آماری شامل ۱۶۳۱۸ نفر دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بود. آزمودنی‌ها شامل ۲۷ نفر از دانشجویان بودند که به روش نمونه‌گیری اتفاقی در دسترس از میان دانشجویانی که شرکت آنها در مراسم محرز بود و به طور مشخص التزام به شرکت در مراسم عزاداری دهه اول محرم را نشان می‌دادند انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI-II). این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی و خودسنجی مداد - کاغذی است، که شامل ۲۱ گروه سؤال است و نسخه ابتدائی آن (BDI) برای نخستین بار توسط بک، وارد، مندلسون، ماک و ارباف^۲ (۱۹۶۱) تدوین شد. این پرسشنامه توسط افراد زیادی در طی سال‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است و به عنوان بهترین پرسشنامه در تعیین

1- Beck Depression Inventory

2- Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh

افسردگی شناخته شده است (بک، ۱۹۶۱؛ بک، براون، استیر، ایدلسون، و ریسکیند^۱، ۱۹۸۷؛ شواب، پیالو، و هولزرل^۲، ۱۹۶۷؛ و متکالف و گلدمن^۳، ۱۹۶۵). بعدها بک و همکارانش (۱۹۹۶)، به نقل از مarnat^۴ (۲۰۰۳) برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، یک تجدیدنظر اساسی در آن انجام داده و BDI-II را پدید آوردند.

۲۱ ماده این پرسشنامه علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کنند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که ارزش‌های کمی هر ماده از ۰ تا ۳ به این ترتیب تعیین شده است: ۰ سلامت روانی در ماده مورد نظر، ۱ احساس اختلال خفیف در ماده مورد نظر، ۲ احساس اختلال شدید در ماده مورد نظر، ۳ احساس اختلال بسیار شدید در ماده مورد نظر. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل آن صفر است. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب تعیین کننده این شکایات و نشانه‌ها هستند: غمگینی، بدبینی، احساس شکست، ناراضی‌تی، احساس گناه، انتظار تنبیه، بی‌زاری از خود، اتهام به خود، افکار خودکشی، گریستن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، تصور تغییر بدنی، دشواری در کار، بی‌خوابی، خستگی‌پذیری، تغییر در اشتها، کاهش وزن بدن، اشتغالات ذهنی، و کاهش علایق جنسی. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. ضمن اینکه در این آزمون نقطه برش ۱۳ می‌باشد به این معنی که آزمودنی دارای نمره ۰ تا ۱۳ سالم یا دارای افسردگی جزئی (تقریباً غیر افسرده)، و آزمودنی ۱۴ تا ۶۳ مبتلا به افسردگی خفیف تا شدید تلقی می‌شود.

به طور کلی، این پرسشنامه به عنوان یک آزمون نابسته به فرهنگ شناخته شده و ماده‌های مورد بحث آن اختصاص به محیط اجتماعی ندارد و حتی مخصوص هیچ طبقه اقتصادی یا تحصیلی معینی نیست (احمدی، ۱۳۷۴).

ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی

1- Brown, Steer, Eidelson, & Riskind

2- Schwab, Pialow, & Holzerl

3- Metcalfe & Goldman

4- Marnat

داشته‌اند. محتوای ماده‌های BDI با هم فکری و هم رأیی متخصصان بالینی در مورد نشانه‌های مرضی بیماران افسرده تدوین شده و شش مورد از نه مقوله DSM-III برای تشخیص افسردگی نیز در آن گنجانیده شده است (بک و همکاران، ۱۹۶۱).

تحلیل عاملی نشان می‌دهد که BDI-II از یک عامل غیرشناختی (یا بدنی - نباتی) شامل محتوایی در رابطه با جنبه‌های بدنی افسردگی (از دست دادن انرژی، تغییر در الگوهای خواب، گریه کردن) و یک عامل شناختی - عاطفی مرتبط با افکار و نگرش درباره خود و افسردگی (نفرت از خود، افکار خودکشی، افکار مربوط به بی‌ارزش بودن) اشباع شده است. همچنین معلوم شده است که این عوامل میان نمونه‌های مختلف از جمله دانشجویان، نوجوانان، سالمندان، بیماران مراکز پزشکی سرپایی، سالمندان بیمار بستری و بیماران سرپایی افسرده همسانی دارد (مارنات، ۲۰۰۳). عثمان و همکاران (۱۹۹۷)، به نقل از بیدی، نامداری پژمان، امانی، قنبری، و کارشکی، (۱۳۹۱) با اجرای این پرسشنامه روی گروهی از دانشجویان، ساختار عاملی نسبتاً متفاوتی مرکب از نگرش منفی، اشکال در عملکرد و عناصر بدنی را برای این گروه از افراد به دست آوردند.

بک، استیر و گاربین^۱ (۱۹۸۸)، به نقل از بهجتی و خباز، (۱۳۹۱) همسانی درونی مقیاس را بر حسب ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی را از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. ضریب همبستگی مقیاس افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روانپزشکی همیلتون^۲ برای افسردگی ۰/۷۳، با مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ^۳ ۰/۷۶ و با مقیاس افسردگی MMPI ۰/۷۴ به دست آمده است.

بک، استیر و براون^۴ (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. همچنین دابسون^۵ و محمدخانی (۱۳۸۶)، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند.

غرایی (۱۳۸۲) مطالعه‌ای بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه

-
- 1- Garbin
 - 2- Hamilton
 - 3- Zung
 - 4- Brown
 - 5- Dobson

طباطبایی جهت بررسی اعتبار و روایی BDI-II بر روی جمعت ایرانی انجام داد، که آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۷۳ به دست آمد. چگینی، نیکپور، و باقری یزدی (۱۳۸۱) همبستگی ۰/۵۴ را با مقیاس افسردگی MMPI به دست آوردند. پژوهش‌های ایرانی قدیمی‌تر (پرتوی، ۱۳۵۴؛ وهازاده، ۱۳۵۲؛ به نقل از چگینی و همکاران، ۱۳۸۱) نیز اعتبار پرسشنامه‌ی بک را بالا، پایایی آن را از ۰/۷۰ تا بالای ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. همچنین نسخه فارسی این پرسشنامه توسط رجبی و کارجو کسمایی (۱۳۹۱) در دانشجویان دانشگاه‌های شهید چمران و علوم پزشکی اهواز اعتباریابی و آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۶ گزارش شد. آنها همچنین در تحلیل عاملی مدل برازنده دو عاملی را ارزیابی کرده و گزارش کردند که همه ضرایب استاندارد (بارهای عاملی) در مدل دو عاملی معنادار بودند.

روش اجرا و روند جمع‌آوری داده‌ها

افراد نمونه یک بار پیش از آغاز دهه اول ماه محرم و مراسم سوگواری مربوطه، و یک بار پس از اتمام دهه پرسشنامه افسردگی بک را پر کردند. آنگاه نتایج دو مرحله مختلف آزمون به وسیله تست t گروه‌های وابسته مقایسه شدند.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در جدول‌های شماره ۱ و ۲ ارائه شده‌اند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی را در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه آزمودنی در متغیر افسردگی در مرحله‌ی پس آزمون به ترتیب ۸/۰۰ و ۴/۷۹ بوده که نسبت به مرحله‌ی پیش آزمون (به ترتیب ۸/۱۴ و ۵/۹۴) کاهش مختصری نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲ نتایج آزمون t گروه‌های وابسته را نشان می‌دهد. همانگونه که در این جدول ملاحظه می‌شود اختلاف میانگین نمره افسردگی آزمودنی‌ها در پیش آزمون و پس آزمون ۰/۱۴ بوده که معنی‌دار نمی‌باشد ($P= ۰/۸۹$)، به این معنی که شرکت در عزاداری دهه اول محرم، شرکت کنندگان را به سمت افسردگی سوق نداده است. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	افسردگی	۸/۱۴	۵/۹۴
پس‌آزمون	افسردگی	۸/۰۰	۴/۷۹

جدول ۲. اختلاف میانگین نمره‌های افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

نسبت t	درجه آزادی	اختلاف میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
۰/۱۲۹	۲۶	۰/۱۴	۰/۸۹۱

یافته‌های جانبی

در مشاهدات برنامه‌ریزی نشده و محاسبات پس از وقوع نکات جالبی قابل ملاحظه است که در جداول شماره ۳ تا ۶ ارائه شده‌اند. همانگونه که پیش‌تر بیان شد نقطه برش تست افسردگی بک در این پژوهش ۱۳ در نظر گرفته شده است. بر این اساس افرادی که از آزمون افسردگی بک نمره کمتر یا مساوی ۱۳ می‌گیرند افراد سالم یا تقریباً فاقد افسردگی تلقی شده و کسانی که نمره بالاتر از ۱۳ می‌گیرند دارای درجاتی از افسردگی محسوب می‌گردند. جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی را در افراد افسرده (بالاتر از نقطه برش در پیش‌آزمون) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین نمره‌های آزمودنی‌های افسرده در پس‌آزمون ۹/۸۰ بوده که نسبت به پیش‌آزمون (۱۷/۴۰) کاهش قابل توجهی نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴ نتایج آزمون t گروه‌های وابسته را در افراد افسرده نشان می‌دهد. همانگونه که در این جدول دیده می‌شود میانگین نمره افسردگی آزمودنی‌های افسرده در پس‌آزمون ۷/۶۰ کمتر از پیش‌آزمون بوده که در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار است، به این معنی که افراد افسرده‌ای که در مراسم عزاداری دهه اول محرم شرکت کرده‌اند پس از مراسم وضعیت بهتری داشته و به طور میانگین پائین‌تر از نقطه برش یعنی در محدوده سلامتی قرار گرفته‌اند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در افراد افسرده

مرحله	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	افسردگی	۱۷/۴۰	۲/۸۸
پس‌آزمون	افسردگی	۹/۸۰	۲/۵۸

جدول ۴. اختلاف میانگین نمره‌های آزمودنی‌های افسرده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

نسبت t	درجه آزادی	اختلاف میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
۱۴/۹۰	۴	۷/۶۰	۰/۰۰۱

از سوی دیگر تحلیل مشابهی برای آزمودنی‌های با نمره افسردگی کمتر یا مساوی ۱۳ (افراد غیرافسرده) انجام شد که نتایج آن در جدول‌های ۵ و ۶ ارائه شده‌اند. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود میانگین نمره‌های آزمودنی‌های غیرافسرده (پائین‌تر از نقطه برش در پیش‌آزمون) در پس‌آزمون ۷/۵۹ بوده که نسبت به پیش‌آزمون (۶/۵۹) افزایش مختصری نشان می‌دهد. جدول شماره ۶ نتایج آزمون t گروه‌های وابسته را در افراد غیرافسرده نشان می‌دهد. همانگونه که در این جدول دیده می‌شود میانگین نمره آزمودنی‌های غیرافسرده در پس‌آزمون ۱/۶۰ افزون‌تر از پیش‌آزمون بوده اما معنی‌دار نمی‌باشد ($P= ۰/۱۸۳$)، به این معنی که شرکت افراد غیر افسرده در عزاداری دهه اول محرم آنان را به سمت افسردگی سوق نداده است.

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار نمره‌های افراد غیرافسرده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	افسردگی	۶/۰۴	۴/۱۳
پس‌آزمون	افسردگی	۷/۵۹	۵/۱۲

جدول ۶. اختلاف میانگین نمره‌های آزمودنی‌های افسرده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

نسبت t	درجه آزادی	اختلاف میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
-۱/۳۷	۲۱	-۱/۵۴	۰/۱۸۳

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که شرکت در عزاداری‌های دهه اول محرم نتوانسته است سبب افزایش معنی‌داری در نمره افسردگی آزمودنی‌ها شود. لذا فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه شرکت در عزاداری‌های مذهبی محرم سبب افسرده شدن افراد نمی‌شود تأیید می‌گردد. حتی مراجعه به جدول ۲ نشان می‌دهد که اگر پس از شرکت در مراسم عزاداری تفاوتی هم در نمره افسردگی آزمودنی‌ها ایجاد شده باشد که به دلایلی محاسبات آماری نتوانسته آن را نشان

دهد، آن تفاوت به سمت کمتر شدن نمره افسردگی پس از شرکت در مراسم بوده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شرکت در مراسم عزاداری محرم سبب افسرده شدن شرکت‌کنندگان نشده است.^۱

جالب‌تر آنکه بررسی افراد مبتلا به درجاتی از افسردگی که در این مراسم شرکت کرده‌اند نشان می‌دهد که میانگین نمره آنها پس از مراسم به حدود سلامتی رسیده و بهبود پیدا کرده‌اند. این یافته نه تنها عجیب نیست بلکه در واقع براساس تئوری‌های روان‌شناسی کاملاً قابل انتظار است و اظهار نظرهای غیر علمی را مبنی بر اینکه شرکت در عزاداری مذهبی سبب افسردگی می‌شود نفی می‌نماید. برای این پدیده حداقل می‌توان ۶ مکانیسم مختلف را در نظر گرفت:

۱) **دیدگاه وجودی:** افرادی که در مراسم عزاداری حضرت اباعبدالله الحسین (ع) شرکت می‌کنند و با آموزه‌های قیام مقدس آن حضرت آشنا می‌شوند هدفمندی و معناداری زندگی را درک نموده و خود به سمت هدف‌دار بودن و زندگی پر معنی و جهت‌گیری‌های پر ارزش حرکت می‌کنند که این تغییر، بنیان‌های روان‌شناختی افسردگی از جمله پوچی، بی‌معنایی و بی‌ارزشی را فرو می‌ریزد.

۲) **دیدگاه روان‌شناسی مثبت‌گرا:** مجالس سوگواری حضرت سیدالشهداء (ع) مملو از معنویت بی‌بدیل و متراکم است. از دیدگاه تئوریک دستیابی به زندگی معنوی زمینه ساز آرامش، رضایت، سلامت، و شادکامی عمیق می‌گردد که پژوهش‌های بسیاری مؤید این دیدگاه هستند (مرعشی، ۱۳۸۷).

۳) **دیدگاه شناختی:** شرکت‌کنندگان در این مراسم موفق به همانند سازی با امام خود شده و مشکلات خود را در قیاس با مشکلات و مصائب بسیار شدیدتر فرد والائی که وی را بسیار ارزشمندتر از خود می‌بینند ناچیز می‌شمرند و این سبب کاهش هیجانات منفی در این افراد می‌شود و مشکلات در نظر آنها آسان می‌نماید.

۱- با توجه به اینکه آزمون‌های آماری مبتنی بر وجود رابطه (یا تفاوت) می‌باشند و نه عدم رابطه (یا تفاوت)، بنابراین اصولاً نمی‌توان از به دست نیامدن رابطه (یا تفاوت) عدم رابطه (یا تفاوت) را استنباط کرد. اما آنچه مسلم است اگر تفاوت دو متغیر در حد صفر باشد و یا تفاوت مشاهده شده در جهت خلاف تفاوت فرض شده باشد، آنگاه استنباط عدم تفاوت دو متغیر با منطق فرضیه آماری منافاتی ندارد.

۴) دیدگاه انسان‌گرایانه: شرکت‌کنندگان در هر مراسم مذهبی به میزان قابل ملاحظه‌ای با یکدیگر احساس همبستگی و همسوئی می‌کنند. به نظر می‌رسد اوج این احساس در مراسم عزاداری حضرت سیدالشهداء (ع) متجلی می‌شود. لذا عزاداری‌های محرم می‌تواند موجب سطوح بالایی از احساس تعلق اجتماعی یا تعلق به گروه شود. این تغییر نیز به نوبه خود با برخی از ریشه‌های افسردگی (مانند ادراک تنهایی یا طرد شدگی) مبارزه کرده و به این ترتیب در بهبود افسردگی مؤثر است.

۵) دیدگاه روان تحلیل‌گری: مواجه شدن با مصائب عظیم مظلوم کربلا (ع) منجر به افسردگی بالینی نمی‌شود زیرا بلافاصله همراه است با کاتارزیس یا برون‌ریزی ذهنی که در نوحه سرائی، سینه زنی، و گریه بر آن وجود مقدس و خانواده گرامی و یاران با وفا و والامقام ایشان جاری می‌شود. حتی تخلیه‌های عمیق هیجانی که گاه و بیگاه در خلال این مراسم رخ می‌دهد ممکن است به بهبود افسردگی‌های موجود نیز بیانجامد.

۶) از سوی دیگر اندوه برخی افراد ممکن است ریشه در احساس گناهی داشته باشد که در اثر ادراک ناخودآگاه انحراف از مسیر صحیح الهی به وجود آمده، و شرکت در عزاداری‌های مذهبی به ویژه سوگواری برای امام حسین (ع) در همسوئی با این شخصیت الهی مفید و مؤثر است و می‌تواند با یکی دیگر از ریشه‌های ناخودآگاه افسردگی یعنی احساس گناه مبارزه کند. البته همانگونه که در روایات شیعه نیز وارد شده است همسوئی فکری و عملی با حضرت سید الشهداء (ع) که در عزاداری برای آن حضرت جلوه می‌کند، سبب محو گناهان می‌شود و در این دیدگاه گناه جلوه‌ای از عدم همسوئی با حجت الهی است.

محدودیت‌های پژوهش و پیشنهادها

از محدودیت‌های این پژوهش یکی استفاده از دانشجویان به عنوان آزمودنی است که تعمیم‌پذیری پژوهش را با اشکال مواجه می‌سازد و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از اقشار مختلف جامعه استفاده شود. دوم فقدان گروه گواه است زیرا همانگونه که پیش‌تر بیان شد در این پژوهش به لحاظ رعایت اخلاق پژوهش از وادار کردن افراد به عدم شرکت در مراسم اجتناب شد. سوم آنکه اثر عزاداری در این پژوهش بر شرکت‌کنندگان بررسی شده است و نه عموم افراد جامعه که ممکن است برخی از آنان در این مراسم شرکت نکنند. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثر این مراسم بر عموم افراد جامعه صرف نظر از اینکه

در مراسم شرکت می‌کنند یا نه بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده نمونه بزرگتری از افراد افسرده که در مراسم شرکت می‌کنند مورد مطالعه قرار گرفته و اثر این عزاداری‌ها بر تغییرات میزان افسردگی آنها بررسی گردد.

می‌توان در این پژوهش ملاحظه کرد که افراد غیرافسرده پس از شرکت در مراسم عزاداری مذهبی دچار افسردگی نشده‌اند، اما افراد افسرده پس از شرکت در این مراسم به سمت سلامتی و خُلق غیرافسرده حرکت کرده‌اند. لذا صاحب‌نظران به ویژه افراد دانشگاهی لازم است در اظهار یا پذیرش آراء غیرعلمی مبنی بر اینکه عزاداری‌های مذهبی سبب افسردگی می‌شوند، کاملاً محتاط باشند. بلکه درمانگران می‌توانند در کار بالینی خود از یافته‌های این پژوهش بهره برده و افراد افسرده را تشویق به شرکت در مراسم محرم و استفاده از اثرات مثبت آن نمایند.

توصیه می‌شود پژوهشگران گرامی تابوی سنتی اما شبه علمی را که ورود به مسائل دینی را منع می‌کند و بلکه دین را به کلی نادیده می‌گیرد، شکسته و با شهامت پژوهش‌های مشابهی را در کشف آثار روانشناختی عقاید و رفتارهای دینی ترتیب دهند. زیرا دین بخش لاینفک فرهنگ و سبک زندگی ملت مسلمان ایران است و علوم انسانی به طور اعم و روان‌شناسی به طور اخص نبایستی نسبت به تأثیرات آن بر زندگی انسان مخصوصاً وضعیت روانشناختی او بی‌تفاوت باشند. همچنین به پژوهشگران مسلمان اطمینان داده می‌شود که ورود بی‌طرفانه به این حوزه به هیچ عنوان سبب تضعیف دین نخواهد شد چرا که انبوهی از پژوهش‌های مختلف در این حوزه وجود دارد که یکصدا صحت و آثار مثبت عقاید و رفتار دینی و الهی را نشان می‌دهند (مرعشی، ۱۳۸۷) و به همین دلیل کشف آثار مثبت رویکردهای دینی در زندگی در پژوهش‌های آینده نیز کاملاً قابل پیش‌بینی است.

منابع

فارسی

احمدی، جمشید (۱۳۷۴). میزان افسردگی در دانشجویان پزشکی (اهواز-۱۳۷۱). *روان‌شناسی و علوم تربیتی «اندیشه و رفتار»*، ۴، ۶-۱۲.

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰). متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (*DSM-IV-TR*)، چاپ چهارم، ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس (۱۳۸۹). تهران: انتشارات سخن.
- بهجتی، زهرا و خباز، محمود (۱۳۹۱). مقایسه حافظه کاری عاطفی در دو گروه زنان افسرده و غیرافسرده. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۳، ۹، ۱-۲۱.
- بیدی، فاطمه، نامداری پژمان، مهدی، امانی، احمد، قنبری، سیروس، و کارشکی، حسین (۱۳۹۱). تحلیل ساختاری ارتباط بین اعتیاد به اینترنت با افسردگی، سازگاری اجتماعی و عزت نفس. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، ۱۹، ۳، ۴۱-۴۸.
- جوشن لو، محسن، رستمی، رضا، و نصرت آبادی، مسعود (۱۳۸۵). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع. *فصلنامه‌ی روانشناسان ایرانی*، ۳، ۹، ۳۵-۵۱.
- چگینی، سودابه؛ نیکپور، بهمن؛ باقری یزدی، عباس (۱۳۸۱). اپیدمیولوژی اختلالات روانی در شهر قم، *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۴، ۳، ۴۴-۵۵.
- دابسون، کیت استفان و محمدخانی، پروانه (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسشنامه بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. *توان بخشی*، ۸، ۲۹، ۸۰-۸۶.
- رجبی، غلامرضا و کارجو کسمایی، سونا (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II). *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۱۰، ۳، ۱۳۹-۱۵۷.
- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری (۱۳۸۸). جلد دوم، تهران: انتشارات شهرآب.
- غرایبی، بنفشه (۱۳۸۲). تعیین وضعیت‌های هویتی و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان تهرانی. پایان‌نامه دکتری انستیتو روانپزشکی تهران. چاپ نشده.
- مارنات، گری گراث (۲۰۰۳). *راهنمای سنجش روانی*، ترجمه حسن پاشاشریفی؛ محمدرضا نیکخو (۱۳۸۴). تهران: نشر سخن.
- مرعشی، سیدعلی (۱۳۸۷). *دین و بهداشت روانی*، تهران: انتشارات علمی - فرهنگی.
- میکائیلی منیع، فرزانه (۱۳۸۹). بررسی وضعیت بهزیستی روانشناختی دانشجویان دوره‌ی کارشناسی دانشگاه ارومیه. *افق دانش؛ فصلنامه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی گناباد*، ۱۶، ۴، ۶۵-۷۳.

لاتین

- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (1967). *The Diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. L., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content - specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (3), 179-183.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, G., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Metcalf, M., & Goldman, E. (1965). Validation of an inventory for measuring depression. *Br. J. Psychiatry*, 111, 240-242.
- Mosalum, L. M. J. (1998). *Psychological health and well-being in a community sample of Bahraini adults*. Dissertation, doctor of philosophy. The University of Wisconsin – Madison.
- Quinones, A. E. (1994). *A study of psychological well-being and cultural values for three groups of women*. Dissertation, doctor of philosophy. The University of Wisconsin – Madison.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069- 1081.
- Schwab, J. J., Pialow, M. R., & Holzerl, C. E. (1967). A comparison of two rating scales for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 94-95.
- Trotter, M. J. (2009). *Effects of participation in a Mindfulness-based Stress Reduction program on college students' psychological well-being*. Dissertation, doctor of philosophy. University of Minnesota.