

محتوای منابع آموزشی دستیاری روانپزشکی در ایران درباره معنویت: یک مطالعه کیفی

سمیه آذرینک^(۱)، دکتر روح‌الله صدیق^(۲)، دکتر امیرعباس کشاورز اخلاقی^(۳)، دکتر نادره معماریان^(۴)

چکیده

هدف: معنویت مورد توجه روزافزون پژوهش‌های روانپزشکی است و بسیاری از دانشگاه‌های دنیا به آموزش مفاهیم مرتبط با آن اقدام می‌کنند. در ایران نیز علی‌رغم تلاش‌های صورت گرفته برای رفع کاستی‌های موجود در این مورد، هنوز تصویر روشنی از اینکه دستیاران پزشکی چه مطالبی درباره معنویت را مطالعه می‌کنند، وجود ندارد. هدف مطالعه حاضر پاسخ به این سؤال در رشته روانپزشکی است. **روش:** در این مطالعه، با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی، منابع آموزشی دستیاری روانپزشکی تحلیل شدند. منابع مورد اشاره عبارت بودند از کتب منبع آزمون دانشنامه تخصصی رشته روانپزشکی در سال ۱۳۹۳، مقالات مجلات ایرانی مورد استفاده در آموزش در ۱۰ سال گذشته و مجلات خارجی مورد استفاده در ۲۰ سال گذشته. **یافته‌ها:** در مجموع، در متن کتب منبع، ۱۵۳ پاراگراف و ۹ جدول، و در مجلات ۳۷ مقاله درباره معنویت و مطالب مرتبط با آن وجود داشت. در تحلیل کیفی متون، یافته‌ها در ۵ گروه و ۲۰ زیرگروه دسته‌بندی شدند که گروه‌ها عبارت بودند از نگاه بنیادین به معنویت، نیاز به معنویت در سختی‌ها، معنویت در درمان، معنویت به عنوان میانجی و معنویت منفی. **نتیجه‌گیری:** در حجم نسبتاً زیادی از منابع آزمون دانشنامه تخصصی رشته روانپزشکی در ایران به موضوع معنویت در روانپزشکی پرداخته شده است که نشان از اهمیت آن دارد. ولی اولاً این حجم نسبت به حجم کلی منابع بسیار اندک است و به‌علاوه، به‌دلیل پراکندگی و پنهان‌بودن آنها در لابه‌لای سایر مطالب یادگیری، آموزش و کاربردی کردن آنها با مشکل مواجه خواهد بود.

کلیدواژه: معنویت؛ مذهب؛ دستیاری؛ روانپزشکی؛ آموزش

[دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۶/۲۶؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۱۲]

مقدمه

ممکن است از طریق ایجاد روش‌های مقابله‌ای منفی و سوء برداشت‌ها و باورهای ناکارآمد، به سلامت روان آسیب برساند و حتی فرد را در معرض خطر ابتلا به برخی اختلالات روانپزشکی قرار دهد (۲، ۳).

بنابراین، هم به دلیل اهمیت موضوع و هم به دلیل نقش دوسویه فوق، توصیه شده است که موضوعات مرتبط با معنویت در دروس آموزشی دانشجویان پزشکی وارد شود (۴، ۵). امروزه در بیش از ۵۹ درصد دانشگاه‌های پزشکی انگلیس (۶) و ۹۰ درصد دانشگاه‌های پزشکی ایالات متحده این آموزش‌ها ارائه می‌شوند (۷). در حیطه روانپزشکی نیز

از دیرباز به ارتباط مذهب و معنویت با اختلالاتی مانند هیستریا، انواع اضطراب‌ها و هذیان‌ها اشاره شده است. در دهه‌های اخیر نیز، به نقش مذهب و معنویت در روانپزشکی توجه شده است. به‌عنوان مثال، گفته می‌شود که مذهب و معنویت به کنار آمدن با تنش‌ها کمک می‌کنند و در ایجاد امید، آرامش و معنا برای بیماران نقش دارند (۱) و از طریق پرورش باورهای مثبت و فراهم کردن زمینه برای فعالیت‌های اجتماعی مذهبی، باعث بهبود سلامت روان می‌شوند (۲). اما پژوهش‌های دیگری نیز نشان می‌دهند معنویت بدون مذهب

(۱) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان قلب شهید رجایی؛ (۲) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه روانپزشکی. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، کوچه شهید منصوری، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان- انستیتو روانپزشکی تهران. دورنگار: ۰۶۶۵۰۶۸۵۳-۰۲۱ (نویسنده مسئول)؛ E-mail: ruohollahseddigh@gmail.com؛ (۳) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه روانپزشکی؛ (۴) متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان- انستیتو روانپزشکی تهران.

بسیاری از دانشگاه‌های معتبر دنیا به کمبودهای آموزشی موجود در این حوزه توجه نشان می‌دهند و برنامه‌های درسی اختصاصی برای آموزش آن طراحی می‌کنند (۱۱،۸). به‌علاوه، نیاز به آموزش در این حیطه توسط دستیاران روانپزشکی نیز احساس می‌شود (۱۲) و به‌خوبی در چاپ منابع معتبر نیز منعکس شده است (۱۳،۱۵).

در ایران، در سال‌های اخیر توجه فراوانی به موضوع معنویت در آموزش پزشکی شده است که می‌توان آن را در برگزاری کنفرانس‌های متعدد و نیز نگارش کتب و پایان‌نامه‌های فراوان مشاهده کرد. ولی از منظر کاربردی، نقیصی در این زمینه وجود دارد. دستیاران پزشکی در دوران دستیاری خود، اغلب فقط به مطالعه منابع آزمون دانشنامه تخصصی می‌پردازند و سایر کتب را، به دلیل اینکه در فهرست منابع این آزمون قرار ندارند، مطالعه نمی‌کنند. سؤالی که مطرح می‌شود این است که با وجود فقدان برنامه آموزشی مدون برای مسایل مرتبط با معنویت و نیز نکته فوق، آموزش به دستیاران در این حوزه چگونه انجام می‌شود؟ و اگر انجام می‌شود، محتوای آموزشی آن چیست؟ پاسخ به سؤال اول نیازمند پژوهش دیگری است، اما در مورد سؤال دوم، در منابع آموزشی رشته روانپزشکی، در جاهای مختلف به معنویت اشاره شده است. هدف پژوهش حاضر نیز پاسخ به این سؤال است که دستیاران روانپزشکی در طول دوره دستیاری خود چه مطالبی را درباره معنویت مطالعه می‌کنند؟ پاسخ به این سؤال تصویر نسبتاً روشنی از وضعیت آموزش معنویت در این رشته ارائه خواهد کرد که ممکن است زمینه‌ساز پژوهش‌های بعدی برای برنامه‌ریزی‌های سیاست‌گذاران شود.

روش

انتخاب منابع: هدف اولیه این مطالعه که از نوع اکتشافی-توصیفی^۱ است، بررسی محتوای آموزشی دستیاری رشته روانپزشکی، در سال ۱۳۹۳، بود. برای این منظور، به منابع آزمون دانشنامه تخصصی مراجعه شد که در سال ۱۳۹۳ عبارت بودند از ویرایش نهم کتاب جامع روانپزشکی کاپلان و سادوک^۲، ویرایش دهم کتاب خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک^۳، و مقالات مجله انگلیسی‌زبان روانپزشکی ایران^۴، مجله انگلیسی‌زبان روانپزشکی و علوم رفتاری ایران (IJPBS)^۵، مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، مجله تحقیقات علوم رفتاری اصفهان، مجله اصول بهداشت روانی و مقالات مرور سیستماتیک و فراتحلیل مجله روانپزشکی آمریکا^۶ و مجله روانپزشکی انگلیس^۷. برای جست‌وجوی

مطالب در پوشه‌های الکترونیکی کتب و پایگاه‌های اینترنتی مجلات فوق، از کلیدواژه‌های زیر استفاده شد: *Spiritual, Spirituality, Transcendent* و تمام مشتقات آنها برای منابع انگلیسی، و «معنوی» و «معنویت» برای منابع فارسی. در مورد کتب، واژه‌های فوق در متن کتاب جست‌وجو شدند و در مورد مقالات در عنوان آنها. علت انتخاب جست‌وجو در عنوان مقالات، عدم امکان جست‌وجو در بخش چکیده مقالات در پایگاه‌های اینترنتی بیشتر مجلات ایرانی بود. در مراجعه اولیه به پایگاه‌های اینترنتی مجلات فوق، تنها ۱۰ مقاله یافت شدند که هیچ‌یک جزء مقالات مرور سیستماتیک و فراتحلیل نبودند. در جلسه گروهی مؤلفان مقاله، تصمیم بر این شد که بازه زمانی جست‌وجو، گسترده‌تر شود. با توجه به مدت زمان بایگانی مجلات و در دسترس بودن در پایگاه‌های اینترنتی آنها، جست‌وجو در مجلات فارسی در بازه زمانی ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۳ و در مجلات انگلیسی در بازه زمانی ۱۹۹۳ تا ۲۰۱۳ انجام شد. به‌علاوه، به دلیل اندک بودن مقالات مرور سیستماتیک و فراتحلیل در این بازه‌های زمانی، تمام مقالات مجلات فوق در بازه‌های زمانی مورد نظر، ارزیابی شدند. بدیهی است که بسیاری از مقالات یافت‌شده با ملاک اخیر، جزء منابع آزمون دانشنامه تخصصی نبودند. با این حال، به دلیل اینکه منابع فوق معتبرترین مجلات ایران و دنیا در حوزه روانپزشکی عمومی هستند، ممکن است توسط دستیاران مطالعه شده باشند و یا در جلسات ارائه مقالات^۸ به آنها اشاره شده باشد. با در نظر گرفتن ملاک‌های بالا، در مجموع، در متن کتب ۱۵۳ بند (پاراگراف) و ۹ جدول، در مجلات ایرانی ۱۵ مقاله، در مجله روانپزشکی آمریکا ۳۷ مقاله و در مجله روانپزشکی انگلیس ۱۹ مقاله با موضوع معنویت وجود داشت. در مرحله بعد، مطالبی که با عنوان مرور کتاب، نامه به سردبیر و یا پاسخ به مقاله قبلی در مجلات چاپ شده بودند، و مقالاتی که متن کامل آنها در دسترس نبودند، از مطالعه خارج شدند. در نهایت، ۱۵ مقاله از مجلات ایرانی، ۱۶ مقاله از مجله روانپزشکی آمریکا و ۶ مقاله از مجله روانپزشکی انگلیس وارد مطالعه نهایی شدند (در مجموع ۳۷ مقاله).

- 1- exploratory-descriptive
- 2- Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th edition
- 3- Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences & Clinical Psychiatry, 10th edition
- 4- Iranian Journal of Psychiatry
- 5- Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences
- 6- American Journal of Psychiatry
- 7- British Journal of Psychiatry
- 8- journal clubs

بندهای منابع تطبیق دادند. آنها برای این منظور باید به این دو سؤال زیر پاسخ می‌دادند: آیا این بند را که با یک کدواژه خاص نام‌گذاری شده است، می‌توان به این گروه منتسب کرد؟ و آیا این گروه بهترین توصیف برای مضمون مورد اشاره در بند است؟ در صورت عدم توافق بر سر پاسخ، درباره موضوع در جلسه مشترک بحث می‌شد. بحث تا رسیدن به توافق نهایی ادامه پیدا می‌کرد. این موضوع در ۲۰ مورد اتفاق افتاد که در نه مورد به توافق نهایی منجر نشد. در این نه مورد، متن مورد اختلاف برای پنج نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه که در حوزه معنویت فعالیت دارند، ارسال و نظر آنها پرسیده شد و سپس در جلسه مشترک مؤلفان، با در دست داشتن دیدگاه‌های فوق توافق نهایی انجام می‌شد. به این ترتیب، قابلیت اعتماد پژوهش^۷ تأمین شد. لازم به ذکر است که به دلیل حجم زیاد مطالب، امکان ارسال تمام آنها برای کارشناسان وجود نداشت. به علاوه، به دلیل عدم دسترسی به مؤلفان بندها برای پرسش درباره مضمون اصلی مورد نظر، برای دستیابی به روایی بیرونی^۸، قابلیت تأیید^۹ و جلوگیری از سوگیری ناشی از علایق پژوهشگران از روش‌های مطالعه مستقل، انجام پیش مطالعه^{۱۰} مورد اشاره در بالا و اجرای بحث‌های گروهی مفصل و با جزییات زیاد استفاده شد. بنابراین، تا حد امکان روایی^{۱۱} و پایایی^{۱۲} مطالعه تأمین شد.

یافته‌ها

جدول ۱، یافته‌های این پژوهش را به‌طور خلاصه نشان می‌دهد.

گروه ۱. نگاه بنیادین به معنویت

در این گروه، به معنویت به‌عنوان یکی از مبانی بنیادین انسان توجه شده است که می‌تواند جنبه‌های مختلف وجود انسان را توضیح دهد. این گروه شامل شش زیرگروه زیر است:

۱-۱. **معنویت در طبقه‌بندی روانپزشکی**: در متن تجدید نظر شده چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR^{۱۳}) مجموعه اختلال‌هایی با

جمع‌آوری داده‌ها: در مورد کتب، تمام بندها و جداولی که در آنها کلیدواژه‌های مورد نظر وجود داشتند، انتخاب، کپی و به یک پوشه نرم‌افزار ورد^۱ منتقل شدند. در مورد مقالات نیز متن کامل مقالات مد نظر بودند.

تحلیل داده‌ها: داده‌ها بر اساس روش تحلیل محتوای کیفی که توسط گرانهم^۲ و لاندمن^۳ در سال ۲۰۰۴ ارائه شده است، تحلیل شدند (۱۶). در بخش کتب، بندها و جداول مورد نظر، توسط ۳ نفر از مؤلفان مقاله به‌صورت انفرادی مطالعه شدند. به این صورت که ابتدا یک مطالعه با هدف آشنا شدن با مفهوم انجام شد و سپس بازخوانی‌های متعدد صورت گرفت تا به مضمون اصلی مورد اشاره در متن دسترسی پیدا شود. سپس، یک کدواژه برای هویت بخشیدن به آن بند انتخاب شد. در مطالعه بندهای بعدی نیز، در صورت تشابه با کدواژه‌های قبلی از همان کدواژه استفاده شد و در صورت یافتن مضمون جدید، کدواژه دیگری انتخاب شد. در این مرحله، تلاشی برای دسته‌بندی مضامین انجام نشد و هدف صرفاً عبارت بود از تولید هویت برای بندها. در مرحله بعد، در جلسه مشترک (با حضور سه نویسنده مقاله) هر بند دوباره مطالعه و تحلیل شد و در صورت توافق، بهترین کدواژه تولیدشده برای آن انتخاب شد. برای ایجاد یکدستی در امر خوانش بندها نیز ابتدا ۳۰ بند به‌صورت گروهی با روش بالا بررسی شدند. هدف این کار نزدیک کردن ذهن مؤلفان به یک روش مشترک برداشت از متن بود و پس از آن جلسه مشترک پس از مطالعه هر ۴۰ بند برگزار شد. در بخش مقالات نیز از همین روش استفاده شد، با این تفاوت که به‌جای بند باید تمام متن مقاله مطالعه می‌شد. به دلیل حجم زیاد یک مقاله (در مقایسه با بند) در مطالعه انفرادی، مؤلفان باید به دو سؤال زیر پاسخ می‌دادند و آن را مکتوب می‌کردند: سؤال پژوهشی مقاله مورد نظر چه بوده است؟ و پژوهش مورد نظر چه مطلبی را به ادبیات پژوهشی در حوزه معنویت اضافه کرده است؟ در مرحله بعد، در جلسه‌ای مشترک درباره پاسخ به دو سؤال فوق برای هر مقاله بحث شد و نتیجه توافق نهایی به‌صورت یک بند درمی‌آمد و یک کدواژه برای آن تعیین می‌شد.

در نهایت، با روش استقرایی^۴ کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها در پنج گروه^۵ و ۲۰ زیرگروه^۶ دسته‌بندی شدند. بعد، دو نفر از مؤلفان که هر دو روانپزشک و عضو هیأت علمی دانشگاه بودند، در جلسه مشترک تمام پنج گروه فوق را با

- | | |
|---|----------------------|
| 1- Word | 2- Graneheim |
| 3- Lundman | 4- deductive |
| 5- category | 6- subcategory |
| 7- credibility | 8- external validity |
| 9- conformability | 10- pilot study |
| 11- validity | 12- reliability |
| 13- Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4 th Edition, Text Revision | |

۱-۲ **معنویت و سلامت:** در این زیر گروه، معنویت به عنوان نوعی از سلامت و با عنوان «سلامت معنوی» در نظر گرفته شده است که شامل دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. در حالت کلی، در بُعد سلامت مذهبی، به رابطه فرد با خدا و در بُعد سلامت وجودی، به احساس هدفمندی پرداخته شده است. در بُعد سلامت وجودی می توان به مثال های زیر اشاره کرد: ترس از مرگ و فقدان ها در فرایند مرگ در بیماران بسیار بدحال که ممکن است باعث اضطراب و افسردگی شود (۱۸) و بی معنایی که ممکن است باعث روان نژندی وجودی^۳ شود (۱۹). به علاوه، در این زیر گروه به ارتباط این نوع سلامت با بسیاری از مشکلات روانپزشکی و نیز رضایت فرد از زندگی اشاره شده است (۲۰).

۱-۳ **معنویت و شخصیت:** در این زیر گروه، مضامینی مانند مضمون زیر دیده می شود: «رشد در بُعد تعالی خود^۴ شخصیت فرد را خردمند، بصیر، معنوی، همدل و فروتن می کند. این صفات خصوصاً در زمان مواجهه با فقدان، رنج و مرگ برای فرد مزیتی ایجاد می کنند. ممکن است این طور برداشت شود که در دنیای مدرن به رسیدن به این سطح از رشد نیازی نیست، ولی این افراد در تطابق با فقدان ها، خصوصاً با افزایش سن، دچار مشکلات متعددی می شوند» (۲۱). در این زیر گروه، معنویت بالاترین سطح رشد شخصیت است و پس از عبور از سطوح رشد جنسی، مادی، احساسی و عقلی قرار می گیرد.

۱-۴ **معنویت و نورمالیته:** در این زیر گروه، منظور از معنویت مجموعه ای از احساس های مثبت (شامل عشق، شادی، لذت، بخشش، مهربانی، ایمان، احترام، حق شناسی و اخلاق) است و در حوزه پژوهشی روان شناسی مثبت نگر^۵ قرار می گیرد. نظریه پردازان این الگو از آن برای تعریف سلامت روان استفاده می کنند و معتقدند که آنچه انسان ها را به هم متصل می کند، تلفیقی از سلامت روانی و معنوی است. به عبارت دیگر، معنویت یک صفت مثبت انسانی است که در کنار مفاهیمی چون خلاقیت و خرد سلامت روان را ایجاد می کند و می توان با مداخلاتی چون دعا و شکرگزاری آن را ارتقا بخشید. در این الگو برای معنویت زمینه زیستی نیز در نظر گرفته شده است (۲۲).

عنوان «سایر شرایطی که ممکن است کانون توجه بالینی باشند» مشخص شده اند که در ذیل آن، به «مشکل مذهبی یا معنوی^۲» پرداخته شده است. این عنوان شامل مشکلاتی است که کاملاً محتوای معنوی یا مذهبی دارند؛ توضیح منطقی برای آنها وجود ندارد؛ باعث اختلال عملکرد و رنج بیمار شده اند؛ به یک اختلال دیگر روانپزشکی منجر نشده اند؛ و بنابراین، نیازمند توجه بالینی هستند: «این تشخیص وقتی استفاده می شود که کانون توجه بالینی یک مشکل معنوی یا مذهبی باشد. مثال های آن عبارتند از آشفتگی در نتیجه از دست دادن ایمان یا تردید در آن، مشکلات ناشی از تغییر مذهب و تردید در ارزش هایی معنوی که ممکن است مرتبط با یک دین رسمی نباشند» (۱۷).

جدول ۱- گروه ها و زیرگروه های یافت شده در منابع آموزش دستیاری ایران درباره معنویت

گروه	زیر گروه
۱. نگاه بنیادین به معنویت	معنویت در طبقه بندی روانپزشکی معنویت و سلامت معنویت و شخصیت معنویت و نورمالیته معنویت و هوش معنویت و خودآگاهی شهودی
۲. نیاز به معنویت در سختی ها	معنویت و منبع معنا معنویت و هماهنگی جسم با طبیعت معنویت و مشاوره معنویت و روان درمانی معنویت و درمان تسکینی - حمایتی معنویت و توان بخشی
۳. معنویت به عنوان میانجی	مؤثر بر مفهوم پردازی بیماری مؤثر بر ارزیابی فرهنگی بیمار مؤثر بر بیماری مؤثر بر تجارب روانی مؤثر بر انگ (استیگما)
۴. معنویت منفی	بیماری های روانپزشکی ناشی از معنویت معنویت و رفتارهای پاتولوژیک

1- other conditions that may be a focus of clinical attention
2- religious or spiritual problem
3- existential neurosis
4- self-transcendent
5- positive psychology

است. در این دیدگاه، سرطان نوعی ناهماهنگی بدن با طبیعت در نظر گرفته می‌شود و درمانگران این حوزه مدعی هستند که نباید سرطان را درمان کرد؛ بلکه باید آن را به‌عنوان یک عامل مهاجم خارجی در نظر گرفت و به‌وسیله معنویت و عرفان آن را از بدن دفع کرد. به‌نظر آنها بیماران نیازمند هماهنگ شدن مجدد با طبیعت هستند. در این زیرگروه، به‌صورت افراطی، معنویت ممکن است جایگزین تمام درمان‌های رایج شود و بنابراین، معنویت به‌خرافه بسیار نزدیک می‌شود (۲۶).

گروه ۳. معنویت در درمان

در این گروه، به نقش معنویت در درمان پرداخته شده است. این نقش گستره وسیعی از مداخلات را، از یک کمک ساده تا یک روان‌درمانی مستقل، دربرمی‌گیرد. این گروه شامل پنج زیرگروه زیر است:

۱-۳. **معنویت و رابطه درمانی:** در این زیرگروه، توجه به نیازهای معنوی جزء ضروری شکل‌گیری رابطه دوطرفه با بیمار است و باید به آن، در کنار نیازهای جسمی، هیجانی و اجتماعی، و به‌ویژه در طب تسکینی و کنترل درد، برای مراقبت بهتر از بیماران توجه شود (۱۸).

۲-۳. **معنویت و مشاوره:** این زیرگروه به ضرورت مشاوره با محور معنویت بر بالین بیماران بدحال اشاره دارد: «مطالعات نشان می‌دهند که در مراحل انتهایی زندگی، مواجهه با مفاهیم وجودی ممکن است باعث اضطراب و افسردگی شود و در این لحظات می‌توان از مشاوره معنوی به‌عنوان یک روش درمانی مفید برای حل تعارضات سود برد. نمونه‌هایی از این تعارضات عبارتند از: آگاهی از مرگ در حال وقوع و ترس از آن، ترس از فرایند مردن، سوگ برای فرصت‌های از دست‌رفته، احساس گناه برای کارهای انجام‌نشده، احساس گناه برای ترک فرد مورد علاقه و به‌نوعی احساس خیانت به او، ادامه تعارضات قبلی زندگی و حل‌نشده ماندن آنها، احساس گناه از تحت فشار گذاشتن خانواده به‌علت بیماری و کاهش احساس ارزشمندی» (۱۸).

۳-۳. **معنویت و روان‌درمانی:** در این زیرگروه به کاربرد معنویت، هم به‌عنوان جزئی از یک روان‌درمانی و هم به‌عنوان یک روان‌درمانی مستقل، اشاره شده است. دسته اول به‌طور مشخص در درمان اختلال‌های شخصیت ذکر شده است: «در

۵-۱. **معنویت و هوش:** در این زیرگروه، معنویت زیرمجموعه‌ای از نوعی هوش به نام «هوش معنوی» است که ممکن است مستقل از سایر انواع هوش رشد و تکامل یابد. هوش معنوی نیازمند نوعی شناخت و وحدت درونی فرد با زندگی در دنیای هستی است و باعث می‌شود که فرد در برابر رویدادهای زندگی بینش عمیقی پیدا کند و از سختی‌ها نهراسد. هوش معنوی زیربنای باورهای فرد است و شکل واقعی زندگی را قالب‌بندی می‌کند. این هوش ارتباط تنگاتنگی با هوش هیجانی دارد (۲۳) و از مزایای آن می‌توان به افزایش رضایت در زندگی زناشویی اشاره کرد (۲۴).

۶-۱. **معنویت و خودآگاهی شهودی:** در این زیرگروه، معنویت نوعی از خودآگاهی شهودی^۱ و برخاسته از حافظه اپیزودیک است. بنابراین، محل آن در لوب پره‌فرونتال و هیپوکمپ است: «در این نوع آگاهی، فرد به‌صورت شهودی نسبت به آنچه در هستی زیبا، درست و صادقانه است، درک عمیقی پیدا می‌کند و احساس می‌کند که با چیزی ماورای خود ارتباط دارد و بنابراین، می‌تواند مفاهیمی چون ایمان را به‌طور شهودی تجربه کند» (۲۱).

گروه ۲. نیاز به معنویت در سختی‌ها

در این گروه، معنویت روشی برای درک و کنارآیی با تنش‌ها است. باورهای معنوی بر تفسیر فرد از وقایع و نیز، پذیرش و سازگاری با رویدادهای زندگی اثر می‌گذارند، اگرچه این اثرگذاری ممکن است مثبت یا منفی باشد. نکته قابل تأمل این است که استفاده از کمک‌های معنوی برای کنار آمدن با مشکلات در کشورهای مدیترانه‌ای بیش از کشورهای اروپایی دیده می‌شود (۲۵). این گروه شامل دو زیرگروه است و اغلب در فصول مربوط به بیماری‌های پزشکی^۲ سخت درباره آن بحث شده است:

۱-۲. **معنویت و منبع معنا:** در این زیرگروه، معنویت منبع معنا برای بیماران بدحال در نظر گرفته شده است: «بیش از ۷۰ درصد بیماران مبتلا به بیماری‌های وخیم و یا در حال مرگ به‌دنبال معنای معنوی برای زندگی خود می‌گردند و پزشکان این بیماران باید به این جست‌وجوگری توجه کنند» (۱۸). در این بیماران باورهایی مانند تعلق به خدا و باور به زندگی بعد از مرگ از جمله معانی مهم زندگی هستند.

۲-۲. **معنویت و هماهنگی جسم با طبیعت:** درباره این زیرگروه در حوزه درمان‌های متفرقه برای سرطان بحث شده

آشنا ممکن است جایگزین مناسبی برای حمایت از بیمار باشند (۳۵، ۲۶، ۱۸).

۳-۵. **معنویت و توان بخشی:** در دهه اخیر، معنویت بخشی از برنامه‌های بازتوانی روانپزشکی شده است: «بازتوانی روانپزشکی سعی دارد که توانایی‌های انطباقی بیماران را تقویت کند و در عین حال، علایم روانپزشکی بیمار را کاهش دهد. برای رسیدن به این هدف باید بیمار و خانواده را در درمان درگیر کرد. این رویکرد باعث ایجاد معنا و رضایت از زندگی در بیمار می‌شود. در این راستا، توجه رویکرد درمانی به نیازهای معنوی بیماران نیز مهم است، زیرا هم به بهبود عملکرد بیمار کمک می‌کند و هم توجه به این نیازها باعث ایجاد رابطه درمانی مؤثرتری در برنامه‌های بازتوانی می‌شود» (۳۶).

این کارکرد معنویت را می‌توان اختصاصاً در برنامه بازتوانی اسکیزوفرنیا دید. معنویت، در کنار سایر مسایل، مانند مسکن، استخدام، تحصیلات، سلامت روانی، درمان دارویی، حمایت اجتماعی و حمایت خانوادگی، جز مهمی از بازتوانی اسکیزوفرنیا است. آموزش‌های مبتنی بر معنویت به بیمار حس اعتماد به نفس می‌دهند و در نتیجه، باعث کاهش استرس و اضطراب می‌شوند. همچنین، درگیر شدن در مفاهیم معنوی باعث افزایش حضور بیماران دچار اسکیزوفرنیا در اجتماع می‌شود (۳۷).

از دیگر کاربردهای اختصاصی تر این روش نیز می‌توان به وجود آن در الگوی جامع درمان عملکرد هوش مرزی^{۱۳} اشاره کرد: «پارادایم جدید درمان در این اختلال تلفیق الگوی زیستی- روانی- اجتماعی با معنویت است. این دیدگاه حوزه‌های بیشتری از اختلال بیمار را هدف می‌گیرد. در این الگو، به کیفیت آگاهی^{۱۴} و معنویت در معنای عام آن از راه تغذیه، سبک زندگی و آگاهی فکورانه^{۱۵} توجه می‌شود» (۳۸).

درمان اختلال‌های شخصیت، یک بخش از درمان بیدار کردن نگاه مثبت و کمک به بیمار برای یافتن ارزش‌های فردی است. این مطلب متضمن بیداری معنوی در بیمار است که در روان‌درمانی‌های شناختی- رفتاری و روان‌پوشی مغفول مانده است، درحالی که بدون آن ظرفیت تغییر و بهبود کیفیت زندگی بسیار کم خواهد بود» (۲۱). به علاوه، می‌توان به کاربرد آن در روان‌درمانی دیالکتیک (DBT)^۱ برای اختلال شخصیت مرزی اشاره کرد: «در آخرین مرحله درمان، باید احساس خوب بودن همه چیز^۲، رشد معنوی^۳، رشد بصیرت^۴، افزایش آگاهی^۵ و حس لذت بردن از زندگی هدف قرار گیرند» (۲۷). این اهداف در سراسر درمان نیز به گونه‌ای وجود دارند. در روان‌درمانی فرافردی^۶ نیز شکل‌گیری نوعی ارتباط معنوی با هستی از اجزای درمان است (۲۸).

همچنین، می‌توان از معنویت به عنوان یک نوع روان‌درمانی مستقل نیز استفاده کرد؛ مانند درمان شناختی- هیجانی مذهبی (RCET)^۷ (۲۹)، گروه‌درمانی چندبُعدی مبتنی بر معنویت در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری^۸ (۳۰)، روان‌درمانی مذهبی- معنوی مبتنی بر آموزه‌های اسلام^۹ (۳۱)، روان‌درمانی معنوی مبتنی بر بخشودگی^{۱۰} (۳۲)، روان‌درمانی گروهی مبتنی بر معنویت^{۱۱} (۳۳) و روان‌درمانی معتادان بی‌نام (۱۲ گام) که مبنایی کاملاً معنوی دارد و از وابستگی به الکل شروع شد و در حال حاضر، برای اختلالاتی چون اعتیاد جنسی نیز کاربرد دارد (۳۴).

۳-۴. **معنویت و درمان تسکینی- حمایتی:**^{۱۲} بیماران به شکلی رایجی از معنویت برای تسکین رنج‌هایشان استفاده می‌کنند و معنویت باعث بهبود شرایط بیمار و کاهش داروها می‌شود: «در یک مطالعه، ۸۳ درصد بیماران مبتلا به سرطان دست کم از یکی از روش‌های طب مکمل یا طب جایگزین، در کنار استفاده از درمان‌های رایج برای کنار آمدن با بیماری، استفاده می‌کردند که شامل رژیم‌های غذایی خاص، روان‌درمانی و فعالیت‌های معنوی (مانند دعا کردن) است. به‌طور اختصاصی، روان‌درمانی و فعالیت‌های معنوی توسط ۱۴ درصد بیماران استفاده می‌شد» (۲۶).

به علاوه، حمایت و کمک معنوی ممکن است توسط دوستان، خانواده و یا روحانی هر مذهبی برای انواع بیماران ارائه شود. این نوع کارکرد معنویت در گروه‌های خودپاری مختلفی که برای کمک به بیماران تشکیل می‌شوند، برجسته‌تر است. این گروه‌ها خصوصاً در زمان فقدان خانواده یا یک فرد

1- dialectical behavior therapy
2- sense of completeness
3- spiritual growth 4- insight
5- awareness 6- transpersonal psychotherapy
7- religious cognitive emotional therapy
8- multi-dimensional group therapy for obsessive-compulsive disorder
9- Islamic-based spiritual religion psychotherapy
10- spiritual psychotherapy based on forgiveness
11- spiritual group psychotherapy
12- palliative supportive therapy
13- borderline intellectual functioning
14- consciousness 15- mediative awareness

گروه ۴. معنویت به عنوان میانجی

این گروه به معنویت را یک عامل واسطه‌ای می‌داند که می‌تواند بر جنبه‌های مختلف بیماری‌های روانپزشکی اثرگذار باشد. این گروه شامل پنج زیرگروه زیر است:

۴-۱. مؤثر بر مفهوم‌پردازی^۱ بیماری: این زیرگروه به اثر معنویت بر جنبه‌های مختلف تبیین یک اختلال اشاره دارد و به‌عنوان نمونه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: در اختلال اضطرابی به نادیده گرفته شدن نقش معنویت، در کنار نادیده گرفته شدن مسایل اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی، در شکل‌گیری اختلال اشاره شده است. این پدیده ممکن است نتیجه سیطره تام‌الگوی پزشکی محض در تبیین این اختلال باشد (۳۹). همچنین، معنویت یکی از علل مستعدکننده احتمالی در شکل‌گیری اختلال‌های وابسته به فرهنگ (مانند آموک^۲ و نشانگان رسوخ^۳) نیز مطرح شده است (۴۰، ۴۱). نظریه‌پردازی‌هایی مانند فرانکل^۴ نیز معتقد بودند که معنویت در شکل‌گیری مجموعه‌ای از اختلال‌های وجودی نقش دارد و در درمان باید به آن توجه کرد (۱۹). مطالعاتی نیز نشان می‌دهند که معنویت بدون اعتقادات مذهبی ممکن است عامل مستعدکننده ابتلا به اختلال‌های روانی باشد (۳).

۴-۲. مؤثر بر ارزیابی فرهنگی بیمار: در این زیرگروه، معنویت جزئی از فرهنگ است و در ارزیابی فرهنگی بیماران باید باورها و اعتقادات مرتبط با آن ارزیابی شوند. این عامل در کنار نژاد، جنسیت، قومیت، زبان و سطح اجتماعی-اقتصادی، در شکل‌گیری هویت فرهنگی فرد نقش دارد. اهمیت این موضوع زمانی برجسته‌تر می‌شود که بیمار متعلق به یک فرهنگ کاملاً متفاوت باشد (۴۲).

۴-۳. مؤثر بر بیماری: در این زیرگروه، معنویت عاملی است که می‌تواند بر بیماری اثر مثبت یا منفی بگذارد. این اثر خصوصاً در بیماران وابسته به مواد دیده می‌شود. به‌علاوه، در یک مطالعه بر روی بیماران دچار اسکیزوفرنیا نتایج زیر گزارش شده است: «در برخی از بیماران مذهب امید، هدف و معنا به زندگی القا کرده بود (۷۱ درصد)، و برای برخی دیگر باعث ناامیدی شده بود (۱۴ درصد). به‌علاوه، به نظر بیماران، مذهب باعث کاهش (۵۴ درصد) یا افزایش (۱۰ درصد) علائم روان‌پریشی و عمومی بیماری شده بود. مذهب همچنین بهتر شدن تعاملات اجتماعی (۲۸ درصد) یا انزوای اجتماعی (۳ درصد) را نیز القا کرده بود. مذهب خطر اقدام به خودکشی را کاهش (۳۳ درصد) یا افزایش (۱۰ درصد)، خطر

مصرف مواد را کاهش (۱۴ درصد) یا افزایش (۳ درصد) و مقاومت در برابر درمان را نیز کاهش (۱۶ درصد) یا افزایش (۱۵ درصد) داده بود» (۴۳).

۴-۴. مؤثر بر تجارب روانی: معنویت و تجربه‌های معنوی ممکن است توجه‌کننده برخی حالات طبیعی در انسان باشند، مانند خلق بالا به دلیل فراروی معنوی^۵ و تجربه اوج^۶ که گاهی در فعالیت‌های معنوی دیده می‌شوند (۴۴). تماس پیدا کردن با فرشتگان^۷، تله‌پاتی و روشن‌بینی^۸ از سایر مثال‌های این حوزه هستند (۱۷، ۴۵). توهم‌های شنوایی مذهبی نیز در برخی فرهنگ‌ها بیمارگون تلقی نمی‌شوند و آنها را به عوامل معنوی منتسب می‌دانند (۴۶). به‌علاوه، گاهی تجارب نادرتری، مانند تجربه نزدیک به مرگ^۹، برای بسیاری از بیماران مفعوم معنوی دارد و صحبت کردن با پزشک درباره آن ممکن است مفید باشد (۲۶). توجه به این موارد در جلوگیری از سوء برداشت از علائم بیماران توسط پزشکان مهم است.

۴-۵. مؤثر بر استیگما: معنویت عامل مهمی در نگرش و نوع پاسخ‌دهی بیماران، پزشکان و جامعه به اختلال‌های روانپزشکی است. اوج این اثر را می‌توان در مواردی دید که پای قانون به میان کشیده می‌شود، مانند: «بسیاری از بیمارانی که درخواست یوتانازی می‌کنند، مسائل حل‌نشده روانی-اجتماعی، معنوی و یا افسردگی درمان‌نشده دارند. کمک به رفع این موارد ممکن است این درخواست را کاهش دهد. به‌علاوه، آموزش پزشکان برای شناسایی و مداخله در این موارد ممکن است در تغییر نگرش آنها به یوتانازی کمک کند. به‌عبارت دیگر، به‌جای قانونی کردن آن، باید شناسایی عوامل مسبب یوتانازی را آموزش داد» (۲۶). این مطلب گاهی ممکن است به رنج و عذاب فراوانی برای بیمارانی منجر شود که تفاوت‌های فاحشی با هنجارهای حاکم بر جامعه دارند؛ مانند بیماران مبتلا به گرایش‌های جنسی غیرمعمول (۴۷).

گروه ۵. معنویت منفی

در این گروه، دو زیرگروه قرار دارند:

۵-۱. بیماری‌های روانپزشکی ناشی از معنویت: باورهای معنوی و مذهبی نقش مهمی در تبیین و تفسیر افراد جامعه از

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 1- conceptualization | 2- Amok |
| 3- possession syndrome | 4- Frankl |
| 5- spiritual transcendence | 6- peak experience |
| 7- being touched by an angel | 8- clairvoyance |
| 9- near-death experience | |

روانپزشکان، از سایر متخصصان پزشکی برای آموزش ارتباط بین فیزیولوژی و معنویت استفاده می‌شود (۵۳). در اغلب این برنامه‌ها، آموزش‌ها با هدف ارتقای سه بُعد دانش، نگرش و مهارت ارائه می‌شود. این برنامه‌ها تاکید خاص بر بُعد نگرشی دارند و با این استدلال که نگرش روانپزشک به مذهب و معنویت بر ارائه خدمت او به بیماران اثر زیادی دارد، بسیاری از آموزش‌ها را بر این بعد متمرکز می‌کنند (۱۱).

مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد که در منابع آموزشی روانپزشکی ایران در حجم نسبتاً زیادی به موضوع معنویت در روانپزشکی پرداخته شده است. اما اولاً حجم مطالب مربوط به معنویت در منابع آموزش دستیاری روانپزشکی ایران، در مقایسه با حجم کلی منابع، بسیار اندک است، و ثانیاً مضامین یافت‌شده در مطالعه حاضر به صورت پراکنده و پنهان در لابه‌لای سایر مطالب قرار گرفته‌اند. به عبارت دیگر، این مطالب به صورت منسجم و با هویت مستقل در منابع آموزشی وجود ندارند و در درسامه آموزشی هم موجود نیستند. مشاهدات غیرپژوهشی نیز نشانگر نادیده گرفته شدن این مفاهیم، هم در مراقبت از بیماران و هم در آموزش دستیاری، هستند. بنابراین می‌توان پرسید که آیا با شرایط بالا و در حالی که هیچ دوره ضابطه‌مندی برای این موضوع وجود ندارد، می‌توان معنویت را آموزش داد، یاد گرفت و بر بالین بیماران به کار بست؟ پاسخ به این پرسش‌ها نیازمند پژوهش‌های بیشتر خواهد بود.

سپاسگزاری

از همکاری گروه مطالعاتی- پژوهشی سلامت معنوی مرکز تحقیقات بهداشت روان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران قدردانی می‌شود.
[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*. 2009; 54(5):283-91.
2. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. *Curr Opin Psychiatry*. 2014; 27:358-63.

علت اختلال‌های روانپزشکی دارند. ولی گاهی به‌طور افراطی، برخی معتقدند که مشکلات معنوی و اخلاقی (مانند گناه زیاد) علت بیماری‌های روانپزشکی هستند (۳۷).

۲-۵. **معنویت و رفتارهای پاتولوژیک:** گاهی معنویت ممکن است انگیزه برخی رفتارهای پاتولوژیک، مانند مصرف مواد، باشد؛ «انگیزه تجربه حالات معنوی ممکن است زمینه‌ساز مصرف اکستازی و توهم‌زها باشد» (۴۸)؛ و یا: «معنویت در برخی فرقه‌ها ممکن است انگیزه انواع سوء رفتارهای جسمی، روان‌شناختی و جنسی از کودکان باشد که گاهی شکل سوء رفتار آیین‌مندان در قالب مراسم‌های عجیب و غریب مذهبی و معنوی را به خود می‌گیرد. با این حال، درباره این آیین‌مندی‌ها اختلاف نظر وجود دارد و عده‌ای آن را پدیده‌ای شایع می‌دانند و برخی دیگر با نگاه شکاکانه به آن می‌پردازند» (۴۹، ۵۰). از رفتارهای بیمارگون دیگری که با انگیزه معنویت انجام می‌شود، باید به رفتارهای خودزنی اشاره کرد که در برخی فرقه‌های هندو، مسیحی و اسلامی دیده می‌شود (۴۵).

بحث

با آنکه مطالعات متعددی به اهمیت آموزش موضوعات مرتبط با معنویت در آموزش پزشکی و روانپزشکی پرداخته‌اند (۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۱)، به‌طور اخص، روانپزشکان، در مقایسه با بیماران، اهمیت استفاده از مفاهیم معنوی را در مراقبت از بیمار کمتر برآورد می‌کنند (۵۱). برای رفع این مانع بسیاری از کشورها، مانند ایالات متحده (۸) و برخی کشورهای اروپایی (۵۲)، برای این مطلب برنامه‌های آموزشی خاص در نظر گرفته‌اند و به مفاهیم صورت‌بندی معنوی بیماران، آموزش شناسایی عوامل اثرگذار معنوی بر درمان بیماران و اثر معنویت بر سلامت روان به‌شکل ویژه توجه کرده‌اند (۵۲، ۵۳). برخی از کشورها، مانند کشورهای آفریقایی، نیز در صدد ادغام این آموزش‌ها با برنامه‌های متداول آموزش دستیاری هستند (۱۲).

وجه مشترک تمام این برنامه‌ها وجود یک روند منسجم و جامع برای آموزش مفاهیم مرتبط با معنویت است. در برخی از این برنامه‌ها، در دوره چهارساله دستیاری دوره چرخشی خاصی برای این منظور وجود دارد (۸). در برخی دیگر، مفاهیم اختصاصی‌تری، مانند آشنایی با نحوه ارائه مشاوره مذهبی، به برنامه‌های بالا اضافه می‌شود (۵۲) و در برخی نیز، در کنار

3. King M, Marston L, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Bebbington P. Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *Br J Psychiatry*. 2013; 202(1):68-73.
4. Puchalski CM, Larson DB. Developing curricula in spirituality and medicine. *Acad Med*. 1998; 73(9):970-4.
5. Puchalski CM, Kheirbek R, Doucette A, Martin T, Yang YT. Spirituality as an essential element of person-centered compassionate care: a pilot training program for clinicians. *J Med Person*. 2013; 11(2):56-61.
6. Neely D, Minford EJ. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. *Med Educ*. 2008; 42(2):176-82.
7. Koenig HG, Hooten EG, Lindsay-Calkins E, Meador KG. Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. *Int J Psychiatry Med*. 2010; 40(4):391-8.
8. Kozak L, Boynton L, Bentley J, Bezy E. Introducing spirituality, religion and culture curricula in the psychiatry residency programme. *Med Humanit*. 2010; 36(1):48-51.
9. van Rensburg AJ, Myburgh C, Szabo C, Poggenpoel M. The role of spirituality in specialist psychiatry: a review of the medical literature. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2013; 16(4):247-55.
10. Grabovac AD, Ganesan S. Spirituality and religion in Canadian psychiatric residency training. *Can J Psychiatry*. 2003; 48(3):171-5.
11. Puchalski CM, Larson DB, Lu FG. Spirituality in psychiatry residency training programs. *Int Rev Psychiatry*. 2001; 13(2):131-8.
12. van Rensburg BJ, Szabo CP, Poggenpoel M, Myburgh C. Competence of Medical Students and Residents in Psychiatry Regarding Spirituality, at a South African School of Clinical Medicine. *Int J Psychiatry Med*. 2013; 45(2):175-88.
13. Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
14. Paloutzian RF, Park CL. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: Guilford Press; 2005.
15. Pargament KI. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Press; 2001.
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2):105-12.
17. ---. Additional conditions that may be a focus of clinical attention. In: Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
18. Lederberg M. End-of-life and palliative care In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
19. Costa PT, McCrae RR. Approaches derived from philosophy and psychology. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
20. Vahedi S, Nazari MA. The relationship between self-alienation, spiritual well-being, economic situation and satisfaction of life: A structural equation modeling approach. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2011; 5(1): 64-73.
21. Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
22. Vaillant GE, Vaillant CO. Normality and mental health. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
23. Hajian A, Shekhuleslami M, Homaei R, Rahimi F, Aminoroaia M. Relationship between spiritual and emotional intelligence. *J Res Behav Sci*. 2013; 10:500-8. [Persian]
24. Zarei E, Ahmadsarkhooni T. Relationships between spiritual quotient and marital satisfaction level of men, women and couples referred to consultancy centers of bandar abbas. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2013; 7(1):45-51.
25. Maj M. World aspects of psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Witkins; 2009.

26. Zisook S, Shear MK, Irwin S. Death, dying and bereavement. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
27. Rosenthal MZ, Lynch T. Dialectical behavior therapy. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
28. Altshuler KZ, Brenner AM. Other methods of psychotherapy. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
29. Rajaei AR. Religious cognitive-emotional therapy: a new form of psychotherapy. Iran J Psychiatry. 2010; 5(3):81-7.
30. Janbozorgi M, Esfahani SR. Multi-dimensional Group Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2012;17(4): 289-96. [Persian]
31. Yaghubi H, Sohrabi F, Mohammadzadeh A. The comparison of cognitive behavior therapy and Islamic based spiritual religion psychotherapy on reducing of student's overt anxiety. J Res Behav Sci. 2012; 10:99-107. [Persian]
32. Ghafoori S, Mashhadi A, Hasan Abadi H. The effectiveness of spiritual psychotherapy based on forgiveness in order to increase marital satisfaction and prevent marital conflicts of couples in the city of Mashhad. J Fundam Ment Health. 2013; 15:45-57. [persian]
33. Mosalanejad L, Koolaei AK, Shoyokh F. Does Spiritual Group Psychotherapy Impact on The Rate of Pregnancy? A Case Report. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2012; 6(1):78.
34. Goodman A. Sexual addiction. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
35. Breitbart WS, Lederberg M, Rueda-Lara MA, Alici Y. Psycho-oncology. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
36. Kopelowicz A, Liberman RP, Silverstein SM. Psychiatric rehabilitation. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
37. Feiner JS, Frese FJ. Recovery in schizophrenia. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
38. Ninivaggi FJ. Borderline intellectual functioning and academic problems. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
39. Katzman J, Geppert CMA. Adjustment disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
40. ---. Culture-bound syndromes. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
41. Lewis-Fernandez R, Guarnaccia PJ, Ruiz P. Culture-bound syndromes. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
42. ---. Anthropology and cross-cultural psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
43. Mohr S, Brandt PY, Borrás L, Gilliéron C, Huguélet P. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. Am J Psychiatry. 2006; 163(11):1952-9.
44. Matorin AA, Ruiz P. Clinical manifestations of psychiatric disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
45. Favazza AR. Psychiatry and spirituality. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's

- Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
46. Moreira-Almeida A. Differentiating spiritual from psychotic experiences. *Br J Psychiatry*. 2009; 195(4): 370-1.
47. Drescher J, Byne WM. Homosexuality, Gay and Lesbian Identities, and Homosexual Behavior. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
48. Jones RT. Hallucinogen-related disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
49. ---. Child maltreatment and abuse. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
50. Bernet W. Child maltreatment. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
51. Baetz M, Griffin R, Marcoux R. Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations. *Can J Psychiatry*. 2004; 49(4):265-71.
52. Grabovac A, Clark MN, McKenna M. Pilot study and evaluation of postgraduate course on the interface between spirituality, religion and psychiatry. *Acad Psychiatry*. 2008; 32(4):332-7.
53. McCarthy MK, Peteet JR. Teaching residents about religion and spirituality. *Harv Rev Psychiatry*. 2003; 11(4):225-8.

Original Article

Educational Resources of Psychiatry Residency about Spirituality in Iran: A Qualitative Study

Abstract

Objectives: Many psychiatric studies increasingly have focused on the spirituality and the concepts related to it are educated by many universities around the world. In spite of the activities for removing the available defects in this field in Iran, but there is not any clear picture about what subjects of spirituality should be read by medical residents. The aim of the present study is responding to this question in the field of psychiatry. **Method:** In this study, the Educational resources of psychiatry residency were analyzed by using of the analyzing the inductive qualitative content method. The considered resources were final board exam psychiatric reference textbooks in 2014, the published articles in the Iranian journals in the field of education over the past 10 years as well as the articles from the foreign journals which have been used in the this field over the past 20 years. **Results:** A total of 153 paragraphs and 9 tables in the reference textbooks and 37 articles in the journals were available for spirituality and its related issues. In the qualitative analysis of the texts, results were classified into the 5 groups and 20 subgroups. The themes were: fundamental perspective to spirituality, to need spirituality in the difficulties, spirituality in the treatment, spirituality as mediator, and negative spirituality. **Conclusion:** The subject of spirituality in psychiatric has been considered in the relatively high volume of the resources of the psychiatric board exam in Iran. Therefore, it shows the importance of this issue; however, the volume is small in comparison with the total volume of the references. In addition, due to its dispersal and concealment among the other learning subjects, its education and functionality faces to difficulties.

Key words: spirituality; religion; residency; psychiatry; education

[Received: 17 September 2014; Accepted: 3 March 2015]

Somayeh Azarnik ^a, Ruohollah Seddigh*, Amir-Abbas Keshavarz-Akhlaghi ^b, Nadereh Memaryan ^b

* Corresponding author: Faculty of Medical, Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-66506853

E-mail: ruohollahseddigh@gmail.com

^a Shahid Rajaei Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^b Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.