

Locus of Control, Psychopathological Symptoms and Superstitious Beliefs

Fatemeh Mohammad Hasan Naghash^{1,*}, Mehrnaz Ahmadi Moarakeh²

¹ M.A. Student of Clinical Psychology, Islamic Azad University, South Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Clinical Psychology Islamic Azad University, South Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article History

Received: 11 August 2019

Revised: 13 January 2020

Accepted: 13 January 2020

Available online: February 2021

Article Type

Research Article

Keywords

Locus of control; Psychopathological symptoms; Superstitious beliefs

Corresponding Author*

Fatemeh Mohammad Hassan Naghash received her master's degree in clinical psychology from the Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, South Tehran. Currently, he is working as a consultant and therapist for clinical disorders and lecturer of psychological injuries.

To correspond about this article, contact the Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Damavand St., next to Bouali Hospital, No. 4492, Postal Code 17117-34353.
ORCID: 0000-0002-0218-5614

E-mail: st_f_naghash@azad.ac.ir

doi: <http://dx.doi.org/10.29252/bjcp.14.2.73>

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the relationship between locus of control and Psychopathological symptoms with superstitious beliefs.

The Research Project was descriptive correlational. The statistical population consisted of all female members in Tehran's neighborhood centers. In a clustered and accessible sampling method, 220 individuals were selected. The Internality, Powerful Others and Chance Scale (Levenson, 1981), Check List-90-Revised Scale (Derogatis, Rickels & Rock, 1976) and The Measurement of Attitudes Related to The Superstitious Beliefs (Acar, 2014) were used. Data were analyzed in descriptive and inferential statistics.

Findings indicate that superstitious beliefs has no significant relation with the subscale of internality locus of control. There is a significant direct relationship between the superstitious beliefs and external locus of control with the subscales related to the chances of being affiliated with the powerful others. Also, the subscale of being dependent on chance alone can explain 3% of the variance in superstitious beliefs positively. There is a direct and significant relationship between superstitious beliefs and all dimensions of morbidity symptoms, which explain 15% of the variance in superstitious beliefs. Also, depression symptoms alone can explain 3% of the variance in superstitious beliefs positively

Citation: Mohammad Hasan Naghash, F., & Ahmadi, M. (1399/2021). Locus of Control, Psychopathological Symptoms and Superstitious Beliefs. *Contemporary Psychology*, 14(2), 71-80. <http://dx.doi.org/10.29252/bjcp.14.2.73>

مسند مهارگری، نشانه‌های مرضی و باورهای خرافی

فاطمه محمدحسن نقاش^{۱*}، مهرناز احمدی مبارکه^۲

^۱ دانشجوی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران جنوب، ایران
^۲ استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران جنوب، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی مسندمهارگری و نشانه‌های مرضی با باورهای خرافی بود. طرح پژوهشی، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی زنان عضو در سرای محله‌های تهران بود که به روش خوشه‌ای و در دسترس، ۲۲۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. مقیاس درونی بودن، افراد قدرتمند و شانس (لونسون، ۱۹۸۱)، فهرست نشانه‌های اختلال‌های روانی (دروگاتیس، ریکلز و راک، ۱۹۷۶) و اندازه‌ی بازخوردهای مرتبط با باورهای خرافی (آکار، ۲۰۱۴) استفاده شد. داده‌ها به لحاظ توصیفی و استنباطی تحلیل شد. یافته‌ها بیانگر آن بود که باورهای خرافی با زیرمقیاس درونی بودن از مسندمهارگری رابطه‌ی معنادار ندارد. بین باورهای خرافی و مسندمهارگری بیرونی با زیرمقیاس‌های وابسته به شانس بودن و وابسته به افراد قدرتمند بودن، رابطه‌ی مستقیم معناداری وجود دارد و همچنین زیرمقیاس وابسته به شانس بودن به‌تنهایی توان تبیین ۳ درصد از واریانس باورهای خرافی را به‌صورت مثبت دارد. بین باورهای خرافی با تمام ابعاد نشانه‌های مرضی رابطه‌ی مستقیم و معنادار وجود دارد و نشانه‌های مرضی ۱۵ درصد از واریانس باورهای خرافی را تبیین می‌کند. همچنین نشانه‌های افسردگی به‌تنهایی توانایی تبیین ۳ درصد از واریانس باورهای خرافی را به‌صورت مثبت دارد.

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۰ مردادماه ۱۳۹۸

اصلاح نهایی: ۲۳ دی‌ماه ۱۳۹۸

پذیرش: ۲۴ دی‌ماه ۱۳۹۸

انتشار آنلاین: بهمن ۱۳۹۹

نوع مقاله

مقاله‌ی پژوهشی

کلیدواژه‌ها

بار شناختی؛ حافظه‌ی کاری؛ هیجانات تحصیلی؛ تنظیم هیجان شناختی؛ اضطراب؛ دانشجویان پرستاری

نویسنده‌ی مسئول*

فاطمه محمدحسن نقاش درجه‌ی ارشد روانشناسی بالینی خود را از دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی، تهران جنوب، دریافت کرد. در حال حاضر به‌عنوان مشاور و درمانگر اختلالات بالینی و مدرس آسیب‌های روان‌شناختی مشغول به فعالیت است. برای مکاتبه در مورد این مقاله با گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، خیابان دماوند، جنب بیمارستان بوعلی، پلاک ۴۴۹۲، کد پستی ۳۴۳۵۳-۱۷۱۱۷ تماس حاصل نمایید.
ارکید: 0000-0002-0218-5614

پست الکترونیکی: st_f_naghash@azad.ac.ir

مقدمه

بیشترین مراجعات در مواردی مانند مشکلات بارداری، زایمان، سقط، مرده‌زایی یا درد اعضا، نشان می‌دهد که باورهای خرافی در مورد سلامتی و بیماری افراد نیز تأثیر دارد (شاهسواری و بیات، ۲۰۱۲). خشونت شدید، آدم‌ربایی، تجاوز و استثمار جنسی کودکان و ازدواج فرزند مبتنی بر فرقه که توسط افراد مختلف و گروه‌های توطئه‌گر در جمهوری دموکراتیک کنگو از طریق طلسم و باورهای خرافی انجام شده است (کاشروا و تویکریز، ۲۰۱۸) نشان می‌دهد تا زمانی که تفاوت خاصی بین باورهای خرافی و ارزش‌های احساسی و واقعیت درک نشود، ممکن نیست بهبود واقعی دیده شود، چراکه با افزایش منطق و عقل سلیم، ممکن است که در باورهای خرافی تأثیر دیده شود (بارت،

در طول دهه‌های گذشته، پژوهش‌های زیادی در مورد باورهای خرافی^۱ انجام شده است که روشن می‌سازد، خرافه صرفاً وسیله‌ای برای تفسیر افسانه نیست و فراتر از آن، برای دستیابی به انواع مزایای احساسی و اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد و به‌طور قابل توجهی بر تصمیم‌های روزمره و رفتار افراد تأثیر می‌گذارد. باور به چشم‌زخم، خرافه‌ای گسترده در جوامع کشاورزی و روستایی که تمایل دارند سطوح بالایی از نابرابری ثروت مادی و اقتصاد معیشتی آسیب‌پذیر را حفظ کنند، نقش مهمی ایفا می‌کند (گرشمان، ۲۰۱۵).

¹ Superstitious beliefs

عضوی و نارساکنش‌وری فیزیولوژی است تلقی نمی‌شوند بلکه رفتارهایی معنادار هستند که معنای آن را باید در روابط کنونی فرد با محیط، با خود و در تعارض‌های درونی‌شده‌ای که به‌صورت ساخت^۶ سازمان یافته‌اند، جستجو کرد (دادستان، ۲۰۱۳).

شناخت نشانه‌های مرضی می‌تواند به‌منظور ارزیابی مقدار شیوع آشفتگی‌های روان‌شناختی، تعیین روند تحول آن‌ها و تحول فرضیه‌های سبب‌شناختی به‌کار رود (کانینو، برد، روبی، استیپس و براو، ۱۹۹۵). به‌طورکلی اگر خرافات را حاصل اشتباه و راهی برای مهار ترس، ناامنی و اضطراب بدانیم، سؤال پژوهش حاضر این است آیا مسندمه‌ارگری و نشانه‌های مرضی با باورهای خرافی رابطه دارند؟

روش

طرح پژوهشی

طرح پژوهشی مطالعه‌ی حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود.

شرکت‌کنندگان

جامعه‌ی آماری در این پژوهش زنان عضو در سرای محله‌های مختلف تهران بودند که پس از هماهنگی با مسئولان محترم سراهای هر محله و علاقه‌ی افراد در این پژوهش شرکت نمودند. حجم نمونه ۲۲۰ نفر بر اساس روش تعیین حجم نمونه‌ی استیونز (۱۹۹۶) نقل شوماکر و لومکس، (۲۰۰۹) برآورد شد. روش نمونه‌برداری خوشه‌ای و سپس دردسترس بود. توزیع جمعیت‌شناختی گروه نمونه در جدول ۱ آمده است. میانگین سنی زنان در گروه نمونه برابر ۳۲/۳۵ با انحراف استاندارد ۴/۱۲۴ بود که در دامنه‌ی سنی ۲۳ تا ۴۵ سال قرار داشتند. مشخصات وضعیت تحصیلی و تأهل گروه نمونه به تفکیک شغل در جدول ۱ آمده است.

۲۰۰۰؛ لذا درک این پدیده، پدیده‌ای نه محدود به مردمان سرزمین‌های دور، بلکه مربوط به همه‌ی آدمیان، کوشش ارزنده‌ای است.

کمپبل^۱ (۱۹۹۶) نقل از دلاکریس و گیلارد، (۲۰۰۸)، خرافه را یک پیوند علی‌ اشتباه بین دو واقعیت مستقل می‌داند که از دیدگاه منطقی هیچ ارتباطی با یکدیگر ندارند. این علیت غلط، پایه‌ای برای بسیاری از خرافات است. از طرفی نقطه‌ی شروع باورهای خرافی، ترس و اضطراب است و آنچه باورهای خرافی را تداوم می‌بخشد بهبود ترس و اضطراب است. افراد هنگام تصمیم‌گیری، خود را در معرض خطر می‌دانند تا جایی که فکر می‌کنند، باورهای خرافی به نفع آن‌هاست (ژانگ، ۲۰۱۲). عدم اطمینان در مورد نتایج آینده و حس نیاز انسان به مهار خود و جهان به شکلی منظم و قابل پیش‌بینی، تعیین‌کننده‌ی مهم و منشأ خرافه است و منجر به مهارگری و تعامل در رفتار خرافی می‌شود. هنگامی که احساس مهار خود با تهدید واقعی (مانند از دست دادن یکی از عزیزان، تحمل یک فاجعه‌ی طبیعی و غیره) کاهش یابد، ناراحتی و اضطراب تجربه‌شده، به‌وسیله‌ی منابع بیرونی به احساس مهار خود باز می‌گردد. اقدامات تکراری که سبب افزایش احساس مهارگری شخصی می‌شوند، منجر به باورهای خرافی می‌گردند (اسپیرز، ۲۰۱۳).

راتر^۲ (۱۹۵۴)، نقل از شولتز و شولتز، (۲۰۱۳) تجربه‌ی درجه‌ای از احساس مهارگری که هر فرد گزارش می‌دهد را با دو موضع درونی و بیرونی از مفهوم مسندمه‌ارگری^۳ مشخص کرد. بدین ترتیب که افراد با مسندمه‌ارگری درونی، بر این باورند که رویدادها محصول رفتار خود هستند و افراد با مسندمه‌ارگری بیرونی بر این باورند که رویدادها محصول شانس یا نفوذ دیگران به‌طور خاص هستند.

از طرفی الگوهای رفتاری یا فرایندهای فکری ناپهنجار^۴ یا سازش‌نیافته و هرگونه انحراف از کنش پهنجار که شاخص اختلال بدنی یا روانی است، مجموعه علائمی به شمار می‌آیند که نشانه‌های مرضی^۵ نامیده می‌شوند (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۲). امروزه نشانه‌های مرضی تنها به‌منزله‌ی علامت بیماری که ناشی از ضایعه‌ی

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه

کل (n=۲۲۰)		شاغل (n=۶۵)		خانه‌دار (n=۱۵۵)			
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۶۹/۱	۱۵۲	۵۲/۸	۳۵	۷۵/۵	۱۱۷	دیپلم	تحصیلات
۳۰/۹	۶۸	۴۶/۲	۳۰	۲۴/۵	۳۸	کارشناسی	
۵۲/۳	۱۱۵	۶۶/۲	۴۳	۴۶/۵	۷۲	مجرد	
۴۵/۹	۱۱۰	۳۰/۸	۲۰	۵۲/۳	۸۱	متأهل	تأهل
۱/۸	۴	۳/۱	۲	۱/۳	۲	مطلقه	
منطقه‌ی ۳		منطقه‌ی ۲		منطقه‌ی ۱			
۸		۱۱		۵		مناطق شهرداری	
۸۵		۹۸		۳۷		تعداد سراها	
						تعداد نمونه	

^۵ psychopathology

^۶ Structure

^۱ Campbell

^۲ Acar

^۳ Locus of control

^۴.abnormality

ابزارهای سنجش

گسسته‌گرایی و ۳ شاخص کلی شامل شاخص شدت کلی، شاخص ناراحتی نشانه‌های مثبت و جمع نشانه‌های مثبت است.

دروگاتیس، ریکلز و راک (۱۹۷۶) اعتبار درونی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفا، برای افسردگی ۰/۹۵ و کمترین برای روان‌گسسته‌گرایی ۰/۷۷ گزارش کردند. در محاسبه‌ی اعتبار به‌شیوه‌ی بازآزمایی دامنه‌ی ضرایب همبستگی، بازآزمایی زیرمقیاس‌های آزمون بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ به‌دست آمده است. این ابزار همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ بالایی را هم برای زیرمقیاس‌های آزمون (۰/۹۲ تا ۰/۷۵) و هم برای شاخص کلی نشانه‌های مرضی نشان می‌دهد. در مورد روایی ابزار، پژوهش‌ها بیشترین همبستگی را برای بُعد افسردگی، ۰/۷۳ و کمترین را برای بُعد هراس، ۰/۳۶ گزارش کرده‌اند. نتایج پژوهش‌های میرزایی (۱۹۸۰) و رضایور (۱۹۹۷) حاکی از روایی و اعتبار مناسب به‌روشن بازآزمایی این ابزار در جمعیت ایرانی است (فتحی آشتیانی، ۲۰۱۴). در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد افسردگی ۰/۸۹۳، اضطراب ۰/۸۳۲، بدنی‌سازی ۰/۸۸۱، وسواس - بی‌اختیاری ۰/۸۰۳، حساسیت در روابط متقابل ۰/۷۶۲، پرخاشگری ۰/۸۰۱، افکار پارانوئیدی ۰/۷۴۷، هراس ۰/۷۸۵ و روان‌گسسته‌گرایی ۰/۸۳۱ به‌دست آمد.

اندازه‌ی بازخوردهای مرتبط با باورهای خرافی^۵: آکار (۲۰۱۴)
نسخه‌ی ترکیبی مقیاس اندازه‌گیری رگه‌های خرافی^۵ (دلاکریس و گیلارد، ۲۰۰۸) و مقیاس باور خرافی بازنگری شده^۶ توبا^۶ در سال ۲۰۰۴ را نهایی و برای اندازه‌گیری باورهای خرافی استفاده کرد. این ابزار شامل ۲۳ گویه برای ارزیابی باورهای خرافی است و با استفاده از آن می‌توان افراد خرافی را از غیر خرافی تشخیص داد. هر یک از گویه‌ها در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از به‌شدت مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق و کاملاً موافق سنجیده می‌شود و شامل ۱۱ گویه‌ی مثبت و ۱۲ گویه‌ی منفی است. برای گویه‌های مثبت پاسخ‌های به‌شدت مخالف؛ نمره‌ی ۱، مخالف؛ نمره‌ی ۲، بی‌نظر؛ نمره‌ی ۳، موافق؛ نمره‌ی ۴ و کاملاً موافق؛ نمره‌ی ۵ منظور می‌شود. برای گویه‌های منفی، پاسخ‌های به‌شدت مخالف؛ نمره‌ی ۵، مخالف؛ نمره‌ی ۴، بی‌نظر؛ نمره‌ی ۳، موافق؛ نمره‌ی ۲ و کاملاً مخالف؛ نمره‌ی ۱ منظور می‌شود.

اعتبار درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ گزارش شده است. توان مقیاس، آزمون شده است و با تحلیل عاملی قابلیت اعتبار ۲۳ گویه، بالا و شواهد به‌دست‌آمده در رابطه با اعتبار سازه، مناسب هستند. ضریب اطمینان آلفای کرونباخ که انسجام داخلی ۲۳ گویه را به‌دست می‌دهد، ۰/۸۲۴ محاسبه شده که نشان از روایی مقیاس دارد و روایی هم‌زمان یا تقارنی از طریق مقایسه با مقیاس اعتقادات خرافی^۸ (آرسلان، ۲۰۱۰) به اثبات رسیده است (آکار، ۲۰۱۴).

مقیاس درونی بودن، افراد قدرتمند و شانس^۱: لونسون^۲ (۱۹۷۳)

به‌منظور مشخص کردن نوع مسندمه‌ارگری در بزرگسالان با سه زیرمقیاس: (۱) درونی شامل ۸ گویه، باور افراد نسبت به مهار زندگی توسط خود، (۲) افراد قدرتمند شامل ۸ گویه، باورهای فرد نسبت به مهار پیامدهای زندگی توسط افراد قدرتمند، (۳) شانس، شامل ۸ گویه، باورهای فرد نسبت به مهار زندگی به‌وسیله شانس و تصادف را اندازه‌گیری کرد (فتحی آشتیانی، ۲۰۱۴). این آزمون حاوی ۲۴ گویه در طیف ۶ درجه‌ای لیکرت از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم، با نمره‌ی ۳+ (بسیار موافق)، ۲+ (تا حدی موافق)، ۱+ (اندکی موافق)، ۱- (اندکی مخالف)، ۲- (تا حدی مخالف) و ۳- (بسیار مخالف)، در سه زیرمقیاس درونی بودن، شانس و افراد قدرتمند است.

لونسون (۱۹۷۳) ضریب پایایی کودر-ریچاردسون را برای هر یک از مقیاس‌ها، ۰/۵، ۰/۶۱، ۰/۷۷ گزارش کرده است. برآورد اعتبار از راه دونیمه کردن یا روش اسپیرمن - براون برای مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۶۶ و ۰/۶۴ و اعتبار به‌روش آزمون مجدد به فاصله‌ی یک هفته ۰/۶۰، ۰/۶۳ و ۰/۷۹ گزارش شده است (علیزاده، فراهانی، شهرآرای و علیزادگان، ۲۰۰۵). اعتبار ایرانی برای سه زیرمقیاس به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۷۱ و ۰/۶۸ گزارش شد. روایی هم‌زمان در سه زیرمقیاس از طریق مقایسه با مقیاس درونی و بیرونی راتر و مقیاس تمایلات اجتماعی مارلو - کراون و مقیاس ۱۶ عاملی کتل به اثبات رسیده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ در زیرمقیاس درونی بودن ۰/۶۶۷، در زیرمقیاس وابسته به شانس بودن ۰/۸۱۷ و در زیرمقیاس وابسته به افراد قدرتمند ۰/۸۲۴ به‌دست آمد.

فهرست نشانه‌های اختلال‌های روانی^۳: دروگاتیس، ریکلز و

راک در سال ۱۹۷۳ این ابزار را معرفی و بر اساس تحلیل‌های روان‌سنجی و تجربه‌های بالینی مورد تجدیدنظر قرار دادند و سرانجام در سال ۱۹۷۶ نهایی شد (دروگاتیس، ریکلز و راک، ۱۹۷۶). این ابزار جهت ارزشیابی نشانه‌های مرضی که به‌وسیله‌ی آزمودنی گزارش می‌شود به‌کار می‌رود که اولین بار برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی شد و با استفاده از آن می‌توان افراد بیمار را از افراد سالم تشخیص داد. این ابزار شامل ۹۰ سؤال برای ارزیابی نشانه‌های مرضی است و با استفاده از آن می‌توان افراد سالم را از بیمار تشخیص داد. هر یک از سؤال‌ها در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره‌ی صفر (هیچ) تا چهار (به‌شدت) سنجیده شده است. نمره‌های به‌دست‌آمده بیانگر ۹ بُعد از نشانه‌های بیماری شامل بدنی‌سازی، وسواس - بی‌اختیاری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، هراس، افکار پارانوئیدی، روان

⁵ Understanding, defining and measuring the trait of superstition.

⁶ A Revised Paranormal Belief Scale

⁷ Tobacyk,

⁸ Paranormal İnanç Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geliştirilmesi

¹ The Internality, Powerful others and Chance Scale (IPC)

² Levenson

³ Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R)

⁴ Measurement of Attitudes Related to the Superstitious Beliefs

در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر باورهای خرافی ۰/۷۷۶ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

با هماهنگی لازم و کسب اجازه از مسئولان محترم سراهای محله و با توضیح در مورد اهداف پژوهش و روش پاسخ‌دهی به سؤالات، شرکت‌کنندگان علاقه‌مند، به شرکت در پژوهش دعوت شدند.

نتایج

نتایج حاصل از اجرای اندازه‌ی بازخوردهای مرتبط با باورهای خرافی، مقیاس درونی بودن، افراد قدرتمند و شانس و فهرست نشانه‌های اختلال‌های روانی (افسردگی، اضطراب، بدنی‌سازی، وسواس - بی‌اختیاری، حساسیت در روابط متقابل، پرخاشگری، افکار پارانوییدی، هراس و روان‌گسسته‌گرایی) بین ۲۲۰ نفر از زنان عضو سرای محله‌های تهران به صورت میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه‌ی همراه با کجی و کشیدگی توزیع نمره‌های هر متغیر در جدول ۲ به نمایش در آمده است.

تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی با محاسبه‌ی میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی با محاسبه‌ی ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون چندمتغیری انجام شدند. توزیع داده‌ها پهناور و هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش انحراف جدی از توزیع بهنجار نداشتند. به‌منظور بررسی رابطه‌ی باورهای خرافی با مسندمهارگری (درونی بودن، وابسته به شانس بودن و وابسته به افراد قدرتمند بودن) و نشانه‌های مرضی (افسردگی، اضطراب، بدنی‌سازی، وسواس - بی‌اختیاری، حساسیت در روابط متقابل، پرخاشگری، افکار پارانوییدی، هراس و روان‌گسسته‌گرایی) در گروه نمونه‌ی آزمون همبستگی گشتاوری پیرسون اجرا شد. پیش از اجرای آزمون همبستگی گشتاوری پیرسون مفروضه‌های آن بررسی شده است. با اطمینان از برقراری مفروضه‌های آزمون همبستگی پیرسون، جهت

آزمون فرضیه‌های پژوهش و بررسی رابطه‌ی باورهای خرافی با مسندمهارگری و نشانه‌های مرضی این آزمون اجرا و نتایج حاصل از اجرای آن در جدول ۳ منعکس شده است. نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۳ نشان می‌دهد، بین باورهای خرافی با زیرمقیاس - های وابسته به شانس بودن ($r=0/380$ و $P<0/001$) و وابسته به افراد قدرتمند بودن ($r=0/302$ و $P<0/001$) از مسندمهارگری رابطه‌ی مثبت معنادار وجود دارد؛ اما باورهای خرافی با زیرمقیاس درونی بودن ($r=-0/11$ و $P>0/05$) از مسندمهارگری رابطه‌ی معنادار ندارد. بر اساس این یافته‌ها فرضیه‌ی اول پژوهش «مسندمهارگری درونی با باورهای خرافی رابطه‌ی معکوس دارد» رد می‌شود، اما فرضیه‌ی دوم پژوهش «مسندمهارگیری بیرونی با باورهای خرافی رابطه‌ی مستقیم دارد» تأیید می‌شود.

افزون بر آن نتایج نشان می‌دهند (جدول ۳) بین باورهای خرافی با تمام ابعاد نشانه‌های مرضی رابطه‌ی مثبت و معنادار دارد. بین باورهای خرافی با نشانه‌های افسردگی ($r=0/356$ و $P<0/001$)، اضطراب ($r=0/301$ و $P<0/001$)، بدنی‌سازی ($r=0/292$ و $P<0/001$)، وسواس بی‌اختیاری ($r=0/275$ و $P<0/001$)، حساسیت در روابط متقابل ($r=0/304$ و $P<0/001$)، پرخاشگری ($r=0/296$ و $P<0/001$)، افکار پارانوییدی ($r=0/333$ و $P<0/001$)، هراس ($r=0/209$ و $P<0/001$) و روان‌گسسته‌گرایی ($r=0/263$ و $P<0/001$) رابطه‌ی مثبت معنادار وجود دارد؛ بنابراین، رابطه‌ی مستقیم نشانه‌های مرضی با باورهای خرافی دارند، فرضیه‌ی سوم پژوهش، بر اساس یافته‌های آزمون همبستگی پیرسون تأیید می‌شود. سپس به‌منظور بررسی نقش مسندمهارگری و نشانه‌های مرضی در باورهای خرافی از آزمون رگرسیون چندگانه به صورت هم‌زمان استفاده شد.

نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی استاندارد در جدول ۴ نشان می‌دهند زیرمقیاس وابسته به شانس بودن ($t=3/661$) و ($P<0/001$) به صورت مثبت، سهم یگانه‌ی معناداری در تبیین باورهای خرافی دارند، اما زیرمقیاس‌های درونی بودن ($t=-0/156$ و $P>0/05$)

جدول ۲. خلاصه‌ی یافته‌های توصیفی باورهای خرافی، مسندمهارگری و نشانه‌های مرضی ($N=220$)

متغیرها	<u>M</u>	<u>SD</u>	Min	Max	کجی	کشیدگی
باورهای خرافی	۶۲/۷۷	۱۰/۷۴۴	۳۴	۸۶	-۰/۶۷۴	۰/۰۴۱
درونی بودن	۳۵/۶۳	۶/۹۷۳	۹	۴۷	-۱/۱۳۹	۱/۷۷۱
وابسته به شانس	۲۳/۰۹	۱۰/۴۳۱	.	۴۶	-۰/۰۶۶	-۰/۸۰۳
وابسته به افراد قدرتمند	۱۸/۷۰	۱۰/۴۷۱	.	۴۲	۰/۲۸۲	-۰/۷۲۷
افسردگی	۱۷/۸۰	۱۱/۱۰۴	.	۴۳	۰/۲۹۱	-۰/۹۶۵
اضطراب	۱۱/۲۶	۷/۹۳۳	.	۳۳	۰/۵۷۷	-۰/۵۲۹
بدنی سازی	۱۴/۶۷	۹/۶۴۴	.	۴۲	۰/۴۹۹	-۰/۴۲۵
وسواس - بی اختیاری	۱۴/۵۶	۷/۳۱۷	.	۳۶	۰/۴۲۶	-۰/۳۰۷
حساسیت در روابط متقابل	۱۱/۱۹	۶/۱۷۵	.	۳۰	۰/۴۳۷	-۰/۲۴۹
پرخاشگری	۷/۶۱	۵/۰۰۷	.	۲۱	۰/۶۰۳	-۰/۳۷۶
افکار پارانوییدی	۹/۰۵	۴/۸۶۱	.	۲۴	۰/۲۶۵	-۰/۲۹۶
هراس	۴/۴۹	۴/۵۶۱	.	۲۴	۱/۵۴۵	۲/۴۲۹
روان‌گسسته‌گرایی	۹/۰۵	۶/۷۱۲	.	۲۶	۰/۶۸۴	-۰/۵۷۷

جدول ۳. ضرایب همبستگی بین مسندمهارگری، نشانه‌های مرضی و باورهای خرافی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- باورهای خرافی	-											
۲- درونی بودن	-۰/۰۱۱	-										
۳- وابسته به شانس	۰/۳۸۰**	-۰/۰۰۳	-									
۴- وابسته قدرت	۰/۳۰۲**	-۰/۰۰۵	-۰/۷۷۰**	-								
۵- افسردگی	۰/۳۵۶**	-۰/۲۱۹**	-۰/۳۸۱**	-۰/۳۲۶**	-							
۶- اضطراب	۰/۳۰۱**	-۰/۱۴۲*	-۰/۳۹۹**	-۰/۳۲۶**	-۰/۷۶۶**	-						
۷- شکایت جسمانی	۰/۲۹۲**	-۰/۱۰۱	-۰/۳۲۷**	-۰/۲۴۶**	-۰/۶۸۱**	-۰/۷۵۰**	-					
۸- وسواس- جبری	۰/۳۷۵**	-۰/۰۹۹	-۰/۳۸۵**	-۰/۳۲۲**	-۰/۸۰۴**	-۰/۷۴۴**	-۰/۶۹۶**	-				
۹- حساسیت در روابط متقابل	۰/۳۰۴**	-۰/۱۸۲**	-۰/۳۸۹**	-۰/۳۶۹**	-۰/۷۹۴**	-۰/۷۶۰**	-۰/۶۲۳**	-۰/۷۲۰**	-			
۱۰- پرخاشگری	۰/۲۹۶**	-۰/۱۰۲	-۰/۳۸۲**	-۰/۲۶۹**	-۰/۶۲۴**	-۰/۶۵۸**	-۰/۵۵۸**	-۰/۶۵۲**	-۰/۶۵۲**	-		
۱۱- افکار پارانوئیدی	۰/۳۳۳**	-۰/۰۵۱	-۰/۳۸۴**	-۰/۳۲۷**	-۰/۷۱۰**	-۰/۶۴۳**	-۰/۵۸۶**	-۰/۶۴۳**	-۰/۶۴۳**	-۰/۷۱۱**	-	
۱۲- ترس مرضی	۰/۲۰۹**	-۰/۱۱۴	-۰/۲۵۷**	-۰/۳۴۳**	-۰/۵۲۰**	-۰/۶۶۲**	-۰/۵۱۵**	-۰/۵۶۱**	-۰/۶۴۳**	-۰/۴۲۷**	-۰/۴۳۶**	-
۱۳- روان گسسته‌گرایی	۰/۲۶۳**	-۰/۲۰۸**	-۰/۳۵۲**	-۰/۳۴۹**	-۰/۷۸۳**	-۰/۷۹۷**	-۰/۶۵۱**	-۰/۷۵۵**	-۰/۷۲۸**	-۰/۶۲۹**	-۰/۶۷۱**	-۰/۶۷۵**

**P<۰/۰۰۱.*P<۰/۰۰۵

اساس ضریب تعیین به دست آمده (R^2) نشانه‌های مرضی ۱۵ درصد از واریانس باورهای خرافی را تبیین می‌کنند. نقش هر یک از نشانه‌های مرضی در تبیین باورهای خرافی در جدول ۵ نشان داده شده است.

نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی استاندارد در جدول ۵ نشان می‌دهند نشانه‌های افسردگی ($t=۲/۲۷۲$ و $P<۰/۰۰۵$) به صورت مثبت سهم یگانه و معناداری در تبیین باورهای خرافی دارند، اما سایر نشانه‌های مرضی سهم یگانه‌ی معناداری در تبیین باورهای خرافی ندارند. افزون بر آن نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه (جدول ۵) نشان داد نشانه‌های افسردگی ($R^2=۰/۰۲۴$) به تنهایی ۲ درصد از واریانس

و وابسته به افراد قدرتمند بودن ($t=۰/۲۴۷$ و $P>۰/۰۰۵$) سهم یگانه‌ی معناداری در تبیین باورهای خرافی ندارند. افزون بر آن نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه (جدول ۴) نشان دادند زیرمقیاس وابسته به شانس بودن ($R^2=۰/۰۵۹$) به تنهایی توانایی تبیین ۶ درصد از واریانس باورهای خرافی را به صورت مثبت دارد.

نتایج حاصل از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه در جدول ۵ برای پیش‌بینی باورهای خرافی با نشانه‌های مرضی ($F=۴/۲۴۴$) و $P<۰/۰۰۱$ معناداری مدل را تأیید می‌کنند. بر این اساس نشانه‌های مرضی پیش‌بینی کننده معناداری برای باورهای خرافی هستند. بر

جدول ۴. ضرایب رگرسیون باورهای خرافی با مسندمهارگری

متغیرهای پیش‌بین	B	SEB	β	T	R^2
مقدار ثابت	۵۴/۲۵۷	۳/۸۳۱		۱۴/۱۶۴*	
درونی بودن	-۰/۰۱۵	-۰/۰۹۷	-۰/۰۱۰	-۰/۱۵۶	-۰/۰۰۰
وابسته به شانس	۰/۳۷۲	۰/۱۰۲	۰/۳۶۱	۳/۶۶۱*	-۰/۰۵۹
وابسته به افراد قدرتمند	۰/۰۲۵	۰/۱۰۱	۰/۰۲۴	۰/۲۴۷	-۰/۰۰۰

*P<۰/۰۰۱

جدول ۵. ضرایب رگرسیون باورهای خرافی با نشانه‌های مرضی

متغیرهای پیش‌بین	B	SEB	β	T	R^2
مقدار ثابت	۵۵/۵۶۰	۱/۶۸۵		۳۲/۹۸۲**	
افسردگی	۰/۳۰۳	۰/۱۳۴	۰/۳۱۴	۲/۲۷۲*	-۰/۰۲۴
اضطراب	۰/۰۴۷	۰/۱۸۴	۰/۰۳۴	۰/۲۵۲	-۰/۰۰۰
بدنی سازی	۰/۰۸۶	۰/۱۱۴	۰/۰۷۷	۰/۷۵۷	-۰/۰۰۳
وسواس- بی اختیاری	-۰/۱۵۱	۰/۱۸۰	-۰/۱۰۳	-۰/۸۳۸	-۰/۰۰۳
حساسیت در روابط متقابل	-۰/۰۴۳	۰/۲۱۸	-۰/۰۲۵	-۰/۱۹۷	-۰/۰۰۰
پرخاشگری	۰/۱۴۰	۰/۲۱۴	۰/۰۶۵	۰/۶۵۱	-۰/۰۰۲
افکار پارانوئیدی	۰/۳۵۶	۰/۲۳۹	۰/۱۶۱	۱/۴۸۸	-۰/۰۱۰
هراس	۰/۱۵۴	۰/۲۲۷	۰/۰۶۵	۰/۶۷۹	-۰/۰۰۲
روان گسسته‌گرایی	-۰/۲۵۲	۰/۲۰۸	-۰/۱۵۸	-۱/۲۱۳	-۰/۰۰۷

**P<۰/۰۰۱.*P<۰/۰۰۵

جدول ۶ ضرایب رگرسیون باورهای خرافی با مسندمهارگری و نشانه‌های مرضی

متغیرهای پیش‌بین	B	SEB	β	T	R ²
مقدار ثابت	۴۹/۷۳۱	۴/۰۵۷		۱۲/۲۵۷**	
درونی بودن	۰/۰۵۳	۰/۱۰۰	۰/۰۳۴	۰/۵۲۵	۰/۰۰۱
وابسته به شانس	۰/۲۷۷	۰/۱۰۷	۰/۲۶۹	۲/۵۸۹*	۰/۰۳۱
وابسته به افراد قدرتمند	۰/۰۱۱	۰/۱۰۴	۰/۰۱۱	۰/۱۰۳	۰/۰۰۰
افسردگی	۰/۳۱۲	۰/۱۳۱	۰/۳۲۲	۲/۳۷۸*	۰/۰۲۷
اضطراب	-۰/۰۱۹	۰/۱۷۹	-۰/۰۱۴	-۰/۱۰۴	۰/۰۰۰
بدنی سازی	۰/۰۹۳	۰/۱۱۱	۰/۰۸۴	۰/۸۴۵	۰/۰۰۳
وسواس - بی اختیاری	-۰/۲۱۴	۰/۱۷۶	-۰/۱۴۶	-۱/۲۱۳	۰/۰۰۷
حساسیت در روابط متقابل	-۰/۰۷۷	۰/۲۱۳	-۰/۰۴۴	-۰/۳۶۱	۰/۰۰۱
پرخاصگری	۰/۰۶۱	۰/۲۱۱	۰/۰۲۹	۰/۲۹۱	۰/۰۰۰
افکار پارانوییدی	۰/۲۸۰	۰/۲۳۵	۰/۱۲۶	۱/۱۸۹	۰/۰۰۷
هراس	۰/۱۶۶	۰/۲۲۴	۰/۰۷۰	۰/۷۴۰	۰/۰۰۳
روان گسسته‌گرایی	-۰/۲۱۱	۰/۲۰۵	-۰/۱۳۲	-۱/۰۳۳	۰/۰۰۵

**P<۰/۰۰۱، *P<۰/۰۵

معنادار بین مسندمهارگری بیرونی و باورهای خرافی و همچنین تأیید رابطه‌ی مستقیم و معنادار بین نشانه‌های مرضی و باورهای خرافی، فرضیه‌های دوم و سوم پژوهش تأیید شد.

افزون بر این، نتایج نشان دادند مسندمهارگری به‌تنهایی ۱۴ درصد و زیرمقیاس وابسته به شانس بودن به‌صورت مثبت سهم یگانه‌ی معناداری در تبیین باورهای خرافی دارد، اما زیرمقیاس‌های درونی بودن و وابسته به افراد قدرتمند بودن سهم یگانه‌ی معناداری در تبیین باورهای خرافی ندارند. زیرمقیاس وابسته به شانس بودن به‌تنهایی توانایی تبیین ۶ درصد از واریانس باورهای خرافی را به‌صورت مثبت دارد و نشانه‌های مرضی به‌تنهایی ۱۵ درصد از واریانس باورهای خرافی را تبیین می‌کنند. همچنین این دو متغیر (مسندمهارگری و نشانه‌های مرضی) به‌صورت هم‌زمان توانایی تبیین ۲۲ درصد از واریانس باورهای خرافی را دارند. یافته‌ها، فرضیه‌ی پژوهش را مبنی بر این که مسندمهارگری و نشانه‌های مرضی می‌توانند باورهای خرافی را پیش‌بینی کنند تأیید می‌کنند.

به‌علاوه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که بین مسندمهارگری درونی با باورهای خرافی رابطه‌ی معنادار وجود ندارد. این یافته ضمن رد فرضیه‌ی اول، با نتیجه‌ی پژوهش (رایت^۱ و اردل^۲، ۲۰۰۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان به نظریه‌ی مسندمهارگری راتر (۱۹۶۳، نقل از شولتز و شولتز، ۲۰۱۳) استناد کرد. از آنجایی که مسندمهارگری درونی به ادراک فرد از توانایی خود برای مهار نتایج رویدادهای زندگی و به انتظار فرد از اینکه رفتار او وابسته به عوامل درونی مانند رفتار خود و خصوصیات شخصی خود اشاره دارد؛ لذا افرادی که دارای مسندمهارگری درونی هستند اعتقاد دارند که مهار کاملی بر زندگی خود داشته و مطابق با همین باور رفتار می‌کنند.

دیگر یافته‌ی پژوهش حاضر نشان داد که بین باورهای خرافی

باورهای خرافی را به‌صورت مثبت تبیین می‌کند. این یافته‌ها نشان دادند مسندمهارگری (تبیین ۱۴ درصد) و نشانه‌های مرضی (تبیین ۱۵ درصد) توانایی پیش‌بینی باورهای خرافی را دارند.

نقش هر یک از زیرمقیاس‌های مسندمهارگری و نشانه‌های مرضی در تبیین باورهای خرافی در جدول ۶ بررسی شده است. نتایج نشان دادند مسندمهارگری به‌تنهایی ۱۴ درصد و نشانه‌های مرضی ۱۵ درصد از واریانس باورهای خرافی را تبیین می‌کنند. همچنین این دو متغیر (مسندمهارگری و نشانه‌های مرضی) به‌صورت هم‌زمان توانایی تبیین ۲۲ درصد از واریانس باورهای خرافی را دارند. این یافته‌ها فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر این که مسندمهارگری و نشانه‌های مرضی می‌توانند باورهای خرافی را پیش‌بینی کنند تأیید می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، ارزیابی رابطه‌ی مسندمهارگری، نشانه‌های مرضی و باورهای خرافی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند باورهای خرافی با زیرمقیاس درونی بودن از مسندمهارگری رابطه‌ی معنادار ندارند. بین باورهای خرافی و زیرمقیاس‌های وابسته به شانس بودن و وابسته به افراد قدرتمند بودن از مسندمهارگری رابطه‌ی مستقیم وجود دارد و همچنین زیرمقیاس وابسته به شانس بودن به‌صورت مثبت سهم یگانه‌ی معناداری در تبیین باورهای خرافی دارد. بین باورهای خرافی با تمام ابعاد نشانه‌های مرضی رابطه‌ی مستقیم و معنادار وجود دارد و همچنین نشانه‌های افسردگی به‌صورت مثبت سهم یگانه و معناداری در تبیین باورهای خرافی دارد. با توجه به معنادار نبودن رابطه‌ی بین مسندمهارگری درونی و باورهای خرافی، فرضیه‌ی اول پژوهش رد شد و با توجه به تأیید رابطه‌ی مستقیم و

² Erdal

¹ Wright

مرضی و انتقال را از لحاظ ماهیت یکسان و دارای مینا و فرایند انحلال مشابهی دانست. فروید (۱۹۰۴) نقل از مای لی و ربرتو، (۲۰۰۸) باور خرافی را حاصل فرافکنی تعارض‌ها، سرکوفتگی‌ها و انگیزش‌های درونی به جهان بیرونی می‌داند که در ادراک‌های حسی افراد تأثیر گذاشته و نقش اساسی در بنا کردن جهان پیرامون آنان دارد. افراد خرافی تعارض‌ها، سرکوفتگی‌ها و انگیزش‌های درونی را به جهان بیرون فرافکنی کرده و انگیزش اعمال تصادفی خود را در دنیای بیرون جستجو کرده، تصادف‌ها و اتفاق‌ها را خرافه‌وار تعبیر می‌کنند.

همچنین یافته‌ها در پژوهش حاضر نشان داد، نشانه‌های افسردگی به صورت مثبت سهم یگانه و معناداری در تبیین باورهای خرافی دارد که با نتایج پژوهش‌های نجاد و پویا (۲۰۰۸) و کیم، الگرن و برنارد (۲۰۱۴) همسو است. در تبیین این یافته، مجموعه‌ی پیشینه‌ی روان‌شناسی شناختی، حول محور فرضیه‌ی کلی است که برحسب آن، افراد افسرده دارای مشکلاتی در پردازش تجارب هستند. فکر افسرده در ساخت شناختی عمیقی ریشه دارد که به صورت خطاهای منطقی آشکار می‌شود و وجه مشترک این خطاها تفسیر بدبینانه‌ی تجربه‌های زندگی است (رزنتال، ۱۹۶۶).

در خصوص محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان اشاره کرد که جامعه‌ی آماری این پژوهش زنان عضو در سرای محله‌های تهران در سه منطقه‌ی ۱، ۴ و ۸ و در بازه‌ی سنی ۲۳ تا ۴۵ سال بودند و به این ترتیب در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها و گروه‌های سنی دیگر لازم است احتیاط شود. همچنین با توجه به ابزار پژوهش حاضر که از نوع خودگزارش‌دهی است و خطاهای خاص خود را داراست از جمله ابهام در درک مفهوم سؤال‌ها توسط آزمودنی‌ها، لازم است در تعمیم نتایج احتیاط صورت پذیرد. با توجه به محدودیت‌های اشاره‌شده، استفاده از روش نمونه‌برداری تصادفی و روش مصاحبه و مشاهده همراه با آزمون می‌تواند معایب و کاستی‌ها را کاهش دهد. آموزش‌های عمومی از طریق رسانه‌های مردم‌رس، همانند رادیو و تلویزیون می‌توانند در اصلاح باورهای غلط و ترویج تفکر انتقادی نقشی مثبت و اساسی داشته باشد و می‌توان از این طریق با تغییر نگرش‌های غلط برگرفته از فرهنگ به پویایی و رشد جامعه دست یافت.

همچنین با توجه به اینکه نشانه‌ی افسردگی سهم یگانه‌ای در پیش‌بینی باورهای خرافی داشت پیشنهاد می‌شود به بررسی این بُعد از نشانه‌های مرضی در افراد خرافی پرداخته و در صورت محرز شدن افسردگی، از طریق آموزش روش‌های شاد زیستن در جهت اصلاح باورهای خرافی افراد اقدام نمود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به منظور آگاهی از تأثیر باورهای خرافی بر سلامت افراد، نقش باورهای خرافی در شکل‌گیری یا تشدید نشانه‌های مرضی، مورد مطالعه و پژوهش قرار گیرد.

و مسندمهارگری بیرونی رابطه‌ی مستقیم معناداری وجود دارد. همچنین زیرمقیاس وابسته به شانس بودن به صورت مثبت سهم یگانه‌ی معناداری در تبیین باورهای خرافی دارد. این یافته ضمن تأیید فرضیه‌ی دوم با نتایج پژوهش‌های استنک و تیلور (۲۰۰۴)، برگر و لین (۲۰۰۵)، صلیبا (۲۰۱۱)، ساگون و کارولی (۲۰۱۴) و شریواستو (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این یافته‌ها به بیان فروید^۱ (۱۹۰۴) نقل از مای لی و ربرتو، (۲۰۰۹) خرافات حاصل فرافکنی ساخت‌های شخصیت به جهان بیرون است که در ادراک حسی افراد تأثیر گذاشته و موجب نگرش افراد به جهان پیرامون می‌شود. سبک دریافت اطلاعات و پردازش آن در حیطه‌ی شخصیت قرار دارد و گرایش‌های واکنشی یا رگه‌های شخصیت، نحوه‌ی دریافت و پردازش اطلاعات را در افراد متمایز می‌کند. مسندمهارگری به عنوان رگه‌ی شخصیت، گرایش واکنشی متفاوتی را در افراد ایجاد می‌کند و می‌توان تبیین کرد افراد با مسندمهارگری بیرونی گرایش به باور خرافی داشته و مسندمهارگری بیرونی پیش‌بینی‌کننده‌ی باورهای خرافی است.

همچنین زیرمقیاس وابسته به شانس بودن به صورت مثبت سهم یگانه و معناداری در تبیین باورهای خرافی دارد. به بیان کمپیل (۱۹۹۶)، نقل از دلاکریس، (۲۰۰۸) هر رویداد نتیجه‌ی ترکیبی از نیروهای قابل‌مهار و غیرقابل‌مهار است و منشأ خرافه، احساس نیاز افراد به مهار شخصی خود و جهان به شکلی منظم و قابل پیش‌بینی است. هنگامی که احساس مهار شخصی فرد، با تهدید واقعی شامل ناگهان از دست دادن یکی از عزیزان، تحمل فاجعه‌ای طبیعی یا مشارکت در بازی‌های وابسته به شانس تهدید شود، ناراحتی و اضطراب تجربه‌شده، به وسیله‌ی منابع بیرونی به احساس مهار خود بازمی‌گردد. در افراد خرافی، عدم اطمینان در مورد نتایج آینده و تمایل به مهار تعیین‌کننده‌ی مهم خرافه است و منجر به تعامل در رفتار خرافی می‌شود. لنگر^۲ (۱۹۷۵)، نقل از ساگون و کارولی، (۲۰۱۴) اظهار داشت که به طور کلی مردم تمایل دارند خود را به عنوان علت رویدادها ببینند حتی در شرایطی که آن‌ها بر رویداد تأثیر نمی‌گذارند. افراد رفتار خرافی را انجام می‌دهند تا شرایطی را تحت مهار قرار دهند که در حقیقت تحت مهار آن‌ها نیستند و بنابراین در چنین شرایطی مردم احتمالاً به توهم مهار و خرافه، بیشتر وابسته خواهند بود.

سرانجام، دیگر یافته‌ی پژوهش حاضر نشان داد که بین باورهای خرافی با تمام ابعاد نشانه‌های مرضی رابطه‌ی مستقیم و معنادار وجود دارد. این یافته ضمن تأیید فرضیه‌ی سوم با نتایج پژوهش سیکا، نوارا و ساناوی (۲۰۰۲) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به روی‌آورد روان‌پویشی استناد کرد که بر اساس آن پدیده‌های روانی، نتیجه‌ی تعارض نیروهای کشنده‌ای و عدم سازش‌پذیری یا عدم توانایی برقراری تعادل بین نیازهای کشنده‌ای و واقعیت است. فروید (۱۹۰۵) نقل از دادستان، (۲۰۱۳) نشانه‌های مرضی را دربرگیرنده‌ی تعارض در فعالیت کشنده‌ای فرد و انتقال را بیان مستقیم امیال سرکوب‌شده دانست و بر این اساس نشانه‌های

² Langer¹ Freud

قدردانی: بر خود لازم می‌دانیم تا از تمام بانوان عزیز، مسئولان محترم سراهای محله که در انجام این پژوهش مشارکت و همکاری داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی نماییم.
تعارض منافع: برحسب مدارک، در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.
حامی مالی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله است.

Reference

- Acar, T. (2014). The Struggle of Measurement of Attitudes Related to the Superstitious Beliefs. *Journal of Education and Practice*, 5(21), 222-1735.
- Alizadeh, T., Farahani, M., Shahraray, M. & Alizadegan, Sh. (2005). The relationship between self-esteem and control source with infertility stress in infertile men and women. *Journal of Fertility and Infertility*, 194-204. [In Persian, 1384]
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Translated by F. Reza'i, and others. Tehran: Arjmand Publications. [In Persian, 1393]
- American Psychological Association (2012). *Descriptive culture of the American Psychological Association*. (APA) Editor G. R. R. Vandbus. Tehran: Aras Publications. [In Persian, 1391]
- Arslan, M. (2010). *Paranormal İnanc Olceğinin Turckce Versiyonunun Geliştirilmesi: Gecerlik ve Guvenirlik. Çalışması, İ.Ü. İlahiyat Fakültesi Dergis*, 1(2), 23-40.
- Barrett, J. L. (2000). Exploring the Natural Foundations of Religion. *Trends in Cognitive Science*, 4 (1), 29-34. [DOI:10.1016/S1364-6613(99)01419-9]
- Burger, J. M., & Lynn, A. L. (2005). Superstitious behavior among American and Japanese professional baseball players. *Basic and Applied Social Psychology*, 27, 71-76. [DOI:10.1207/s15324834basps2701_7]
- Canino, G., Bird, H. R., Rubio-Stipec, M., & Bravo, M. (1995). Child psychiatric epidemiology: What we have learned and what we need to learn. *Int J Meth Psychiatr Res*, 5(2), 79-92.
- Dadsetan, P. (2013). *Morbid psychology from childhood to adulthood*. Tehran: Samt Publications. [In Persian, 1392]
- Dadsetan, P. (2014). *Excerpts from the largest systems of developmental psychology*. Tehran: Samt Publications. [In Persian, 1393]
- Delacroix, E. & Guillard, V. (2008). *Understanding, Defining and measuring the trait of superstition*. Paris: Dauphine University.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry*, 128, 280-9. [DOI:10.1192/bjp.128.3.280] [PMid:1252693]
- Fathi Asaghiani, A. (2014). *Psychological tests, personality evaluation and mental health*. Tehran: Besat Publications. [In Persian, 1393]
- Gershman, B. (2015). The economic origins of the evil eye belief. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 110, 119-144. [DOI:10.1016/j.jebo.2014.12.002]
- Jung, C. G. (2012). *The Collected Works of C.G. Jung*. Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Kasherwa, A. C., & Twikirize, J. M. (2018). Ritualistic child sexual abuse in post-conflict Eastern DRC: Factors associated with the phenomenon and implications for social work, 8, 74-81. [DOI:10.1016/j.chiabu.2018.04.012] [PMid:29723701]
- Kim, J., Ahlgren, M., & Bernhard, B. (2014). The mediating effect of depression between superstitious beliefs and problem gambling: a cross-cultural study of Chinese and Caucasians residing in the United States. *Journal of Gambling Issues*, 29, 1-25. [DOI:10.4309/jgi.2014.29.10]
- Langer, E. J. (1975). The illusion control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32,311-328. [DOI:10.1037/0022-3514.32.2.311]
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 41(3), 397. [DOI:10.1037/h0035357] [PMid:4803272]
- Miley, R., & Reberto, P. (2008). *Construction, phenomenon and transformation of personality*. Translation: Mansour. M. Tehran: Samt Publications. [In Persian, 1387]
- Nejad, A. G., & Pouya, F. (2008). Relationship between superstitious beliefs and anxiety, depression in Iran. *European Psychiatry*, 23, S374. [DOI: 10.1016/j.eurpsy.2008.01.1294]
- Rosenthal, R. (1966). *Experimenter effects in behavioral research*. East Norwalk, CT, US: Appleton-Century-Crofts.
- Rutter, J. B. (1954). Generalized expectancies of Internal versus External control of reinforcements. *Psychological Monographs*, 80, 609-.
- Sagone, E., & Carole, M. E. (2014). Locus of control and beliefs about superstition and luck in adolescents: what's their Relationship? *Procedia-social and behavioural sciences*, 140, 318-323. [DOI:10.1016/j.sbspro.2014.04.427]
- Saliba, O. (2011). *Superstition, religiosity, & locus of control: the beliefs of Maltese University students*. Bachelor's thesis, University of Malta.
- Schippers, M. C. & Lange P. A. M. (2006). The Psychological Benefits of Superstitious Rituals in Top Sport: A Study among Top sportspersons. *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 10, 2532 - 2553. [DOI : 10. 1111 / j. 0021 - 9029. 2006.00116.x]
- Schultz, D., & Schultz, A. (2013). *Personality Theories*. Translated by Y. Seyed Mohammadi. Tehran: Virayesh Publications. [In Persian, 1392]
- Schumaker, R. A., & Lomax, R. J. (2009). *Introduction to Structural Equation Modeling*. Translation: Ghasemi. Tehran: Jamee shenasan Publication. [In Persian, 1388]
- Shahsavari, A., & Bayat, M. (2012). Study of tendency to superstition in physical diseases referred to non-therapeutic people. *Journal of Nursing*

- Development in Health, 3, 55-66. [In Persian, 1391]
- Shrivastav, M. (2017). Study on Self-Confidence Contributing to Superstition Behavior. India: Haridwar. [DOI: 10. 29121/ granthaalayah. v5. i7. 2017.2128]
- Shrivastav, M. (2018). Study on Locus of Control Contributing to Superstition Behavior. International Journal of Research – Granthaalayah. [DOI: 10. 29121/ granthaalayah. v6.i5.2018.1446]
- Sica, C., Novara, C., & Sanavio, E. (2002). Culture and psychopathology: Superstition and obsessive compulsive cognition and symptoms in a non-clinical Italian sample. Personality and Individual Differences, 32, 1001–1012. [DOI: 10.1016 / S0191 – 8869 (01) 00104-0]
- Spears, L. N. (2013). An Examination of Magical Beliefs as Peredictor of Obzersive Compulsive Symptom Dimonens. University of Kansas in partial fulfillment of the requirement.
- Stanke, A., & Taylor, M. (2004). Religiosity, locus of control, and superstitious belief. UW-L Journal of Undergraduate Research, 11, 1-5.
- Wright, P. B., & Erdal, K. J. (2008). Sport superstition as a function of skill level and task difficulty. Journal of sport behavior, 31(2), 187-199.

