

بررسی رابطه بین بکارگیری

مقابله‌های مذهبی و سلامت روانی

هاجر پهلوانی*

بهروز دولتشاهی**

سید احمد واعظی***



عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند و می‌توانند بکارگیری مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند، لذا بکارگیری آنها برای اکثریت افراد، سلامت ساز می‌باشد (کارور^(۴) و همکاران، ۱۹۸۹).

روانشناسی بهداشت^(۱)، در سالهای اخیر اهمیت زیادی برای نقش راهبردهای مقابله^(۲) و سبک زندگی افراد در چگونگی وضعیت سلامت جسمانی و روانی آنها قائل شده است. شیوه‌های مقابله، تواناییهای شناختی و رفتاری‌ای هستند که توسط فرد در معرض استرس، به منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی که فشار آور بوده و فراتر از منابع فردی می‌باشند، بکار گرفته می‌شوند (هینز^(۳) و همکاران، ۱۹۹۱).

در همین راستا مقابله مذهبی به عنوان روشی که از منابع مذهبی مثل دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند و ... برای مقابله استفاده می‌کند، تعریف شده است. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند، از آنجایی که این نوع مقابله‌ها به عنوان منبع حمایت

* - هاجر پهلوانی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه

علوم پزشکی زاهدان.

** - بهروز دولتشاهی کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.

*** - دکتر سید احمد واعظی، روانپزشک، عضو هیأت علمی انستیتو روانپزشکی تهران.

1 - Health Psychology

2 - Coping Strategies

3 - Hynes

4 - Carver

◀ دین اسلام به عنوان یک ایدئولوژی، ارائه دهنده کامل ترین و سلامت سازترین سبک زندگی بشریت است و احکام و دستورات آن حوزه های وسیع اخلاقی، بین فردی، بهداشتی و اجتماعی را در بر می گیرد، لذا مطالعه علمی اثرات و نقش متغیرهای مذهبی در سلامت روانی یک ضرورت اساسی به نظر می رسد.

سلامت روانی افراد بالغ، توسط باورهای مذهبی تبیین می شود (به نقل از نیلمن^(۳) و پرساد^(۴)، ۱۹۹۵). در مطالعه دیگری، ویلتیز^(۵) و کریدر^(۶) (۱۹۸۸) نشان دادند که در یک نمونه ۱۶۵۰ نفری با میانگین سنی ۵۰، نگرشهای مذهبی با سلامت روانی رابطه مثبتی دارند. به علاوه مذهبی بودن با رضایت زناشویی در مردان و زنان و رضایت شغلی در مردان مرتبط بود (چامبربانیند^(۷) و همکاران، ۱۹۸۷).

براساس مطالعات انجام شده دیگر، بین مذهبی بودن و معنی داری زندگی و سلامت روانی ارتباط معنی داری وجود دارد (به نقل از پین^(۸) و همکاران، ۱۹۹۲). در یک بررسی که ۸۳۶ بزرگسال با میانگین ۷۳/۴ سال شرکت داشتند، معلوم شد که بین سه شاخص مذهبی بودن (فعالیت های مذهبی غیر سازمان یافته و فعالیت های مذهبی سازمان یافته) و روحیه داشتن و دلگرمی به زندگی، همبستگی مثبتی وجود دارد. به ویژه مذهبی بودن درونی و فعالیت های مذهبی سازمان یافته با دلگرمی به زندگی، همبستگی مثبتی نشان دادند (کونینگ^(۹) و همکاران، ۱۹۸۸ به نقل از پین و همکاران، ۱۹۹۲). به علاوه اسپیکا^(۱۰) و همکاران (۱۹۸۵)، ۳۶ مطالعه تجربی در مورد مرگ و درگیری مذهبی را مرور کردند و نتیجه گرفتند که ایمان قویتر یا معتقد بودن به زندگی بعد از مرگ با ترس کمتر از مرگ همبستگی داشت. همچنین افرادی که نمره بالاتری در شاخص مذهب درونی داشتند، ترس کمتری را از مرگ گزارش کردند (به نقل از همان منبع).

رفتارهای مذهبی ارزش مثبتی در پرداختن به نکات معنی دار زندگی دارند. رفتارهایی از قبیل عبادت، توکل به خداوند، زیارت و غیره ... می توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرشهای مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند. باور به اینکه خدایی هست که موقعیت ها را کنترل می کند و ناظر بر عبادت کننده هاست، تا حد زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت را کاهش می دهد. به طوری که اغلب افراد مؤمن، ارتباط خود را با خداوند مانند ارتباط با یک دوست بسیار صمیمی توصیف می کنند و معتقدند که می توان از طریق اتکاء و توسل به خداوند، اثر موقعیتهای غیر قابل کنترل را به طریقی کنترل نمود. به همین دلیل گفته می شود که مذهب می تواند به شیوه فعالی در فرآیند مقابله مؤثر باشد (کرال^(۱۱) و همکاران، ۱۹۸۹).

به طور کلی مقابله مذهبی، متکی بر باورها و فعالیتهای مذهبی است و از این طریق در کنترل استرسهای هیجانی و ناراحتیهای جسمی به افراد کمک می کند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی، برخورداری از حمایت های اجتماعی، حمایت روحانی و ... همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آنها می توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند.

مذهب می تواند در تمامی عوامل، نقش مؤثری در استرس زایی داشته باشد و در ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیتهای مقابله، منابع حمایتی و ... نقش تسهیل گرفتار روانی را ایفاء نماید. براین اساس، مدتهاست که تصور می شود بین مذهب و سلامت روان ارتباط مثبتی وجود دارد و اخیراً نیز روانشناسی مذهب حمایت های تجربی زیادی را در راستای این زمینه فراهم آورده است. ویتز^(۱۲) و همکاران (۱۹۸۵) نشان دادند که ۲۰ تا ۶۰ درصد متغیرهای

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1 - Krall | 2 - Witter |
| 3 - Nealman | 4 - Persaud |
| 5 - Willits | 6 - Crider |
| 7 - Chamberbinand | 8 - Payne |
| 9 - Koenig | 10 - Spilka |

مطالعات دیگر، تأثیر مداخلات مذهبی را در کاهش اضطراب و تحمل فشارهای روانی پس از بهبودی، خاطر نشان کرده‌اند؛ به عنوان مثال، نتایج دو بررسی نشان داد، کسانی که به اعتقادات مذهبی پای بند بودند، اضطراب و ناراحتی کمتری را نسبت به کسانی که به اعتقادات مذهبی پای بند نبودند، گزارش کرده‌اند (لیندشال^(۱) و همکاران، ۱۹۷۰؛ استارک^(۲) ۱۹۷۱ به نقل از عبادی، ۱۳۷۴). گارنتر^(۳) و همکاران (۱۹۹۱) در زمینه سلامت روانی و اعتقادات مذهبی شش مقاله را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که در تمام این مطالعات بین اعتقادات مذهبی و سلامت روانی رابطه مثبتی وجود دارد (همان منبع). هانت^(۴) (۱۹۷۸) سازگاری زناشویی ۶۴ زوج را مورد بررسی قرار داد و نشان داد که مذهب به طور مثبتی با سازگاری زناشویی، خوشحالی و رضایت زناشویی بالاتر ارتباط دارد و همچنین نتیجه گرفت که مذهب یک عامل مهم در جلوگیری از طلاق است.

زاکرمین^(۵) و همکاران (۱۹۸۴) در پژوهشی گزارش کردند، در افراد سالمندی که نمره کمتری در شاخص مذهبی بودن بدست آوردند، میزان مرگ و میر ۴۲٪ بود، در حالی که این میزان برای افراد سالمندی که نمره شاخص مذهبی بالایی داشتند ۱۹٪ بود. در مطالعه دیگری، کونینگ و همکاران (۱۹۸۸) و کلین^(۶) و همکاران (۱۹۸۳) دریافتند که سرطان در بین افرادی که نمره بالاتری در شاخص مذهب درونی کسب می‌کنند کمتر شایع است (به نقل از کونینگ، ۱۹۹۲). در بررسی دیگری، کونینگ و همکاران (۱۹۸۸) مشاهده کردند، افرادی که همیشه از مقابله‌های مذهبی استفاده می‌کنند نسبت به افرادی که کمتر و گاهی از این مقابله‌ها استفاده می‌کنند در ۹ شاخص از ۱۲ شاخص سلامت روانشناختی، نمرات بالاتری کسب کردند (به نقل از کونینگ و همکاران، ۱۹۹۲). موریس^(۷) (۱۹۸۲) اثر زیارت مذهبی را روی افسردگی و اضطراب ۲۴ بیمار سالمند بررسی کرد. او دریافت که علائم آنها بعد از زیارت رفتن کاهش معنی‌داری داشته و حداقل تاده ماه بعد از برگشتن از زیارت هم این اثر ادامه دارد. در مطالعه دیگری، مکین‌توش^(۸) (۱۹۹۳) نقش مذهب را در سازگاری افراد با یک رویداد معنی‌دار زندگی بررسی کرد. او با ۱۲۴ پدر و مادری که کودک خود را به علت سندرم مرگ ناگهانی از دست داده بودند مصاحبه کرده و دریافت که مذهبی بودن با یافتن معنی در مرگ ارتباط مثبتی دارند. به علاوه مذهبی بودن

با افزایش صلاحیت روانی و کاهش ناراحتی در بین والدین در طی ۱۸ ماه بعد از مرگ کودکانشان، ارتباط داشت.

علیرغم اینکه اکثر تحقیقات ذکر شده در ادیان دیگری صورت گرفته است و از آنجایی که باور و اعتقاد ما مسلمانان بر این است که دین اسلام به عنوان یک ایدئولوژی، ارائه دهنده کامل‌ترین و سلامت‌سازترین سبک زندگی بشریت است و احکام و دستورات آن حوزه‌های وسیع اخلاقی، بین فردی، بهداشتی و اجتماعی را در بر می‌گیرد، لذا مطالعه علمی اثرات و نقش متغیرهای مذهبی در سلامت روانی یک ضرورت اساسی به نظر می‌رسد. در این راستا مطالعه حاضر به عنوان اولین گام سعی دارد با شیوه‌های علمی به بررسی رابطه بین بکارگیری مقابله مذهبی و سلامت روانی بپردازد. همچنین با توجه به فقدان ابزار سنجش مناسب، مقیاسی جهت ارزیابی مقابله مذهبی فراهم نماید.

روش پژوهش

این مطالعه به شکل پس‌رویدادی به بررسی رابطه بین میزان بکارگیری مقابله‌های مذهبی و سلامت روانی می‌پردازد. با توجه به اینکه هیچگونه ابزاری جهت سنجش مقابله‌های مذهبی متناسب با فرهنگ اسلامی در دسترس نبود، ابتدا با استناد به منابع و متون اسلامی پرسشنامه‌ای حاوی ۳۱ عبارت خبری در مورد بکارگیری مقابله‌های مذهبی در رویارویی با استرس تهیه شد و به منظور بررسی اعتبار محتوایی پرسشنامه تهیه شده، به ۲۰ نفر از اساتیدی که در زمینه روانپزشکی و مذهبی صاحب نظر بودند، ارسال گردید و براساس نظرات و پیشنهادات ارزیابی کنندگان، فرم نهایی ۳۵ عبارتی روش مقابله مذهبی تهیه گردید. سپس پایایی مقیاس تهیه شده به روش آزمون-بازآزمون در فاصله دو هفته‌ای حدود ۸۲٪ بدست آمد. لازم بذکر است که مطابق دستور العمل مقیاس، از آزمودنیها خواسته می‌شود که میزان بکارگیری هر یک از مقابله‌ها را در مواجهه با رویدادهای فشارزا در یک مقیاس

1 - Lindenthal

2 - Stark

3 - Gartner

4 - Hunt

5 - Zuckerman

6 - Acklin

7 - Morris

8 - Mcintosh

چهارگزینه‌ای لیکرت (هیچ وقت، کمی، زیاد، خیلی زیاد) مشخص نمایند. نمره بالا در این مقیاس نماینده استفاده بیشتر از مقابله‌های مذهبی است و برعکس. پس از تهیه مقیاس مقابله مذهبی، نمونه ۳۰ نفری از دانشجویان (۱۵ دانشجوی مذکر و ۱۵ دانشجوی مؤنث) دانشگاه علوم پزشکی ایران به صورت قضاوتی انتخاب و جهت آزمون فرضیه‌های مطرح شده، ابتدا پرسشنامه سلامت عمومی^(۱) و سپس مقیاس مقابله مذهبی تکمیل گردید و نتایج با استفاده از آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون و t معنی داری تحلیل گردید.

نتایج

در این مطالعه ۱۵ مرد و ۱۵ زن مشارکت داشتند و همانطوریکه در جدول ۱-۱ مشاهده می‌شود بین دو گروه زنان و مردان در متغیر سن تفاوت معنی داری وجود ندارد. ۵۰ درصد آزمودنیها دانشجوی پزشکی، ۲۳ درصد دانشجوی دوره کارشناسی و ۲۷ درصد نیز دانشجوی دوره کاردانی بودند.

جدول ۱-۱ میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t

گروه	\bar{x}	SD	t	p
زنان	۲۳	۳/۸۲		
مردان	۲۵/۳	۳/۹۹	۱/۴	N.S

$0/05t(28)=2/04$

جهت بررسی فرضیه اول پژوهش مبنی بر وجود رابطه بین میزان بکارگیری مقابله‌های مذهبی و سلامت روانی، ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات آزمون سلامت روانی و مقابله مذهبی محاسبه شد ($R=0/74$) و مشاهده شد که در سطح ($P<0/05$) رابطه معنی داری بین این دو متغیر وجود دارد. یعنی هر چه افراد از مقابله‌های مذهبی بیشتر استفاده نمایند، نمرات آنها در پرسشنامه سلامت عمومی پایین‌تر خواهد بود (یعنی از سلامت روانی بهتری برخوردارند و بالعکس). این یافته با نظرات و مطالعات نیلمن و پرساد (۱۹۹۵)، ویلیتز و کریدر (۱۹۸۸)، کونینگ (۱۹۸۸) و گاردنر و همکاران (۱۹۹۱) هماهنگ می‌باشد.

همانطوری که در جدول ۱-۲ مشاهده می‌شود. فرضیه

دوم پژوهش نیز مبنی بر اینکه افراد بیشتر استفاده کننده از مقابله‌های مذهبی، از سلامت روانی بالاتری برخوردارند و بالعکس، تأیید شد. به طوریکه آزمون t انجام شده جهت بررسی تفاوت معنی داری بین سلامت روانی دو گروه بیشتر و کمتر استفاده کننده از مقابله مذهبی، تفاوت معنی داری را در سطوح $0/05$ و $0/01$ نشان داد.

جدول ۲-۱، میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون t

نمرات GHQ دو گروه کمتر و بیشتر استفاده کننده از مقابله مذهبی

گروه	\bar{x}	SD	t	p
کمتر استفاده کننده	۳۱	۱۱/۴		
بیشتر استفاده کننده	۱۴	۵/۴	۴/۴۱	$0/01$ و $0/05$

$0/05t(28)=2/04$ و $0/01t(28)=2/76$

یعنی افرادی که از روش‌های مقابله مذهبی در هنگام رویارویی با استرس، بیشتر استفاده می‌کنند نسبت به آنهایی که از این مقابله‌ها کمتر استفاده می‌کنند، از سلامت روانی بالاتری برخوردار می‌باشند. نتیجه حاضر با یافته‌های کونینگ و همکاران (۱۹۹۲)، پارک و همکاران (۱۹۹۰)، مکین توش و همکاران (۱۹۹۳) همسو می‌باشد و به علاوه با یافته فرضیه اول پژوهش نیز در یک راستا می‌باشد.

همچنین بررسی مقایسه‌ای میزان بکارگیری مقابله‌های مذهبی دانشجویان مذکر و مؤنث نشان داد که علیرغم اینکه دانشجویان مؤنث نسبت به دانشجویان مذکر بیشتر از مقابله‌های مذهبی استفاده می‌کنند اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود (جدول ۱-۳).

جدول ۳-۱، میانگین و انحراف معیار و نتایج آزمون t

نمرات مقابله دو گروه مؤنث و مذکر

گروه	\bar{x}	SD	t	p
زنان	۱۵	۵/۸		
مردان	۱۵	۵/۲	۰/۸۲	N.S

$0/05t(28)=2/048$

1 - General Health Questionnaire (GHQ)

* - Not Significant

به علاوه مقایسه نمرات مقابله مذهبی دو گروه دانشجویان رشته پزشکی و سایر رشته‌ها همانطور که در جدول ۴-۱، مشاهده می‌شود، نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در سطح ۰/۰۵ در میزان بکارگیری مقابله مذهبی وجود دارد. یعنی، دانشجویان پزشکی به طور معنی‌داری نسبت به دانشجویان کارشناسی و کاردانی کمتر از مقابله مذهبی استفاده می‌کردند.

جدول ۴-۱، میانگین، انحراف معیار و نتایج نمرات مقابله دو گروه دانشجویان پزشکی و سایر دانشجویان

گروه	X	SD	t	p
دانشجویان پزشکی	۲۸	۱۴/۱۶		
دانشجویان کارشناسی و کاردانی	۲۹/۵	۱۶	۳/۸۵	۰/۰۱

$$۰/۰۱ = ۲/۷۶ + (۲۸) = ۰/۰۱$$

با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر، از قبیل حجم بسیار اندک نمونه، انتخاب غیر تصادفی آزمودنیها، اعتبار و پایایی مقدماتی آزمون مقابله مذهبی و ... باید در تفسیر و تعمیم نتایج بسیار محتاط بود. علیرغم محدودیت‌های فراوان پژوهش، نتایج پژوهش حاضر را می‌توان به عنوان سندی علمی برای ارائه مداخلات درمان روحانی و مشاوره مذهبی برای افراد تحت استرس تلقی نمود و از یافته‌های حاضر به منظور آموزش افراد در مواجهه با استرس‌های زندگی کمک گرفت و به آنان یاد داد که چگونه با تکیه بر شیوه‌های مقابله مذهبی از اثرات منفی و فشارزای استرس بکاهند.

منابع و مآخذ

- ۱- قرآن کریم (۱۳۴۹)، ترجمه مهدی الهی قمشه‌ای، چاپ اول، تهران، انتشارات جاویدان.
- ۲- اردوباری، احمد صبور (۱۳۶۶)، راز طول عمر، جلد اول، انتشارات هدی.
- ۳- غیاری بنات، باقر (۱۳۷۴)، باورهای مذهبی و اثرات آنها در بهداشت روان، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴.

1. Arthour, S.R.(1685). Dictionary of psychology. Hammands worth. Penguin Books.

2. Carver, C.S.Scheir, M.F and weintrab, J.K.(1989)Assessing coping strategies: Journal of personality and social psychology. vol.56, No.2,267-288.

3. Hathaway, W.L & Pargament, K.L (1992). The religious dimention of coping: implications for Prevention and Promotion. In Peyement, K.I.Maton, K.I. & Hess, R.E(Ed). Religion and Prevention in Mental Health. Research, Vision, and Action Haworth Press inc.

4. Koenig, H.G (1992). Religion and prevention of illness in later life. In Pargament, K.I, Maton, K.I. & hess, R.E(Ed). Religion and Prevention in mental Health. Research, vision, and Action Haworth Press inc.

5. Kroil.J. & sheehan, W.(1989). Religious belifs and Practices among 52 psychiatric inpatient in Minnesota. American, Journal of Psychiatry. 109, 673.

6. Mcintosh, DN.Silver, Rc, wartman, cB(1993). Religion's Role in adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child.Journal of Persoanality and 80cial Psychology. 65(4), 812-21.

7. Morris, P.A(1982), The effect of Pilgrimage on anxiety and religious attitude. Psychological Medicine. 12, 1115-1121.

8. Nealman, J & Persaud, R(1995). why do psychiatrists Neglect religion. British Journal of Medical Psychology. 68. 169-178.

9. Park. c, cohen, LH. Heib, L(1990). Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics Versus Protestants. Journal of Personality and social Psychology. 59(3), 569-74.

10. Payne, I.Reed, & etal (1992). Review of Religion and Mental health: Prevention and enhancement of Psychological Functioning. In Peryament, K.I, Maton, K.I, Hess, R.E(Ed). Religion and Prevention in Mental health. Research, Vision and Action, Haworth Press inc.