

بررسی عوامل مؤثر بر گرایش بیماران به دعانویسی و پیامدهای آن در ایران

فاطمه جواهری*

چکیده

دعانویسی از گذشته‌های دور تاکنون به‌مثابه یک شیوهٔ چاره‌جویی از مشکلات و بیماری‌ها، مورد استقبال مردم بوده است. در مقاله حاضر نویسنده بر آن است تا دربارهٔ برخی از زمینه‌های گرایش بیماران به دعانویسی و پیامدهای احتمالی آن توضیح دهد. به این منظور در چارچوب روش پیمایشی، ۱۴ نفر از دعانویس‌های ساکن شهر تهران شناسایی شده‌اند و با ۱۷۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به آن‌ها، مصاحبه شده است. همچنین براساس نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب، ۳۰ نفر از پزشکان متخصص شاغل در تهران انتخاب و با ۱۷۰ نفر از بیماران آن‌ها مصاحبه شد. برخی از دیدگاه‌های این دو گروه بیمار با یکدیگر مقایسه شده است. نتایج به دست آمده، از این واقعیت حکایت می‌کند که ارزیابی بیماران از عملکرد پزشک، توصیه و تشویق‌های دیگران و پایبندی‌های دینی در گرایش به دعانویسی نقش مؤثری دارد. دریافت نتایج مثبت، بر کمیت و کیفیت مراجعات بعدی می‌افزاید و در طول زمان موجب استمرار دعانویسی می‌شود.

کلید واژه

دعانویسی، پزشکی علمی، طب جایگزین، گرایش، پیامد.

۱- مقدمه

پزشکی علمی به جهت دستاوردهای مهمی که از ابتدای قرن نوزدهم به همراه آورده در اکثر نقاط دنیا به الگوی مسلط بهداشت و درمان تبدیل شده است. با وجود این، اشکال سنتی مقابله با بیماری همچنان زنده و پابرجاست و مراجعه کنندگان خاص خود را دارد. در ایران نیز به رغم توسعه علم پزشکی، هنوز انواع مختلفی از طب سنتی به فعالیت می پردازند.

یکی از انواع روش های درمان سنتی که از گذشته در ایران رایج بوده، شیوه خاصی از کاربرد دعا برای شفای بیماران است. با وجود گسترش پزشکی نوین، بازهم برخی از مردم تمایل دارند برای شفای بیماران خود به دعانویس ها مراجعه کنند. در ایران سابقه کاربرد درمانی دعا به دوران زرتشت بازمی گردد. در آن زمان مردم از اطراف و اکناف برای شفای بیماران خود به زرتشت پیامبر مراجعه می کردند. روحانیون زرتشتی مضاف بر ارشاد مردم به طبابت هم می پرداختند (نجم آبادی، ۱۳۴۱، ۱۵۲). در طب سنتی ایران، این شیوه نه تنها برای انسان بلکه برای مداوای حیوانات نیز استفاده می شده است (تاج بخش، ۱۳۷۵، ۶۲۰).

در این روش که در اصطلاح، دعانویسی نامیده می شود، بیماران به افرادی معروف به دعانویس که در مکان و زمان خاصی مستقر هستند، مراجعه و دعانویس ها نوع به خصوصی از دعا را با کمیت و آداب مشخصی به آن ها توصیه می کنند.^۱ در جامعه ما دعانویسی پدیده ای بسیار بومی و فرهنگی است، اما به دلیل آمیختگی با جنبه های خرافه ای کمتر از سوی جامعه شناسان مطالعه شده است. در حالی که مطالعه این موضوع، می تواند به شناخت یک عنصر فرهنگی دیرپا کمک کند. شناسایی علل گرایش مردم به دعانویسی زمینه های شکل گیری این رفتار را مشخص می سازد. در این مسیر می توان برخی از پیامدهای احتمالی مراجعه به دعانویسی را پیش بینی نمود. همچنین از خلال بررسی این موضوع بخشی از دیدگاه مردم درباره نهاد پزشکی شناسایی می شود.

لازم به تذکر است که در پژوهش حاضر^۲ تأیید یا عدم تأیید دعانویسی از ابعاد پزشکی یا مذهبی به هیچ وجه مورد نظر نیست. بلکه نگارنده، به دور از این قبیل نگرانی ها درصدد پاسخگویی به پرسش های زیر است:

- چه عواملی در گرایش به دعانویسی مؤثر است؟
- دعانویسی برای مراجعه‌کنندگان خود چه پیامدهایی به همراه دارد؟

۲- پیشینه تحقیق

طی سال‌های اخیر رابطه میان دین و تندرستی از سوی محققان مختلف مورد توجه قرار گرفته است.^۳ منابع موجود اغلب به بررسی تأثیر دینداری بر سلامت جسم و روح پرداخته‌اند، اما به‌طور خاص توجهی به موضوع دعانویسی در ایران نداشته‌اند. فقط دو رساله کارشناسی‌ارشد جامعه‌شناسی تا حدی به موضوع موردنظر نزدیک شده‌اند.^۴ پژوهش اول تحت عنوان «آثار اجتماعی اعمال خارق‌العاده دارندگان نیروهای فوق طبیعی» با روش مطالعه اسنادی انجام شده و به بررسی اشکال مختلف نیروهای فوق طبیعی مانند انتقال انرژی و دعا، مکانیزم تأثیرگذاری و شیوه کار عاملان آن توجه دارد. مطالعه دیگر تحت عنوان «پویایی جامعه‌شناختی درباره جادو» به بررسی عناصر خرافه‌ای دعانویسی و خصوصیات مراجعه‌کنندگان آن در شهر مشهد پرداخته است. اما هیچ‌یک از دو پژوهش یادشده با پرسش موردنظر این تحقیق به بررسی موضوع دعانویسی نپرداخته‌اند.

۳- ابعاد نظری

۳-۱- گرایش به دعانویسی

این واقعیت که بعضی از مردم تمایل دارند به دعانویس‌ها مراجعه کنند نشانه نوعی گرایش^(۱) است. چرا که گرایش پایه رفتار را می‌سازد. گرایش به منزله یک حلقه غیرقابل رؤیت، میان محرک قابل مشاهده و پاسخ قابل مشاهده قرار می‌گیرد (Fisk & Taylor, 1991, 463).
گرایش به معنای نظامی از تمایلات، عقاید و باورهای فرد نسبت به پدیده‌های محیط خود است (رفیع‌پور، ۱۳۷۲، ۵). گرایش تمایل آموخته شده به منظور واکنش نشان دادن به یک اثر خاص به شیوه‌ای خوشایند و ناخوشایند است. به‌طورکلی، گرایش بیانگر ارزیابی مثبت و منفی از یک پدیده است (Boragatta & Boragatta, 1991, 117).

(1) Attitude

فیش باین و آیزن^(۱) به دو عنصر ارزیابی و انتظار - یعنی ارزیابی از نتایج مثبت یا منفی یک رفتار یا عقیده و یا باور به احتمال وقوع آن نتیجه - اشاره کرده‌اند. اگر فرد از انجام عمل خاصی انتظار فایده داشته باشد و احتمال تحقق آن را در سطح بالا ارزیابی نماید در این صورت به آن موضوع گرایش مثبت پیدا می‌کند (Ibid).

با الهام از تعاریف فوق می‌توان گفت انتظار از دعانویسی، پیش از مراجعه و ارزیابی از دعانویسی - که در خلال مراجعه شکل می‌گیرد - به گرایش بیمار جهت می‌دهد. در جامعه‌شناسی پزشکی نظریه خاصی درباره تبیین علل گرایش به درمان‌های معنوی (دعانویسی) وجود ندارد. اما به این منظور می‌توان از دو منبع فکری دیگر به‌طور غیرمستقیم استفاده نمود. منبع نخست، ادبیات مربوط به طب جایگزین است. درمان‌های معنوی یکی از انواع طب جایگزین است. طب جایگزین^(۲) شامل انواع نظام‌ها، شیوه‌ها، مداخلات و کاربردهای درمانی است که به‌طور معمول بخشی از نظام پزشکی مسلط یا متعارف به‌شمار نمی‌رود. این شیوه‌ها که اغلب از طب سنتی سرچشمه گرفته‌اند شامل چند طبقه بزرگ یعنی نظام‌های مبتنی بر کاربرد گیاهان دارویی، انرژی درمانی، شفایابی معنوی^(۳) و شفایابی از طریق دعا یا دعا درمانی، درمان‌های مبتنی بر رژیم‌های غذایی خاص و کار فیزیکی بر روی بدن مانند یوگا، کایروپراتیک و ماساژ درمانی هستند (Easthope, 1998, 273).

در فرهنگ مسیحیت برای کاربرد دعا در امر درمان از اصطلاح دعا درمانی^(۴) استفاده می‌شود و کارگزاران این روش، شفا دهندگان ایمانی^(۵) نامیده می‌شوند. این افراد از قدرت تلقین، دعا و ایمان به خدا در جهت شفای بیماران استفاده می‌کنند (Cokerham, 1989, 141).

درباره علل گرایش به طب جایگزین، به دلایل متعددی اشاره شده است که برخی از آن‌ها می‌تواند در جهت تبیین مراجعه به درمان‌های معنوی - از جمله دعانویسی - استفاده شود.

از سوی دیگر کاسل و کاب^(۶) - دو اندیشمند علاقه‌مند به موضوع‌های جامعه‌شناسی - الگویی ارائه کرده‌اند که با بهره‌گیری از آن می‌توان درباره انتخاب یک شیوه خاص درمان (از

(1) Fishbayin & Ayzen

(2) Alternative Medicine

(3) Spiritual Healing

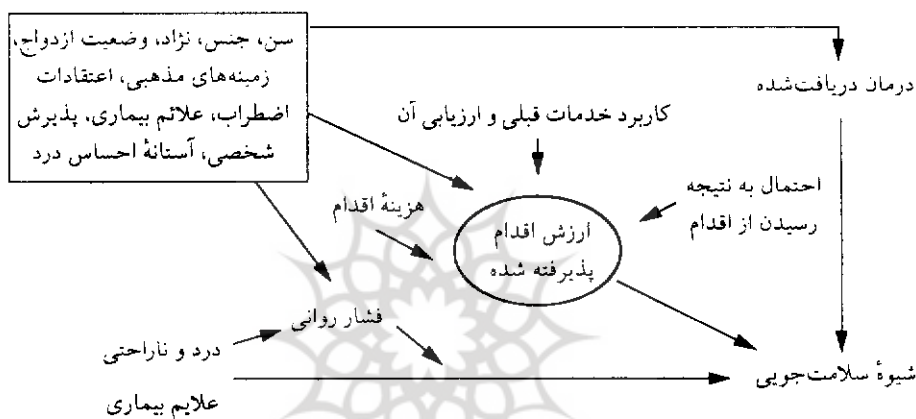
(4) Prayer Healing

(5) Faith Healer

(6) Kasl & Cobb

جمله مراجعه به دعانویس‌ها) توضیح داد. براین اساس مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده یک شیوه درمان شامل: کاربرد پیشین خدمات، احتمال متصور از به نتیجه رسیدن عمل، هزینه عمل و نوع نگرش به بیماری است (نمودار ۱).

نمودار ۱: عوامل مؤثر بر رفتار فرد در حالت بیماری (شیوه سلامت جویی)



منبع: Tuckett, 1977. 235

در این فرصت تلاش می‌شود، با استفاده از دیدگاه‌های مربوط به طب جایگزین و الگوی کاسل و کاب عوامل مؤثر بر گرایش به دعانویسی تبیین شود.

۱-۱-۳- کاربرد خدمات قبلی و ارزیابی از آن

مردم هنگام بیماری ابتدا به پزشک مراجعه می‌کنند. بیماران در فرایند دریافت و کاربرد خدمات براساس سه معیار درمان موفق، ارتباط انسانی مناسب و منصفانه بودن هزینه درمان، پزشک خود را ارزیابی می‌کنند و به این ترتیب به رضایت یا عدم رضایت می‌رسند. رضایت^(۱) حاصل مقایسه میان اولویت‌های موردنظر و ارزیابی از تجربیات واقعی است. هرچه فاصله

(1) Satisfaction

میان معیارهای مطلوب و تحقق عینی آن بیشتر باشد، از میزان رضایت کاسته می‌شود (Molm, 1991, 477). اگر خدماتی که توسط پزشک ارائه می‌شود در تأمین معیارهای موردنظر بیمار موفق نباشد، رضایت بیمار کاهش می‌یابد.

در حال حاضر آثار حاصل از تجویزهای نادرست، جراحی‌های بی‌مورد، درمان‌های ناموفق، بروز عوارض جانبی خطرناک، استفاده بی‌جا از تکنولوژی پزشکی و تأثیر داروهای شیمیایی موجب نارضایتی بیماران از درمان پزشکی شده است. براساس نتایج یک تحقیق یکی از انگیزه‌هایی که موجب می‌شود بیماران به درمانگران جایگزین روی آورند برطرف کردن درد و رنجی است که پزشکان به‌طور مؤثر قادر به رفع آن نبوده‌اند (Siahpush, 1998, 59).

همچنین یافته‌های دیگر از یک سو بیانگر آن است که مصرف‌کنندگان طب جایگزین به درمان پزشکی کمتر اعتماد دارند (Mc Gregor & Peay, 1996, 1317) و از سوی دیگر غلبه رویکردهای اثبات‌گرایانه (که شیء‌انگاری انسان و شخصیت‌زدایی از او را به دنبال دارد)، گروه‌ها و چارچوب‌های مرجع متفاوت (که حاصل آموزش‌های تخصصی پزشکان است) همگی موجب شده نظام معانی، ارزش‌ها، هنجارها و منافع پزشک به تدریج از بیمار جدا شود و بین بیمار و پزشک یک شکاف ارتباطی به‌وجود بیاید (Saks, 1998, 200; Kurtz & Chaifant, 1991, 115).

علاوه بر این، تخصص‌گرایی شدید موجب تمرکز بر عضو آسیب دیده و کم‌توجهی به شرایط روحی و عاطفی بیمار است. براساس تحویل‌گرایی روش‌شناختی^(۱) که پایه علوم جدید است، موجودات مرکب و پیچیده با تحقیق درباره اجزایشان مطالعه می‌شوند (فطورچی، ۱۳۷۷، ۱۰۶). همچنین غلبه دیدگاه دوگانه‌گرایی دکارتی که به تفکیک جسم و ذهن می‌انجامد، موجب شده کلیت وجود انسان نادیده گرفته شود و با او به شیوه‌ای مکانیکی رفتار شود (Mc Kee, 1988, 776).

نتیجه این سوی‌گیری آن است که در سال‌های اخیر با وجودی که نسبت پزشکان متخصص افزایش یافته نه تنها از تعداد دفعاتی که بیماران، پزشک‌ها را ملاقات می‌کنند کاسته شده بلکه این دیدار بیش از چند دقیقه هم به طول نمی‌انجامد. در دهه ۱۹۷۰ م. بیماران بیشتر از این شکایت

داشتند که پزشکان با آن‌ها مانند یک شیء رفتار می‌کنند و بیشتر به بیماری‌شان توجه دارند تا به احساساتشان (گردن. ۱۳۷۶. ۵۷). یافته‌هایی دیگر نشان می‌دهد که مراجعه‌کنندگان به طب جایگزین، اظهار کرده‌اند که پزشکان عمومی زمان اندکی را صرف بیمار می‌کنند و به صحبت‌های آنان توجهی ندارند (Siahpush. 1998. 60).

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر انتخاب روش درمان، بُعد هزینه است. افزایش روزافزون هزینه‌های درمان یکی از مشکلات دائمی بیماران کم درآمد است. به این جهت احتمال دارد دستمزد مناسب پزشک یکی از عوامل مؤثر در قضاوت بیمار درباره وی باشد.

براساس مبانی یاد شده، اگر مردم از کیفیت درمان، نوع تعامل پزشک با بیمار و جنبه‌های مالی این ارتباط ارزیابی مثبتی نداشته باشند، در این صورت با احتمال بیشتر به جست‌وجوی شیوه دیگر درمان که در زیر مجموعه طب جایگزین قرار دارد، می‌پردازند.

البته نارضایتی بیمار از پزشک به تنهایی موجب مراجعه وی به دعانویس‌ها نمی‌شود زیرا انواع مختلفی از روش‌های جایگزین وجود دارد، که بیمار می‌تواند هر یک از آن‌ها را انتخاب کند؛ بلکه نارضایتی از پزشک به مثابه یک متغیر زمینه‌ای موجب می‌شود بیمار از شیوه معمول درمان ناامید شود و به جست‌وجوی راه دیگر بپردازد.

البته در انتخاب روش دعانویسی عوامل دیگر هم دخالت دارند.

۳-۲- احتمال به نتیجه رسیدن از اقدام

براساس الگوی کاسل و کاب یکی از عوامل مؤثر در انتخاب روش درمان احتمال به نتیجه رسیدن از اقدام موردنظر است. افرادی که در تصمیم‌گیری بیمار دخالت دارند، در این فرایند نقش مهمی ایفا می‌کنند. انسان‌ها در درون شبکه روابط اجتماعی خود به تعامل با دیگران می‌پردازند و در جهت یابی‌های فکری یکدیگر نفوذ می‌کنند.

نفوذ^(۱) یعنی پاسخ‌های یک فرد به واسطه کنش‌های فرد دیگر تغییر یابد (King. 1975. 18).

یکی از شرایط نفوذ در یکدیگر، وجود وضعیت تردید و ابهام است. زیرا در شرایط تردید و ابهام

مردم از طریق مقایسه گرایش خود با گرایش گروه مرجع به هدایت هنجاری دست می‌یابند (Ibid. 129). همچنین این راهیابی ممکن است از طریق فرد مرجع - شخصی که بر رویکردها و رفتار دیگران تأثیر چشمگیری دارد - تحقق یابد. هنگامی که بیماران در نتیجه عدم درمان موفقیت‌آمیز دچار احساس یأس و بی‌اطمینانی می‌شوند، از طریق گفت‌وگو و کسب اطلاع از اشخاص قابل اعتماد، به جست‌وجوی شیوه مؤثرتری برای رفع مشکل خود می‌پردازند. اگر افرادی که از نظر بیماران دارای مرجعیت کافی هستند، درباره مراجعه به دعانویسی، تجربیات و اطلاعات مثبتی ارائه دهند، در این صورت سوی‌گیری آنان در رفتار بیماران نفوذ کرده و انتظار و ارزیابی (گرایش) بیماران را در جهت مراجعه به دعانویسی تقویت خواهد کرد.

به این ترتیب یک نظام ارجاع عامیانه^(۱) شکل می‌گیرد. این نظام شامل شبکه‌های اجتماعی است که افراد قبل از جست‌وجوی مشاوره‌های تخصصی از آن عبور می‌کنند. نظام ارجاع عامیانه به گرایش‌ها، شناخت و هنجارهای گروه‌های همالان درباره مراقبت بهداشتی مربوط می‌شود (Moon & Gillespie. 1995. 103).

۳-۱-۳- سوابق اعتقادی

براساس طرح کاسل و کاب یکی دیگر از عوامل تعیین‌کننده روش درمان، سوابق اعتقادی افراد است. مبانی اعتقادی افراد از دو جهت تأثیرگذار است. ابتدا لازم است به نقش دین توجه شود. زیرا آموزه‌های دینی بخش قابل ملاحظه‌ای از اعتقادات هر فرد را تشکیل می‌دهد. دین به طرق مختلف در تلقی انسان از نوع بیماری، توصیف درد، درجه حساسیت و آسیب‌پذیری و قدرت انطباق با بیماری، انتخاب شیوه درمان، تأثیرپذیری از درمان و تفسیر از زندگی و مرگ تأثیر دارد (Hallahami Belt & Mighael. 1997. 188-168).

دعانویسی به مثابه یک شیوه شفایابی عقیدتی به نمادهای مذهبی متعددی آمیخته است. چنین تصور می‌شود که درمانگر، انسان با ایمانی است که با استمداد از نیروی الهی و به قصد خیرخواهی به مردم کمک می‌کند. مکان ارتباط بیمار و دعانویس به نمادهای (دست‌نوشته‌ها،

اجسام و تصاویر) مذهبی متعددی آراسته شده است. در بعضی از موارد کنش متقابل میان دعانویس و بیمار در یک مکان مذهبی مانند مسجد و حسینیه شکل می‌گیرد. ارزش‌های دینی مستتر در دعانویسی مانند ایمان، دعا، توکل و توسل به اولیای الهی بر میزان تجانس مذهبی آن می‌افزاید. این وضعیت موجب به‌وجود آمدن یک فضای معنوی و مقدس است که برای بیمار متدین معنادار و مطلوب است. اگر تحت شرایطی که قبلاً از آن یاد شد، بیمار از عملکرد پزشک خود ناامید شده و در جست‌وجوی شیوهٔ دیگر درمان باشد، در این صورت عناصر مذهبی موجود در دعانویسی به دلیل هماهنگی که با نظام ارزشی و اعتقادی بیمار متدین دارد، توجه او را جلب می‌کند. از این‌رو انتظار و ارزیابی مثبت (گرایش) به دعانویسی تقویت می‌شود.

دومین معیار برای بررسی تأثیر سوابق اعتقادی فرد، نظام عقاید بهداشتی است. نظام عقاید بهداشتی^(۱) به مثابهٔ یک الگوی تبیینی یا توضیحی، چارچوبی را فراهم می‌سازد که براساس آن افراد، بیماری خود و عوامل مؤثر بر آن را معنا می‌کنند. برای نمونه در یک اجتماع مذهبی که امور فرامادی بخشی از نظام عقیدتی آن به‌شمار می‌رود، بیماری ممکن است به خواست خداوند، یا بدخواهی همسایه نسبت داده شود (Moon & Gillette, 1995: 102-103).

از آن‌جا که دعانویسی به کاربرد شیوه‌های فرامادی تکیه دارد، احتمال دارد اعتقاد بیمار به تأثیر عوامل فرامادی مانند جن، طلسم، جادو، حسادت، چشم زخم، نفرین و بدخواهی دیگران موجب شود انتظار و ارزیابی او از دعانویسی مثبت شود. زیرا در چارچوب عقاید فرامادی بهداشتی چنین تصور می‌شود که دعانویس به ابزارهایی مجهز است که می‌تواند تأثیر این عناصر را مهار کند.

۳-۲- پیامدهای دعانویسی

شناسایی پیامدهای احتمالی مراجعه به دعانویسی به درک بهتر این پدیده کمک می‌کند. منظور از پیامد، تمامی آثاری است که به‌طور غیرمستقیم و بدون طرح و نقشهٔ قبلی، از انجام عملی خاص در آینده محقق می‌شود. از نظر هومنز^(۲) هر عملی از یک شخص اگر مورد پاداش

(1) Health Belief System

(2) Homans

قرار گیرد احتمال تکرار آن عمل به وسیله همان شخص افزایش می‌یابد (ریترز. ۱۳۷۴. ۴۲۷). بنابراین هرچه انتظارات افراد از دعانویسی بیشتر برآورده شود (پاداش)، احتمال مراجعات بعدی افزایش خواهد یافت (تکرار).

به موازات تکرار مراجعه به دعانویسی، بر میزان تأثیرپذیری از آن افزوده می‌شود تا جایی که ممکن است به تدریج درمانگر برای بیمار به یک «دیگری مهم» (مشاور، امین، هادی و مشکل‌گشا) تبدیل شود. حتی احتمال دارد بیمار، مراجعه به درمانگر را به دیگران نیز توصیه کند. در نتیجه تکرار این قبیل مراجعات، درمانگر از منزلت، نفوذ و اقتدار دینی قابل ملاحظه‌ای برخوردار خواهد شد. درمانگران سنتی در هر فرهنگ دارای پنج منبع منزلتی هستند. آن‌ها تحسین، تکریم و تقلید می‌شوند و دارای قدرت، تلقین و کانون جاذبه هستند (Janson, 1973. 66). واخ^(۱) در سنخ‌شناسی اقتدار دینی به بنیانگذار دین، مصلح، پیامبر، پیش‌بین، جادوگر، غیبگو، قدیس، کشیش یا کاهن و فرد مؤمن اشاره می‌کند. مسلین^(۲) هم یک نوع جدید اقتدار دینی یعنی خطیب - پزشک را بر این گونه‌شناسی می‌افزاید (ویلیم. ۱۳۷۷. ۴۳-۴۴). اقتدار و نفوذی که در این فرایند شکل می‌گیرد نه تنها برای درمانگر یک منبع مهم سرمایه اجتماعی به‌شمار می‌رود، بلکه به بقا و استمرار پدیده دعانویسی در طول زمان نیز منجر می‌شود.

۴- فرضیه‌های تحقیق

۴-۱- فرضیه‌های مربوط به گرایش به دعانویسی

با الهام از دیدگاه نیوکامب و کاسل درباره انتخاب روش درمان و نظریات فیش باین و آیزن در زمینه شکل‌گیری گرایش، به منظور بررسی عوامل مؤثر بر گرایش به دعانویسی می‌توان فرضیه‌های زیر را مطرح نمود:

- بیماران دعانویسی نسبت به بیماران دیگر (از سه بعد درمان، ارتباط و هزینه) ارزیابی منفی‌تری از پزشک معالج خود دارند.

- کسب اطلاع از افراد قابل اعتماد در گرایش به دعانویسی تأثیر دارد.

(1) Wach

(2) Meslien

- دینداری افراد با گرایش آنان به دعانویسی ارتباط دارد.

- باورهای فرامادی در زمینه سلامت و بیماری با گرایش به دعانویسی ارتباط دارد.

۴-۲- فرضیه‌های مربوط به پیامدهای دعانویسی

با توجه به رهنمودهای هومنز درباره تأثیر دریافت پاداش‌های مورد انتظار در تقویت رفتارهای بعدی، به منظور بررسی پیامدهای دعانویسی فرضیات زیر قابل طرح است:

- اگر بیمار از مراجعه خود راضی باشد احتمال مراجعات بعدی با اهداف متنوع افزایش خواهد یافت.

- اگر بیمار از مراجعه خود راضی باشد احتمال آن که فرد دعانویس را به دیگران معرفی کند، وجود دارد.

در کنار این عوامل اصلی احتمال دارد متغیرهای دیگری مانند خصوصیات فردی، وضعیت بیماری و نوع واکنش در برابر بیماری (آسیب‌پذیری، و آستانه تحمل) و ویژگی‌های خود درمانگر نیز تأثیر داشته باشد.

۵- ملاحظات روش‌شناسی

این تحقیق در چارچوب روش پیمایشی با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه حضوری انجام شده و انتخاب نمونه تحقیق در چند مرحله صورت گرفته است. برای گفت‌وگو با مراجعه‌کنندگان به دعانویسی ابتدا لازم است دعانویس‌ها شناسایی شوند. از آن‌جاکه در هیچ‌یک از مراکز رسمی درباره تعداد، اسامی و نشانی دعانویس‌ها اطلاعی در دست نیست، محقق به ناچار از طریق پرس‌وجو از مردم عادی ۱۴ نفر از دعانویس‌های شهر تهران را شناسایی نمود.^۵

برای انتخاب بیماران به دلایل زیر از روش نمونه‌گیری اتفاقی ساده استفاده شده است:

- نامشخص بودن تعداد و اسامی مراجعه‌کنندگان در یک روز؛

- جابه‌جایی دائمی و عدم استقرار کامل افراد در یک محل؛

- قابل تشخیص نبودن مراجعه‌کنندگان دارای انگیزه‌های درمانی از سایر مراجعه‌کنندگان؛

- کم سن بودن یا مسن بودن بیش از حد برخی از بیماران؛

- مشکل مصاحبه با افرادی که از شهرستان‌های دور به تهران آمده و به خاطر ناهماهنگی‌های زبانی و یا شتاب در بازگشت، مصاحبه با آن‌ها امکان‌پذیر نبود؛
- وضعیت نامناسب جسمی یا روحی بعضی از بیماران؛

در نهایت از آن‌جا که به تناسب پرسش‌های تحقیق باید با افرادی مصاحبه می‌شد که قبلاً هم به دعانویسی مراجعه کرده باشند، بنابراین استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک برای انتخاب افراد نمونه امکان‌پذیر نبود. مضاف بر این، با توجه به نامشخص بودن تعداد کل بیماران، تعیین حجم نمونه براساس قواعد معمول نمونه‌گیری میسر نشد. از این رو با در نظر گرفتن محدودیت‌های زمانی و انسانی با ۱۷۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به دعانویسی مصاحبه شد. لازم به تذکر است که استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در مواردی که محقق در جست‌وجوی کشف و شناسایی پدیده مورد مطالعه است و در نظر ندارد یافته‌های خود را به فراتر از نمونه تحقیق تعمیم دهد، مجاز است (Bailey, 1982, 97).

از آن‌جا که در این پژوهش ارزیابی از پزشک معالج اهمیت قابل ملاحظه‌ای دارد، تلاش شد نقش این عامل با دقت بیشتری بررسی شود. به این جهت علاوه بر مراجعه‌کنندگان به دعانویسی، یک نمونه از مراجعه‌کنندگان به پزشکی علمی نیز انتخاب شد. مبنای این مقایسه روشن شدن این گمانه است که آیا بیماران مراجعه‌کننده به دعانویسی نسبت به بیماران مراجعه‌کننده به پزشک علمی ارزیابی منفی‌تری از پزشک معالج خود دارند. به این منظور براساس روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب و با توجه به حجم هر تخصص پزشکی در کل جامعه آماری پزشکان، ۳۰ پزشک متخصص^۶ انتخاب شد و با ۷۵ نفر از بیماران آن‌ها (براساس روش نمونه‌گیری سیستماتیک) به طوری که نمونه‌ای برابر ۱۷۰ نفر به دست آید، مصاحبه شد.

به‌منظور بررسی ارزیابی پایایی و قابل اعتماد بودن سنجه‌های تحقیق، برخی از متغیرها مانند دینداری و ارزیابی از پزشک، در قالب مجموعه‌ای متشکل از چند پرسش (و نه یک پرسش واحد) تنظیم شد و ضریب آلفای کرونباخ آن‌ها محاسبه شد. ضریب مربوطه برای شاخص

ارزیابی از پزشک $0/63$ و برای شاخص دینداری $0/79$ بوده است. همچنین به منظور سنجش اعتبار پرسشنامه از چند تن از اساتید و پژوهشگران جامعه‌شناسی تقاضا شد اعتبار صوری پرسش‌ها و ساختار پرسشنامه را مشخص سازند. برای سنجش اعتبار ملاک درباره بعضی از متغیرها مانند دینداری، رضایت از پزشک، ارزیابی از دعانویس تا آن‌جا که امکان‌پذیر بود غیر از شاخص‌سازی متعارف یک پرسش‌کنترلی طراحی شد. همبستگی هر شاخص با پرسش‌کنترلی نشان می‌دهد که آن ابزار، مفهوم موردنظر را به درستی می‌سنجد.

رابطه میان شاخص دینداری و ارزیابی از دینداری خود ($r = 0/26$ ، $P = 0/000$) رابطه شاخص ارزیابی از پزشک و نمره‌ای که بیمار به پزشک خود می‌دهد ($r = 0/61$ و $P = 0/000$) و رابطه ارزیابی از عملکرد درمانگر و رضایت از او ($r = 0/66$ و $P = 0/000$) از نظر آماری معنادار است. مضاف بر این، طی دو آزمون مقدماتی پرسشنامه اصلاح و پالایش شد. ارزیابی بیمار از پزشک براساس ۸ سنجه، دینداری براساس ۱۵ سنجه و باورهای بهداشتی فرامادی براساس ۵ سنجه، اندازه‌گیری شد و سپس از مجموع هر یک از آن‌ها با احتساب ضریب آلفای کرونباخ شاخص مربوطه ساخته شد.

۶- یافته‌ها

۱-۶- معرفی پاسخگویان

۶۰ درصد از مراجعه‌کنندگان به دعانویسی در رده سنی ۲۰-۳۹ سال، $26/5$ درصد در رده سنی ۴۰-۴۹ سال و $14/7$ درصد در گروه بیش از ۵۰ سال قرار دارند. میانگین سنی ۳۷ سال است. $63/5$ درصد از مراجعه‌کنندگان زن و $36/5$ درصد مرد هستند. $28/2$ درصد از پاسخگویان مجرد و $71/8$ درصد متأهل هستند. $5/5$ درصد از جمعیت نمونه تحقیق بی‌سواد، ۴۰ درصد زیر دیپلم، ۴۰ درصد دارای دیپلم، $14/8$ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و بیشتر بوده‌اند. میانگین تحصیلات مراجعه‌کنندگان به دعانویسی حدود ۱۱ سال است. مراجعه‌کنندگان براساس نوع بیماری‌شان به دو گروه قابل تقسیم هستند. $21/8$ درصد از افراد دارای بیماری‌های وخیم و مهلک شامل انواع سرطان‌ها، خونریزی معده، صدمات مغزی و

۷۸/۲ درصد دارای بیماری‌های مزمن شامل بیماری‌های پوستی، اختلالات روانی، گردش خون، گوارش، ژنتیک، مفاصل و استخوان‌ها بوده‌اند. ۲۶/۵ درصد از پاسخگویان کمتر از ۲ سال و ۷۳/۵ درصد ۲ سال یا بیشتر از مدت بیماری‌شان می‌گذرد. فقط ۵ درصد از افراد اصلاً به پزشک مراجعه نکرده‌اند. اما ۱۴ درصد از آن‌ها حداقل به یک پزشک، ۴۱ درصد به ۲ تا ۵ پزشک و حدود ۴۲ درصد به بیش از ۵ پزشک مراجعه کرده‌اند و پس از نتیجه نگرفتن نزد دعانویس آمده‌اند. میانگین تعداد پزشک‌های مراجعه شده ۶ است. این یافته بر این واقعیت دلالت دارد که بیماران در بدو بیماری به دعانویس‌ها مراجعه نمی‌کنند، بلکه به‌طور میانگین پس از ۶ بار مراجعه به یک یا چند پزشک درصدد یافتن راه‌حل جدیدی برای رفع مشکل خود برمی‌آیند.

۲-۶- گرایش به دعانویسی

با الهام از دیدگاه فیش باین و آیزن می‌توان گفت بیماران به‌مثابه موجودات عقلانی قبل از مراجعه به درمانگر به ارزیابی منافع احتمالی حاصل از عمل خود می‌پردازند و بر این اساس درباره مراجعه یا عدم مراجعه، تصمیم‌گیری می‌کنند. به این جهت از پاسخگویان تقاضا شد انتظاراتی را که قبل از مراجعه به درمانگر داشته‌اند، بیان کنند. در چنین مواردی که سنجش یک قصد، نیت و انگیزه با عطف به گذشته صورت می‌گیرد، احتمال خطای فراخوانی^(۱) وجود دارد. این خطا ممکن است حاصل فراموشی موضع قبلی، عدم وقوف کامل به انگیزه‌های عمل یا تغییر دیدگاه کنونی نسبت به گذشته باشد.

با وصف این - در چارچوب دیدگاه فیش باین و آیزن - محقق ناچار است با عطف به فراخوانی اطلاعات گذشته، انتظار فایده بیمار از مراجعه به دعانویسی را بسنجد. مضاف بر این، بخشی از گرایش در خلال ارتباط مستقیم شکل می‌گیرد. زمانی که بیمار به‌طور مستقیم در ارتباط یا فرد دعانویس قرار می‌گیرد، به ارزیابی او می‌پردازد. این ارزیابی به گرایش فرد در آینده جهت می‌دهد. از این رو یک بار نیز از بیماران تقاضا شد براساس تجربه‌ای که از مراجعه نزد درمانگر به‌دست آورده‌اند مهارت شفابخشی، درجه ایمان و شیوه ارتباط او را ارزیابی کنند.

(1) Recalling Bias

جدول ۱: انتظار و ارزیابی از دعانویسی قبل و در حین مراجعه
(تعداد پاسخگو = ۱۷۰)

طبقات %			گرایش به دعانویسی	
تعداد معتبر	قوی	متوسط	ضعیف	
۱۶۹	۷۵/۲	۱۵/۴	۲۸/۹	انتظار شفا یافتن
۱۶۹	۸۴/۰	۷/۷	۸/۳	انتظار برخورداری از یک ارتباط معنوی
۱۷۰	۳۲/۴	۷/۱	۶۰/۶	انتظار صرفه‌جویی
۱۴۲	۸۷/۳	۹/۹	۲/۸	احتمال شفا یافتن
۱۶۰	۹۴/۴	۵/۰	-/۰۶	شخصیت معنوی درمانگر

همان‌طور که در جدول ۱، ملاحظه می‌شود انتظار برخورداری از یک ارتباط معنوی برای ۸۴ درصد از پاسخگویان، شفا یافتن و درمان شدن برای ۷۵ درصد از پاسخگویان و بهره‌مندی از دستمزد ارزان فقط برای ۳۲ درصد از مراجعه‌کنندگان در حد زیاد اهمیت قرار داشته است. در واقع نیاز به ارتباط معنوی و شفایابی بیش از انگیزه صرفه‌جویی در شکل دادن به گرایش بیماران مؤثر بوده است. درباره ارزیابی از درمانگر در حین مراجعه نیز نتایج مشابهی به دست آمده است. بالغ بر ۸۵ درصد از پاسخگویان هر سه بعد شفا بخشی، شخصیت معنوی و نوع ارتباط درمانگر با بیمار را قوی دانسته‌اند.^۷

۳-۶- تجربه استفاده از خدمات قبلی و ارزیابی آن از پزشک معالج

به‌منظور ارزیابی بیماران از عملکرد پزشکان از ۸ معیار موفقیت در درمان شامل صرف مدت زمانی کافی برای ارتباط با بیمار و گفت‌وگو کردن، رفتار صمیمانه با بیمار، با ایمان بودن و توصیه‌های مذهبی، دستمزد متصفانه و امکان تخفیف دادن به بیماران نیازمند، استفاده شده است. از مراجعه‌کنندگان به دعانویسی و پزشکی علمی تقاضا شد ارزیابی خود را از پزشک معالج‌شان با توجه به موارد یاد شده، بیان کنند. سپس با استفاده از نتایج به دست آمده برای دو گروه شاخص ارزیابی از پزشک ساخته شد.

جدول ۲: مقایسه شاخص رضایت از پزشک بین دو گروه از بیماران
(تعداد پاسخگو = ۱۷۰)

تحلیل واریانس	بیماران پزشکی	بیماران دعانویسی	شاخص رضایت از پزشک
$F = ۴۲/۳$ $Sig = .۰۰۰۰$ $Eta^2 = .۰۱۴$	۶/۲	۲۵/۰	کم
	۲۹/۹	۴۱/۱	متوسط
	۶۵/۰	۳۳/۹	زیاد
	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	جمع
	۱۳۷	۱۲۴	تعداد معتبر
	۲۹/۲	۲۴/۴	میانگین
	۴/۸	۶/۶	انحراف معیار

ضریب آلفا گروه اول = $۰/۷۴$ ، ضریب آلفا گروه دوم = $۰/۷۷$

همان‌طور که نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد میانگین رضایت از پزشک در گروه اول به‌طور معناداری از گروه دوم کمتر و پراکندگی پاسخ‌ها بیشتر است. ضریب مجذور اتا نشان می‌دهد که $۰/۱۴$ از تفاوت‌های مربوط به رضایت از پزشک براساس تفاوت گروه‌بندی تحقیق توضیح داده می‌شود. همچنین به منظور اطمینان بیشتر، یک بار نیز از بیماران تقاضا شد ارزیابی خود را از پزشک معالج‌شان براساس نمره ۱-۲۰ ابراز کنند. میانگین این نمره در بین بیماران دعانویسی ۱۶ و در گروه دوم $۱۸/۲$ است. بنابراین فرضیه اول تحقیق مبنی بر این‌که مراجعه‌کنندگان به دعانویسی نسبت به افرادی که به‌طور معمول به پزشک مراجعه می‌کنند، از عملکرد درمانی، ارتباطی و اقتصادی پزشک خود کمتر راضی هستند، تأیید می‌شود. اما همان‌طور که قبلاً اشاره شد، رضایت از پزشک که حاکی از تجربه پیشین بیمار در دریافت خدمات است نقش یک متغیر زمینه‌ای را دارد و این نارضایتی فقط موجب ناامیدی و فاصله گرفتن از پزشک می‌شود. اما اقدام برای مراجعه به دعانویسی از شرایط دیگر نیز تأثیر می‌پذیرد.

۷- بررسی روابط میان متغیرها

همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد گرایش به دعانویسی براساس انتظار و ارزیابی فایده از

جنبه‌های درمانی (شفایابی)، ارتباطی (ارتباط معنوی) و اقتصادی (کاهش هزینه‌های درمان) شناسایی شد.

در جدول ۳، رابطه عوامل مؤثر برگرایش به (انتظار و ارزیابی از) دعانویسی بررسی شده است.^۸ هر چند که میزان همبستگی‌های به دست آمده در بعضی از موارد پایین است، اما از آنجا که به جهت آماری در سطح قابل قبولی هستند، می‌توانند مبنای استنتاج قرار گیرند.

مشاهده روابط میان متغیرها^۹ حاکی از آن است که از بین خصوصیات فردی بیماران، سن و تحصیلات و درآمد فقط با انتظار صرفه‌جویی رابطه دارد. افراد مسن بیشتر به فکر صرفه‌جویی هستند. اما به موازات افزایش تحصیلات و درآمد، انگیزه صرفه‌جویی کاهش می‌یابد.

از بین ویژگی‌های مربوط به بیماری، طول مدت بیماری با انتظار صرفه‌جویی ارتباط دارد. افرادی که مدت بیشتری از بیماری‌شان می‌گذرد، بیشتر انتظار دارند که با مراجعه به درمانگر هزینه‌های درمانی خود را کاهش دهند. طولانی‌شدن بیماری موجب افزایش هزینه‌های درمان است، در این شرایط انگیزه افراد برای یافتن شیوه‌ای که هزینه درمان آن‌ها را کاهش دهد، افزایش می‌یابد.

از بین خصوصیات دعانویس‌ها میزان تحصیلات آن‌ها با انتظار دریافت ارتباط معنوی رابطه دارد. در واقع از دعانویس‌های تحصیل‌کرده‌تر بیشتر انتظار می‌رود که افرادی متدین باشند و بتوانند با دیگران ارتباط معنوی مثبتی ایجاد کنند. همچنین از دعانویس‌های با سابقه‌تر بیشتر انتظار می‌رود که در درمان بیماری افراد موفق‌تری باشند. در واقع تحصیلات و سابقه کار - به‌مثابه دو سرمایه مهم - که درمانگر از آن‌ها برخوردار است در مراجعه‌کنندگان این اطمینان را به‌وجود می‌آورد که او در کار خود تجربه و مهارت کافی دارد.

جدول ۳ همچنین نشان می‌دهد که هرچه میزان اعتماد به فرد طرف مشورت قوی‌تر باشد، انتظار بهبود بیماری و برخورداری از ارتباط معنوی بیشتر است. پاسخگویی که در بین اقوام و دوستان خود فردی را می‌شناختند که قبلاً به دعانویس مراجعه کرده و نتیجه مثبت گرفته‌اند، احتمال درمان موفق را قوی‌تر ارزیابی می‌کنند.

جدول ۳- بررسی تأثیر عوامل مؤثر بر انتظار و ارزیابی از دعانویسی
به وسیله ضریب همبستگی پیرسون (تعداد پاسخگو = ۱۷۰)

ارزیابی از درمانگر در حین مراجعه		انتظار از درمانگر قبل از مراجعه				
ارزیابی از ارتباط مناسب با بیمار	ارزیابی از شخصیت معنوی	ارزیابی از احتمال شفایافتن	انتظار صرفه جویی	انتظار ارتباط معنوی		
۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۱۱	۰/۱۸*	۰/۰۰	۰/۱۰	سن
۰/۰۰	۰/۲۰*	۰/۰۰	۰/۳۴**	۰/۱۱	۰/۱۰	تحصیلات
۰/۱۹*	۰/۰۱	۰/۱۱	۰/۲۷**	۰/۰۱	۰/۰۱	درآمد خانواده
۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۰۵	۰/۲۳**	۰/۱۳	۰/۰۲	مدت بیماری
۰/۰۷	۰/۱۷*	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۱۱	آسیب پذیری در برابر بیماری
۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۴۰**	۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۱۲*	سابقه فعالیت
۰/۱۸*	۰/۱۷*	۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۱۶*	۰/۰۶	تحصیلات
۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۱۴*	۰/۰۲	۰/۱۹*	۰/۲۴*	میزان اعتماد به فرد مشاور
۰/۱۰	۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۲۵**	اطلاع از تجربه موفق دیگران
۰/۳۷**	۰/۴۵**	۰/۱۸*	۰/۰۴	۰/۴۳**	۰/۲۴**	شاخص دینداری
۰/۰۶	۰/۱۵*	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۶	باورهای فرامادی در زمینه بیماری

شاخص دینداری با انتظار از درمانگر و ارزیابی از او رابطه دارد. به عبارت دیگر افرادی که دارای پایبندی‌های دینی قوی‌تر هستند بیشتر انتظار دارند با مراجعه خود، به بهبود بیماری و بهره‌مندی از یک ارتباط معنوی دست یابند و همچنین ارزیابی مثبت‌تری از درمانگر دارند. باورهای فرامادی در امر بهداشت و درمان فقط با ارزیابی از شخصیت معنوی درمانگر ارتباط دارد و در سایر موارد فاقد یک ارتباط معنادار است.

بر این اساس فرضیات تحقیق مبنی بر ارزیابی از عملکرد پزشک، نقش افراد قابل اعتماد و باورهای دینی تأیید می‌شود اما تأثیر باورهای فرامادی در جهت دادن به گرایش به دعانویسی تأیید نمی‌شود.

علاوه بر این، به منظور شناسایی دقیق‌تر دلایل گرایش به دعانویسی از بیماران تقاضا شد یک بار نیز به‌طورکلی بیان کنند که چه چیز موجب شد آن‌ها تصمیم بگیرند به فرد دعانویس مراجعه کنند؟

جدول ۴: چه چیز باعث شد تصمیم بگیرید به این آقا یا خانم دعانویس مراجعه کنید؟ (تعداد پاسخگو = ۱۷۰)

اعظهارنشده %	اعظهارشده %	علل مراجعه به دعانویس
۶۱/۲	۳۸/۸	نامیدی از درمان
۷۱/۷	۲۸/۲	توصیه‌های اطرافیان
۷۲/۹	۲۷/۱	امید و توکل به خدا
۸۸/۳	۱۱/۷	تجربه موفق دیگران
۹۰/۶	۹/۴	شناخت قبلی خودم
۹۲/۹	۷/۱	ارضای حس کنجکاوی
۹۴/۲	۵/۸	بی‌خطر و بی‌ضرر بودن
۹۵/۸	۴/۲	دیدن یک فیلم در این‌باره
۹۷/۶	۲/۳	الهام در خواب و رؤیا

اطلاعات فوق با نتایج جدول ۳، هماهنگ است. اولین انگیزه بیماران نامیدی از درمان پزشکی، کاربرد داروها و روش طبابت پزشک است. بنابراین اگر نیاز بیماران به‌طور عادی از طریق نهاد پزشکی برطرف شود از احتمال مراجعه به درمان‌های دیگر از جمله دعانویسی کاسته خواهد شد. در مرحله بعد توصیه و ترغیب اشخاصی که در شبکه روابط اجتماعی بیماران قرار دارند و در مرحله سوم ایمان مذهبی که در شکل امید به لطف و رحمت الهی متجلی می‌شود در جهت دادن به گرایش افراد مؤثر بوده است.

اطلاع از تجربه شخصی بیماران در زمان حضور نزد دعانویس به درک عمیق‌تر تأثیر دعانویسی بر افراد کمک می‌کند. این قبیل ملاقات‌ها هرچند که با هدف شفایابی صورت می‌گیرد، با نوعی تجربه دینی خاص نیز همراه است. تجربه دینی در احساس وابستگی و تعلق، احساس خوف و خشیت و مغلوبیت در برابر راز هیبت‌انگیز و در نهایت احساس شوق به موجود متعالی، متجلی می‌شود (پیترسون و دیگران، ۱۳۷۶، ۴۲). جدول زیر انواع حالات بیماران را هنگام مواجهه با درمانگر نشان می‌دهد.

جدول ۵: زمانی که آن‌جا بودید چه تغییری در شما به وجود آمد؟
(تعداد پاسخگو = ۱۳۰)

انواع حالات	تعداد	درصد
شادی و خوشحالی	۴۴	۴۲/۳
امید به بهبودی	۳۹	۳۷/۵
گریه	۳۴	۳۲/۶
آرامش روانی	۲۴	۲۳/۰
نگرانی و اضطراب	۱۹	۱۸/۲
یک احساس ناشناخته	۱۰	۹/۶
جمع	۱۷۱	۱۶۳/۲

در جدول ۵، توجه به حالات گزارش شده^{۱۰} نشان می‌دهد که غیر از نگرانی و اضطراب، در سایر موارد مواجهه با درمانگر با حالات مثبت و خوشایندی توأم بوده است. سپس از پاسخگویان به این پرسش تقاضا شد تجربه خود را به شیوه‌ای مشروح‌تر تفسیر کنند. پاسخگویان به خصوصاتی مانند احساس حضور در یک مکان مقدس، وجود یک احساس غیرقابل وصف، مجذوب شخصیت درمانگر شدن، یک تحول درونی و تردید در بهبودی اشاره کرده‌اند. در واقع مراجعه به فرد دعانویس با مجموعه‌ای از حالات هیجانی و عاطفی همراه است که اغلب برای بیمار مطبوع به نظر می‌رسد.

۷-۱- پیامدهای مراجعه به دعانویسی

پیامدهای احتمالی دعانویسی براساس مراجعه مجدد با اهدافی متفاوت از شفایابی و احتمال معرفی درمانگر به دیگران بررسی شده است. یافته‌های جدول ۶ بیانگر آن است که در هر چهار گزینه پیش‌بینی شده بالغ بر ۶۰ درصد از پاسخگویان، به پیامدهای آتی دعانویسی پاسخ مثبت داده‌اند. ۹۰/۵ درصد از پاسخگویان مراجعه با هدف درمان، ۸۵ درصد توصیه درمانگر به دیگران، ۷۷ درصد مراجعه به منظور رفع مشکلات عادی زندگی و ۶۱ درصد از آن‌ها

مراجعه با هدف رفع مسائل مذهبی را در حد زیاد محتمل دانسته‌اند. نتایج به دست آمده، فرضیه تحقیق مبنی بر این که اعتماد به درمانگر و رضایت از او امکان مراجعات بعدی را افزایش می‌دهد، تأیید می‌کند.

جدول ۶: پیامدهای مراجعه به دعانویسی (تعداد پاسخگو = ۱۷۰)

پیامدهای دعانویسی				
کم	متوسط	زیاد	نمی‌دانم	تعداد معتبر
۴/۲	۵/۳	۹۰/۵	-	۱۶۸
۸/۲	۱۴/۷	۷۷/۱	-	۱۷۰
۱۰/۰	۱۰/۵	۶۱/۲	۱۸/۳	۱۷۰
۲/۴	۱۳/۰	۸۴/۶	-	۱۶۹

یکی دیگر از پیامدهای احتمالی مراجعه به دعانویسی تأثیر آن در کاهش یا افزایش ایمان مذهبی است. ۹۴ درصد از پاسخگویان اظهار داشته‌اند که در صورت بهبودی ایمان‌شان افزایش می‌یابد. همین میزان از پاسخگویان یعنی تقریباً ۹۵ درصد از آن‌ها اظهار داشته‌اند که در صورت عدم بهبودی ایمان‌شان تضعیف نخواهد شد. یافته فوق حاکی از آن است که به‌رغم آن‌که افراد شفا یافتن را حاصل عنایت خداوند به خود می‌دانند و به این جهت بر ایمان مذهبی‌شان افزوده می‌شود اما در عین حال استحکام عقاید دینی آنان بیش از آن است که با عدم اجابت دعا ایمان‌شان تضعیف شود. محاسبه آزمون کای دو نیز بر استقلال این دو جهت‌یابی از یکدیگر، دلالت دارد.

لازم به ذکر است که مراجعه به دعانویسی در پاره‌ای از موارد، احتمال دارد پیامدهایی مانند صرف‌نظر کردن از مراجعه به پزشک، به تأخیر افتادن فرایند بهبودی، یا حتی تشدید بیماری و انواع سوءاستفاده‌های مالی و جسمانی را به همراه داشته باشد. از آن‌جا که این قبیل پیامدها خود به خود ارتباط مراجعه‌کننده با فرد دعانویس را منقطع می‌سازد، این موارد از دایره پرسش‌کنار گذاشته شده است. در واقع در چارچوب این پژوهش آن‌چه اهمیت دارد مشخص ساختن جنبه‌هایی است که موجب شده دعانویسی در طول سالیان سال استمرار پیدا کند.

۸- بحث و نتیجه گیری

استمداد از خداوند جهت حل مشکلات در فرهنگ‌های مختلف به اشکال متفاوتی صورت می‌گیرد. در جامعه ما یکی از اشکال این پدیده در دعانویسی متجلی شده است.

همان‌طور که فرضیات تحقیق پیش‌بینی می‌کرد، بیماران مراجعه‌کننده به دعانویسی نسبت به مراجعه‌کنندگان به پزشک از عملکرد پزشک خود بیشتر ناراضی هستند. بنابراین عملکرد پزشکان می‌تواند زمینه‌ساز سوق دادن افراد به استفاده از شیوه‌های دیگر درمان باشد. در واقع اگر مردم از کیفیت درمان، شیوه ارتباط و منصفانه بودن دستمزد پزشک خود راضی باشند، کمتر احتمال دارد که به درمانگران خارج از نهاد پزشکی مراجعه کنند.

در خلال جست‌وجوی شیوه جدید درمان، افراد قابل اعتماد و صاحب نفوذی که فرد با آن‌ها به مشورت می‌پردازد، با توصیه‌ها و اطلاعات خود، انتظار به نتیجه رسیدن از مراجعه به دعانویسی را افزایش می‌دهند. مضاف بر این، نظام عقیدتی نیز در انتخاب روش درمان تأثیر دارد. افراد مذهبی‌تر به دلیل تصویری که از تشابه میان ارزش‌های خود با ارزش‌های حاکم بر دعانویسی دارند، از آن انتظار و ارزیابی مثبت پیدا می‌کنند. باورهای فرامادی که گاهی نیز اشکال خرافه‌ای پیدا می‌کند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر شکل‌گیری گرایش به دعانویسی ندارد.

در واقع سه عامل که اولی به نهاد پزشکی، دومی به نوع و شکل ارتباط فرد با دیگران و سومی به مبانی اعتقادی و فرهنگی مربوط است، برگرایش به دعانویسی تأثیر می‌گذارد. بیماران در مراجعه به دعانویس‌ها بیش از درمان و صرفه‌جویی به دریافت یک ارتباط معنوی اهمیت می‌دهند. این یافته از آن جهت برای پزشکان قابل تأمل است که اهمیت نیازهای روحی بیماران و نقش نظام عقیدتی آن‌ها را در رفتار سلامت‌جویی نشان می‌دهد. در واقع بیمار فقط در جست‌وجوی درمان نیست و بیماری نیز تنها عامل جهت‌دهنده برای انتخاب روش درمان به‌شمار نمی‌رود. به این جهت لازم است پزشکان در طبابت خود به شیوه ارتباط با بیمار و تأثیر عوامل فرهنگی بیشتر توجه داشته باشند.

از بین خصوصیات بیماری، طول مدت آن تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر انتظار صرفه‌جویی دارد. در واقع همان‌طور که در الگوی کاسل و کاب اشاره شده است، هزینه درمان در انتخاب‌های

بعدی فرد تأثیر دارد. به این ترتیب، افرادی که دارای بیماری‌های مزمن هستند و مدت زیادی از بیماری‌شان می‌گذرد، بیشتر ترجیح می‌دهند از روش‌های کم هزینه‌تر استفاده کنند.

اگر انتظارات بیماران از مراجعه به دعانویس‌ها برآورده شود، در این صورت نه تنها احتمال دارد مراجعات بعدی آن‌ها تکرار شود، بلکه ممکن است دایره این مراجعه به افراد دیگر نیز تسری یابد. این گرایش به تدریج از حوزه درمان فراتر رفته و به امور غیردرمانی تعمیم می‌یابد. به این ترتیب در طول زمان، دعانویسی بازتولید می‌شود و استمرار می‌یابد. دعانویس‌ها نیز از اعتمادی که مردم به آن‌ها دارند می‌توانند در جهت مقاصد مختلف استفاده کنند.

پدیده دعانویسی تجلی آمیختگی میان طب سنتی و دین عامیانه است. در حال حاضر به‌رغم پیشرفت پزشکی علمی، این قبیل درمان‌های سنتی نه تنها در شهری مانند تهران که از جهت تجدد و نوگرایی از مرکزیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است، بلکه در ممالک توسعه یافته نیز رواج دارد.

پدیده‌ها و شنیده‌های ما گواه بر آن است که امروزه مصادیق متعددی از عقیده به سعد و نحس بودن ستارگان یا اعداد، ارتباط مافوق حسی، تماس با ارواح و موجودات غیرمادی، طالع بینی، افسون، جادو و روح‌گرایی حتی در جوامع پیشرفته‌ای مانند آمریکا و اروپای غربی رواج دارد. توجه مردم به این قبیل پدیده‌ها در دوره غلبه عقلانیت و افسون‌زدایی از جهان قابل تأمل است (توسلی، ۱۳۷۶، ۲۳).

برای نمونه در ژاپن (به منزله یک کشور پیشرفته صنعتی) همه ساله حدود هشتاد میلیون ژاپنی به هنگام تحویل سال نو برای شرکت در مراسم و جشن‌های دینی به معابد بزرگ می‌روند و تعویذات محافظت‌کننده خریداری می‌کنند تا برای خود سلامتی کسب کنند (ویلیم، ۱۳۷۷، ۱۳۶). در انگلستان نیز به‌رغم آن‌که مدرن شناخته می‌شود نمادها و حتی نخبگان سنتی حضور دارند و نوسازی تحت توجهات همین نهادها و نخبگان سنتی صورت گرفته است (عبادی اردکانی، ۱۳۷۶، ۴۸).

بنابراین حرکت جوامع در مسیر توسعه، تجدد و نوگرایی الزاماً به معنای حذف شیوه‌های

سنتی انجام امور نیست. نتایج تحقیق اینگلهارت^(۱) حاکی از آن است که توسعه اقتصادی با تغییرات فراگیر و تاحدی قابل پیش‌بینی فرهنگی همراه است. صنعتی شدن تغییر از ارزش‌های سنتی به ارزش‌های دنیوی - عقلانی را تقویت می‌کند، اما برخلاف انتظار ارزش‌های سنتی ناپدید نخواهد شد. ارزش‌ها تغییر می‌کند اما آن‌ها (همچنان) بازتابی از میراث فرهنگی جامعه خواهند بود (Ingelhart & Baker. 2000. 19).

در واقع فرهنگ جامعه دربردارنده آمیزه‌ای از عناصر سنتی و مدرن است. پدیده‌های سنتی که با باورها و اعتقادات مردم هماهنگ است، در مواقع ضروری در جهت افزایش قدرت انطباق با ناملایمات و بحران‌های زندگی وارد عرصه می‌شوند. از این‌رو، با ظهور پدیده‌های مدرن، شیوه‌های سنتی انجام امور (صرف‌نظر از واقعی یا غیرواقعی بودن تأثیرات‌شان) کارکردهای خود را از دست نمی‌دهند.

پی‌نوشت

۱. کاربرد واژه نوشتن در دعانویسی جنبه اصطلاحی دارد زیرا بسیاری از دعاها اساساً نوشته نمی‌شود بلکه به شیوه‌های بسیار متنوعی به بیمار داده یا منتقل می‌شود. در واقع منظور از نوشتن هر نوع انشای رأی است. جهت توضیح بیشتر مراجعه شود به فهرست منابع ذیل: جواهری، فاطمه. ۱۳۸۰.
۲. این مقاله گزیده‌ای از رساله دکترای فاطمه جواهری تحت عنوان بررسی علل گرایش به دعا‌درمانی و پیامدهای آن است که در سال ۱۳۸۰ ه. ش در دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی آقای دکتر فرامرزی رفیع‌پور و به مشاوره آقای دکتر منوچهر محسنی و دکتر ایرج فاضل به انجام رسیده است.
۳. در این باره می‌توان به اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان که در فروردین ۱۳۷۰ ه. ش توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران برگزار شد، اشاره کرد.
۴. جهت توضیحات بیشتر مراجعه شود به فهرست منابع: حسینیون، عبدالعلی (۱۳۷۶) و هنرور، الهه (۱۳۷۲).

- ۵- محقق اذعان دارد که این چهارده نفر دعانویس نماینده تمام دعانویس‌های شهر تهران نیستند و احتمالاً افراد دیگری نیز بوده‌اند که به دلیل محدودیت اطلاعات، قابل دسترس نبوده‌اند.
- ۶- نمونه‌گیری پزشکان براساس آمار موجود در کتاب راهنمای پزشکان و اعضای نظام پزشکی استان تهران (۱۳۷۸ ه. ش) انجام شد.
- ۷- از آن‌جا که فقط حدود ۴۰ نفر از درمانگران در برابر خدمت ارائه شده دستمزد دریافت می‌کردند، بنابراین معیار رضایت از میزان دستمزد از شمول کافی برخوردار نبود و از محاسبه بیرون گذاشته شد.
- ۸- علامت (*) برای معناداری ۹۵٪، علامت (**) برای معناداری ۹۹٪ و علامت (***) برای معناداری ۹۹/۹۹٪ در نظر گرفته شده است.
- ۹- از آن‌جا که اطلاع از تجربه موفق دیگران یک متغیر اسمی دو مقوله‌ای است برای بررسی رابطه آن با متغیرهای در سطح سنجش ترتیبی از ضریب کرامر استفاده شده است.
- ۱۰- در این پرسش بعضی از افراد به بیش از یک حالت اشاره کرده‌اند، به این جهت تعداد کل از ۱۷۱ مورد بیشتر شده است.

منابع و مأخذ

الف - فارسی

- پیترسون مایکل. ویلیام هاسکر. بوش رایشنباخ و دیوید بازیجر (۱۳۷۶). *عقل و اعتقاد دینی درآمدی بر فلسفه دین*. مترجمان احمد نراقی و ابراهیم سلطانی. تهران. طرح نو.
- تاج‌بخش. حسن (۱۳۷۵). *تاریخ دامپزشکی و پزشکی ایران*. تهران. انتشارات سازمان دامپزشکی کشور با همکاری انتشارات دانشگاه تهران. ج ۲.
- توسلی. غلامعباس (۱۳۷۶). *بررسی برخی ابعاد و نحوه شکل‌گیری جامعه‌شناسی دینی*. در نامه انجمن جامعه‌شناسی ایران. مجموعه مقالات ۲. تهران. مؤسسه نشر جهاد وابسته به جهاد دانشگاهی با همکاری انجمن جامعه‌شناسی ایران.
- جوهری. فاطمه (۱۳۸۱). «مطالعه جامعه‌شناختی پدیده دعانویسی در ایران». پژوهشنامه دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه شهید بهشتی. ش ۳۵.
- حسینون. عبدالعلی (۱۳۷۶). «اثرات اجتماعی اعمال خارق‌العاده و دارندگان نیروهای فوق طبیعی برگزیدگان کراماتی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی. استاد راهنما: جمشید ایرانیان. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- ریتزر. جورج (۱۳۷۴). *نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر*. محسن ثلاثی. تهران. انتشارات علمی.
- رفیع‌پور. فرامرز (۱۳۷۲). «سنجش گرایش روستاییان نسبت به جهاد سازندگی». تهران. مرکز تحقیقات وزارت جهاد سازندگی.
- عابدی اردکانی. محمد (۱۳۷۶). «دوشاخگی سنت و تجدد یا دیالکتیک سنت و تجدد». فصلنامه علمی پژوهشی دانشور. دانشگاه شاهد. سال پنجم. ش ۱۷.
- فطورچی. پرویز (۱۳۷۷). «مختصری در باب علم‌شناختی و بعضی پیامدهای فلسفی و الهیاتی آن». در نامه علم و دین. سال ۲. ش ۲.

- گردن. جیمز (۱۳۷۶). *طب کل‌گرا*. مرجان فرجی. تهران. انتشارات درسا.
- محسنی. منوچهر (۱۳۷۶). *جامعه‌شناسی پزشکی*. تهران. انتشارات طهوری.
- نجم‌آبادی. محمود (۱۳۴۱). *تاریخ طب ایران*. تهران. چاپ هنر بخش. ج ۱.
- ویلم. ژان پل (۱۳۷۷). *جامعه‌شناسی ادیان*. ترجمه عبد‌الرحیم گواهی. نقد و بررسی محمدتقی جعفری. تهران. انتشارات تبیان.
- هنرور. الهه (۱۳۷۲). «پویشی جامعه‌شناختی دربارهٔ جادو». پایان‌نامه کارشناسی علوم اجتماعی، استاد راهنما: باقر ساروخانی. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

ب - انگلیسی

- Bailey. Kenneth D. (1982). *Methods of Social Research* New York: The Free Press.
- Borgatta. Edgar F. & Borgatta Mariell (1991). *Encyclopedia of Sociology*. Vol.1. United States of America: MacMillan Inc Pub.
- Cokerham. William C. (1989). *Medical Sociology*. United States of America: Prentice Hall.
- Easthope. Gary (1998). "Alternative Medicine" In Germov John "Second Opinion, An Introduction to Health Sociology" UK: Oxford University Press.
- Fisk. Susan T. & Taylor Shelley E. (1991). *Social Cognition*. McGraw-Hill International editions. Psychology Series.
- Hallahami. Benjamin Belt & Aryyle. Michael (1997). *The Psychology of Religious Behavior, Belief and Experience*. London & NewYork: Routledge.
- Ingelhart. Ronald & Baker. Wayne E. (2000). *Modernization, Cultural Change, and the Persistence of Change, Traditional Values*. in American Sociological Review. Vol.65.
- King. Sthepen W. (1975) "Communication and Social Influence, USA: Sandiego state University.
- Kurtz. Richard A. & Chaifant Paul H. (1991). *The Sociology of Medicine and Illness*. United States of America: Ally & Bacon.

- Janson. M.D. (1973). *The Doctor - Patient Relationship in An African Tribal Society*.
Netherland: Van Gorcum & Com P.B.V Assen.
- Mc Gregor. Katherine & Peay Edward R. (1996). *The Choice of Alternative Therapy for Health Care: Testing Some Propositions*. in Social Sciences & Medicine. Vol.43. No.9.
- Mc Kee. Janet (1988). *Holistic Health and the Critique of Western Medicine*. in Social Sciences & Medicine. Vol.26, No.8.
- Molm. Linda D. (1991). *Affect and Social Exchange: Satisfaction in Power Dependence Relations*. in American Sociological Review. Vol.56.
- Moon. Graham & Gillespie. Rosemary (1995). *Society & Health An Introduction to Social Science for Health Professionals*. London & NewYork: Routledge.
- Siahpush. Mohammad (1998). "Postmodern Values, Dissatisfaction with Conventioanl Medicine and Popularity of Alternative Therapies". in *Journal of Sociology*. Vol.34. No.1
- Saks. Mike (1998). *Medicine and Complementary Medicine Challenge and Change* in Modernity Medicine and Health. ed:Scambler Graham & Higgs Paul. Great Britain: Routledge Pub.
- Tuckett. David (1977). *An Introduction to Medical Sociology*. Great Britain: Tavisock Pub.