

مطالعه کیفی ارتباط معنویت‌گرایی و تاب‌آوری از نگاه زنان ایرانی ساکن ملبورن (استرالیا)

دکتر اعظم نقوی⁽¹⁾

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر مطالعه کیفی ارتباط بین معنویت/مذهب‌گرایی و تاب‌آوری از دیدگاه گروهی از زنان ایرانی ساکن ملبورن (استرالیا) است. **روش:** پژوهش به روش کیفی و به شیوه اتنوگرافی یا قوم‌نگاری انجام شد. به این منظور جامعه‌ی هدف به مدت دو سال و نیم تحت مشاهده میدانی، مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته و گفتگوهای غیر رسمی قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که اکثر شرکت‌کنندگان تاب‌آوری بالایی نشان دادند و معنویت/مذهب‌گرایی یکی از عوامل بسیار مهم اثرگذار بر انطباق با شرایط موجود بود. تجربه تاب‌آوری و معنویت‌گرایی همچنین منجر به احساس سلامت روانشناختی شده بود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های به دست آمده معنویت/مذهب‌گرایی نه تنها می‌تواند چارچوبی برای معنابخشیدن به رنج‌ها و سازگار شدن با بحران‌ها فراهم آورد، بلکه می‌تواند سلامت روانشناختی فرد را نیز ارتقا بخشد.

کلیدواژه: مذهب/معنویت‌گرایی؛ تاب‌آوری؛ سلامت روانشناختی؛ زنان مهاجر ایرانی

[دریافت مقاله: 1393/10/30؛ پذیرش مقاله: 1394/6/3]

مقدمه

مرتبط با کاربرد مذهب به عنوان مهارتی مقابله‌ای در جهت افزایش تاب‌آوری⁴ در بین مهاجرین که غالباً با چالش‌های فراوانی رو به رو هستند، بیشتر احساس می‌شود (9). مطالعه فراتحلیل آبی⁵ و همکاران (10) نشان داده است که مهاجرین به دلیل رویارویی با انواعی از استرس‌زاهای پیش و پس از مهاجرت در زمره گروه‌های در خطر قرار دارند. استرس فرهنگی‌پذیری⁶ و فشار برای همسان شدن با جامعه‌ی مقصد (11)، برخورداری کم از حمایت اجتماعی (12)، وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین (13)، تجربه تبعیض (14-16) و دسترسی محدود به سرویس‌های خدمات سلامتی و اجتماعی (12)، تنها بخشی از این گونه استرس‌زاهای هستند.

معنویت¹ و مذهب‌گرایی² جایگاه ویژه‌ای در زندگی انسان‌های سراسر دنیا دارد، به طوری که سالهاست پژوهشگران زیادی از جمله روان‌شناسان به بررسی اثرات معنویت و مذهب‌گرایی بر افکار و رفتار بشر پرداخته‌اند. پژوهش‌های قدیمی عموماً معتقدند که مذهب و معنویت‌گرایی با سلامت روانی (1-3)، سلامت جسمی (4-6)، و حتی طول عمر (7،8) ارتباط دارد. بنا به اعتقاد فوی³ و همکاران، علی‌رغم تأثیرات شناخته شده مذهب و معنویت‌گرایی بر سلامت روانی، جای خالی دانش علمی که بتواند این فرایند را توصیف کند، هنوز در دنیا احساس می‌شود. این جای خالی در مورد مطالعات

⁽¹⁾ دکترای روانشناسی، استادیار گروه مشاوره دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان. اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه مشاوره.

دورنگار: E-mail: az.naghavi@edu.ui.ac.ir 0313-6683107

¹ spirituality

² religiosity

³ Foy

⁴ resilience

⁵ Abebe

⁶ acculturation stress

البته تمام مهاجرین به یک شیوه به این استرس‌ها پاسخ نمی‌دهند؛ بسیاری از پژوهش‌های پیشین (20-17) دریافته‌اند که مهاجرین و فرزندان آنها بیش از ساکنین کشور مقصد در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های روانی هستند، اگرچه سایر پژوهش‌ها (21) بر اهمیت مهارت‌های مقابله‌ای تأکید داشته و معتقدند مهاجرین به ویژه زنان مهاجر نه تنها آسیب‌پذیر و شکننده نیستند، بلکه داستان زندگی آنها حکایت از تاب‌آوری و استقامت بالای آنها دارد.

پارگامنت¹ (22)، یکی از محققان برجسته در زمینه مذهب و معنویت‌گرایی، مذهب را به عنوان جستجویی برای معنا و ارتباط با نیرویی الهی می‌داند. درشر² و همکاران (23) نیز تعریف زیبایی از مذهب ارائه کرده و می‌گوید: مذهب بیان جمعی اعتقادات، ارزش‌ها، رسوم و تکالیف مربوط به خدا و یا نیرویی الهی است که گروهی از افراد به طور مشترک به آنها اعتقاد دارند. از طرف دیگر، معنویت به عنوان فضایی چند بعدی تعریف شده که هر کسی می‌تواند در آن جایگاهی بیابد (24). درشر و همکاران (23) معتقدند که معنویت به معنای درک یا تجربه‌ی اتصال فرد به چیزی است که ماورای «خود» است. به طور کلی ادبیات معنویت‌گرایی، اغلب بین مذهب و معنویت تفاوت قائل می‌شود و معتقد است که افراد ممکن است معنوی باشند اما مذهبی نباشند. در این تعریف معنویت گسترده‌تر و شخصی‌تر از مذهب است. مذهب بیشتر مربوط به درکی گروهی و مشترک در یک بافت خاص است، اما معنویت تجربه‌ای شخصی است. مoberg³ (25) معتقد است که تمام انسان‌ها به واسطه‌ی ماهیت انسانی‌شان دارای بعدی معنوی هستند. بنابراین هر انسانی توانایی معنویت‌گرایی دارد و معنویت‌گرایی چهارچوبی را برای فرد فراهم می‌سازد که او را در کشف معنایی مثبت در وقایع دردناک و یا لذت‌بخش هدایت می‌کند (26). این تجربیات در هر دو فرهنگ غربی و شرقی دیده شده است (27).

بر اساس مشاهدات فوی و همکاران (9) عوامل مختلفی از جمله الف) ماهیت و شدت حادثه، ب) ویژگی‌های شخصیتی، ج) حمایت‌های ابزاری و عاطفی قبل و پس از حادثه و د) سطوح پیش‌بینی‌پذیری و کنترل ادراک شده، در نوع پاسخ‌گویی افراد به حوادث و بحران‌های زندگی دخیل می‌باشند. تمام این جنبه‌ها ممکن است با معنویت‌گرایی افراد

تعامل داشته باشند و این تعامل، ارزیابی منحصر به فردی از حادثه و میزان کفایت فرد در مدیریت بحران را تعیین می‌کند. از آنجا که مطالعات در حوزه تاب‌آوری نوپا هستند، هنوز تعریف واحد و مورد قبولی از این اصطلاح در دسترس نیست (28). تاب‌آوری عموماً به توانایی طاق‌آوردن در مقابل چالش‌های استرس‌زا و به دست آوردن مجدد توانایی‌ها اشاره دارد. در نتیجه، زمانی تاب‌آوری اتفاق می‌افتد که بعد از کاهش یافتن شرایط استرس‌زا، افراد به طور مثبتی با موقعیت سازگار شوند. البته تاب‌آوری صرفاً محدود به پشت سر گذاشتن و مقابله با بحران‌ها نیست؛ بلکه یادگیری، رشد و تغییرات مثبت پس از بحران است که آن را از سایر سازگاری‌ها متمایز می‌سازد (29). به اعتقاد ریچ⁴ و همکاران (30) تاب‌آوری فرایندی است که نتیجه انطباق موفق با بحران‌هاست. به طور دقیق‌تر، آنها تاب‌آوری را فرایند بهبودی، ایستادگی و رشد می‌دانند که در طی آن فرد قادر است از سختی به سمت آسانی برگردد و توانایی این را داشته باشد که در پاسخ به مشکلات موجود رشد کند. از ویژگی‌های مرتبط با تاب‌آوری که مورد توجه گروهی از پژوهشگران قرار گرفته است، معنویت/مذهب‌گرایی افراد است. پژوهشگران چندین عامل مربوط به معنویت/مذهب را که با تاب‌آوری ارتباط دارند از جمله اخلاقیات و خودکنترلی (31)، بخشش (32، 5) و امید (33) را شناسایی کردند. معنویت‌گرایی راهبرد مقابله‌ای بسیار قوی است که به فرد توانایی انطباق با نیازهای در حال تغییر زندگی را می‌دهد. این توانایی، ویژگی لازم برای تاب‌آوری در مقابل مشکلات است (33).

مطالعات در زمینه تعامل معنویت‌گرایی و تاب‌آوری در گروه‌های مهاجرین در ابتدای راه است و پژوهشی که به طور ویژه این موضوع را در جامعه ایرانیان مهاجر بررسی کرده باشد، در حال حاضر موجود نیست. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین معنویت‌گرایی و تاب‌آوری زنان مهاجر ایرانی ساکن ملبورن (استرالیا) صورت گرفت. این پژوهش درصدد است به سؤالات زیر پاسخ دهد:

آیا در زنان ایرانی مهاجر، در برخورد با بحران‌های زندگی پس از مهاجرت، ارتباطی بین تاب‌آوری و معنویت/مذهب‌گرایی وجود دارد؟

زنان مهاجر ایرانی از چه راهبردهای مقابله‌ای معنوی/مذهبی استفاده می‌کنند؟

¹ Pargament

² Drescher

³ Moberg

⁴ Reich

شرایط، در صورت وجود در این مراکز، برای مصاحبه معرفی می‌شدند. زمان و مکان مصاحبه در پی اعلام علاقه این افراد تعیین می‌شد.

تمامی شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختار یافته شرکت کردند. در انجام مصاحبه از راهنمای مصاحبه استفاده شد. بدین منظور که به پژوهشگر اطمینان می‌دهد که تمرکز مصاحبه از موضوعات اصلی خارج نشود (39). محور کلی پژوهش، تجربه زنان از زندگی و مسایل پس از مهاجرت بود و مصاحبه با سؤالی کلی در مورد این که «چند وقت است که به استرالیا آمدید و چه احساسی دارید» شروع می‌شد. مصاحبه‌ها بین 45 دقیقه تا 8 ساعت به طول می‌انجامید و برخی از شرکت‌کنندگان به منظور روشن‌سازی برخی از گفته‌هایشان در تماس تلفنی، ارتباط از طریق ایمیل و یا ارتباطات رو در رو شرکت داشتند. مصاحبه‌ها با کسب اجازه از شرکت‌کنندگان ضبط شده و سپس لغت به لغت برگردانده و کدگذاری می‌شد.

هنینک²، هاتر³ و بیلی⁴ (40) معتقدند که پژوهش‌های کیفی به دنبال یافتن تجارب شرکت‌کنندگان از دیدگاه خود آنها است و رسیدن به این هدف بدون مشاهده رفتار و تعاملات اجتماعی آنها در محیط طبیعی زندگی‌شان امکان‌پذیر نیست. بنابراین مشاهده میدانی، ابزار مهم جمع‌آوری اطلاعات در این گونه پژوهش‌ها به شمار می‌رود. چک لیست مشاهدات با استفاده از پیشینه پژوهش و نظر متخصصین پژوهش قوم‌نگاری طراحی شد. با توجه به ماهیت پویای پژوهش قوم‌نگاری، این چک لیست در طی انجام طرح قابل اصلاح بود. جدول 7 نمونه‌ای از چک لیست مورد استفاده را نشان می‌دهد. مشاهدات در مدت دو سال و نیم حضور پژوهشگر در شهر ملبورن و شرکت در مراکز فرهنگی و مذهبی متعلق به ایرانیان، یکی از مراکز حمایت از مهاجرین (به صورت هفته‌ای یک روز به مدت سه ماه)، و مشاهده میدانی در بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی (به مدت بیش از 30 ساعت)، انجام گرفت. همچنین، پژوهشگر به مدت یک سال به‌طور داوطلبانه در مدرسه‌ی خودگردان فارسی زبان، به‌عنوان آموزگار، ارائه خدمات داشت. بیش از صدها ساعت گفتگوی غیر رسمی با زنان و مردان ایرانی غیر شرکت‌کننده در مشاهدات میدانی، به مصاحبه‌های رسمی غنا بخشید.

زنان مذهبی و غیرمذهبی چه تجاربی از راهبردهای معنوی/مذهبی و تاب‌آوری دارند؟
چه تعاملی بین معنویت/مذهب‌گرایی، تاب‌آوری و سلامت روانی وجود دارد؟

پژوهش حاضر دانش ما را در مورد راهبردهایی مقابله‌ای معنویت/مذهب‌گرایانه که مهاجرین به منظور مقابله با بحران‌های زندگی پس از مهاجرت استفاده می‌کنند، افزایش می‌دهد.

روش

شیوه انجام این پژوهش، کیفی به روش اتنوگرافی یا قوم‌نگاری بوده است. این روش به محقق کمک می‌کند که احساسات، افکار و نظرات گروه مورد پژوهش را به طور عمیق از دیدگاه خود آن‌ها بررسی کند (34، 35).

جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی زنان ایرانی مقیم استرالیا بود. طبق آخرین سرشماری استرالیا، در سال 2011 حدود 34500 ایرانی در استرالیا ساکن و تقریباً نیمی از این تعداد زن بودند (36). با توجه به این که در پژوهش‌های کیفی هدف، بررسی عمیق یک موضوع است، معمولاً نمونه به طور تصادفی انتخاب نمی‌شود و به اندازه‌ی تحقیقات کمی بزرگ نیست. از طرفی جمعیت مهاجرین یکی از جمعیت‌های «سخت دسترس¹» در نظر گرفته می‌شوند و بهترین شیوه نمونه‌گیری پیشنهاد شده برای این نوع از گروه‌ها، روش نمونه‌گیری هدفدار گلوله برفی است (37-39). 21 خانم ایرانی و 10 نفر از مسئولان مراکز دولتی، مطلعین از امور ایرانیان و فعالان امور مهاجران در این مطالعه شرکت کردند. معیارهای ورود به پژوهش برای زنان ایرانی شرکت‌کننده عبارت بودند از: جنسیت زن، ملیت ایرانی، زندگی در ملبورن و داشتن حداقل یک فرزند زیر 10 سال؛ و برای گروه متخصصین، شاغل بودن در شغلی که با مهاجرین و علی‌الخصوص با جامعه ایرانی درگیر باشد. اگرچه مذهب جزء معیارهای ورودی و خروجی نبود، کلیه زنان شرکت‌کننده در تحقیق از خانواده‌های مسلمان بودند. اما میزان مذهبی بودن آنها از مفید به مسایل اسلامی تا بدون اعتقادات اسلامی متغیر بود. مسئولین دولتی و افراد آگاه به جامعه ایرانی، از بین دستگاه‌های دولتی و غیر دولتی ملبورن انتخاب شدند. نحوه یافتن این افراد به این صورت بود که پژوهشگر در مراکز دولتی و غیر دولتی حضور می‌یافت و پس از توضیح اهداف پژوهش برای مسئول مرکز، افراد واجد

² Hennink

³ Hutter

⁴ Bailey

¹ hard to reach population

جدول 1 - چک لیست مشاهده میدانی

دسته‌ها	نکات مهم	توضیحات
ظاهر	نحوه لباس پوشیدن، سن، جنس، ویژگی‌های شخصیتی و ظاهری	هر چیزی که عضویت فرد را در گروه نشان دهد یادداشت شود از جمله: شغل، تحصیلات، ظاهر مذهبی، سن، جنس، وضعیت اقتصادی - اجتماعی
تعاملات و رفتارهای کلامی	چه کسی با چه کسی صحبت می‌کند، چه کسی شروع می‌کند، نوع، لحن و تن صحبت‌های رد و بدل شده	سن، جنس، نوع برخورد، نوع پوشش، وضعیت ظاهری صحبت کننده و پویایی تعاملات یادداشت شود.
ژست‌های جسمی و رفتاری	مردم چه می‌کنند، چه کسی با چه کسی تعامل دارد، چه کسی وارد تعاملات نمی‌شود.	چگونه افراد از زبان بدن و تن صدای مختلف برای برقراری ارتباط، و بیان هیجانات مختلف استفاده می‌کنند. رفتار آنها چه چیزی را در مورد احساسات آنها نسبت به یکدیگر و نسبت به محیط مورد مشاهده بیان می‌کند؟
رفت و آمد	چه کسانی به محل مورد مشاهده وارد و از آن خارج می‌شوند.	افراد چقدر در مکان مورد نظر توقف دارند؟ چه کسانی هستند؟ آیا تنها بوده یا با دیگران هستند؟ تعداد افراد در صورت امکان یادداشت شود.

گردآوری شده، مد نظر قرار گرفت (40، 45-43). در این مطالعه تنها داده‌هایی که روایی کافی داشتند در گزارش نهایی یافته‌ها مورد استفاده قرار گرفتند.

در این پژوهش دو نفر از اعضای هیئت علمی، بر تمام مراحل انجام پژوهش نظارت کامل داشتند. ناظر اول، متخصص انسان‌شناسی پزشکی و سلامت زنان و همچنین یکی از متخصصین بین‌المللی پژوهش‌های قوم‌نگاری بود. ناظر دوم، نیز متخصص در زمینه سلامت زنان، جامعه‌شناسی، زنان مهاجر و پژوهش قوم‌نگاری بود و هر دو نفر در تمامی مراحل تهیه راهنمای مصاحبه، بررسی روایی مصاحبه، تهیه چک‌لیست مشاهده میدانی، بررسی یادداشت‌های میدانی و تجزیه و تحلیل داده‌ها نظارت داشتند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های این مطالعه از شیوه تحلیل تم براون¹ و کلارک² (46) و نرم افزار NVivo 10 استفاده شد. در این روش ابتدا کلیه داده‌ها از روی فایل صوتی کلمه به کلمه برگردانده شده و وارد نرم افزار می‌شود. سپس خط به خط داده‌ها بارها خوانده می‌شود و کدگذاری می‌گردد. آن‌گاه کدها دسته بندی و کدهای شبیه به هم یکپارچه می‌شوند و تم‌های اصلی به دست می‌آیند. در نتیجه هر تم ممکن است شامل چندین کد باشد (46). در این مطالعه کدگذاری داده‌ها همزمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام شد و تا زمان رسیدن به نقطه اشباع (زمانی که کد جدیدی در

پژوهشگران کیفی معتقدند که مشاهده کننده ممکن است به چهار شیوه جامعه مورد نظر را مورد مشاهده قرار دهد: الف) شرکت کننده کامل، ب) مشاهده گر صرف، ج) شرکت کننده به عنوان مشاهده گر و د). مشاهده با مشارکت. بر اساس موقعیت و شرایط مختلف، مشاهده گر ممکن است انواعی از شیوه‌های مشاهده را در یک پژوهش واحد مورد استفاده قرار دهد (41، 42). در پژوهش حاضر، کلیه مشاهدات میدانی توسط نویسنده مقاله انجام گرفت و بر حسب شرایط مختلف، مشاهده گر نقش مشاهده گر با مشارکت و شرکت کننده به عنوان مشاهده گر را بر عهده داشت.

تکنیک‌های به کار رفته جهت تأمین روایی داده‌ها در پژوهش حاضر عبارتند از: الف) سه سویه‌سازی، که در این شیوه نه تنها با زنان ایرانی مهاجر مصاحبه شد، مسئولین دولتی امور مهاجرین و افراد آشنا با جامعه ایرانی نیز در مصاحبه‌های رسمی و غیر رسمی حضور یافتند. ب) تکنیک کنترل اعضا، به این شیوه که هر شرکت کننده مطالب نهایی گنجانده شده در پژوهش اصلی که برگرفته از مصاحبه با وی بود را مورد مطالعه قرار می‌داد و در صورتی که برداشت‌های پژوهشگر با وی متفاوت بود، این موضوع را عنوان می‌کرد و مطالب مجدداً شفاف‌سازی و یا از گزارش نهایی حذف می‌شد. ج) استفاده از تکنیک تبادل نظر با هم‌تایان و متخصصین، که در این شیوه، نظر متخصصان دیگر در زمینه داده‌های

¹ Braun² Clark

جدول 2- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

ویژگی	فراوانی
سن	
30-40 سال	14
40-45 سال	7
تعداد فرزندان	
یک فرزند	13
دو فرزند	8
تعداد سال‌های اقامت در استرالیا	
بین 2-5 سال	12
بیش از 5 سال	9
تحصیلات	
دیپلم و کمتر از دیپلم	3
لیسانس و بالاتر	18
وضعیت شغلی	
نیمه وقت	3
تمام وقت	2
دانشجو	4
خانه‌دار	12
مذهب / معنویت‌گرایی (بر اساس نظر شخصی)	
مذهبی و مقید به اصول اسلامی	11
عدم پایبندی به اصول اسلامی	10

285

285

سؤال اول پژوهش: آیا در زنان ایرانی مهاجر، در برخورد با بحران‌های زندگی پس از مهاجرت، ارتباطی بین تاب‌آوری و معنویت/مذهب‌گرایی وجود دارد؟

الف) بحران‌های پس از مهاجرت

شرکت‌کنندگان گزارش دادند که پس از مهاجرت با انواعی از بحران‌ها دست و پنجه نرم کرده بودند. این بحران‌ها گاه منجر به افسردگی، ناشادی و ناراضی‌تبی از زندگی می‌شد. شرکت‌کنندگان در این تحقیق بیان کردند که چگونه پس از مهاجرت با سختی‌هایی رو به رو شده بودند که هرگز به آن فکر نمی‌کردند. بسیاری از آنها (95%) از سال‌های اولیه‌ی مهاجرت با عنوان «جهنم» یاد می‌کردند. نازنین می‌گفت: "سازگاری با زندگی جدید خیلی برام سخت بود. کارم سنگین بود، تنها بودم، اضطراب داشتم. بعد افسردگی گرفتم و ماه‌ها دارو می‌خوردم." کیارا معتقد بود: "ندگی اینجا بد نیست اما همیشه یه غمی تو دل داری." ساحل به دلیل مشکلات اقتصادی پس از مهاجرت دچار تعارض زناشویی شده و می‌گفت: "برای ساختن یه زندگی بهتر اومدیم اینجا، ولی مشکلات خیلی بیشتر از سطح توانمون بود."

مصاحبه‌ها به دست نیاید) ادامه داشت. از آنجا که پروژه اصلی در زمینه وضعیت زندگی زنان مهاجر ایرانی بود، داده‌ها پس از تجزیه و تحلیل در پنج تم اصلی نقش مادرانه، رابطه با همسر، روابط اجتماعی، سلامت روانشناختی و رفتار کمک‌خواهی دسته‌بندی شد. مطالعه حاضر گزارش بخشی از یافته‌های مربوط به تم سلامت روانشناختی است.

این پژوهش دارای شماره شناسه از طرف کمیته اخلاقی دانشگاه موناخ استرالیا است. با توجه به این که مهاجرین در زمره گروه‌های در خطر در نظر گرفته می‌شوند، دولت استرالیا حساسیت ویژه‌ای در زمینه کار کردن با این گروه دارد و این گونه پژوهش‌ها را مورد ارزیابی دقیق و مداوم قرار می‌دهد و در صورت بروز هر گونه شکایت، پژوهشگر مورد پیگرد قانونی قرار می‌گیرد. مسایل مهم اخلاقی و قانونی در نظر گرفته شده در این پژوهش عبارتند از: اخذ رضایت کتبی از مصاحبه‌شوندگان برای اجرای مصاحبه و ضبط آن، تعیین زمان و مکان مصاحبه توسط شرکت‌کنندگان، نگهداری فرم‌های رضایت‌نامه و فایل‌های صوتی به مدت پنج سال پس از آخرین مقاله‌ی چاپ شده در کمد و کامپیوتری قفل دار در دانشگاه مسئول، ارائه فرم مشخصات پروژه و مشخصات استاد ناظر به شرکت‌کنندگان جهت بررسی شکایات احتمالی، رعایت اصل رازداری و تغییر نام و مشخصات تمامی شرکت‌کنندگان به طوری که، به هیچ عنوان، قابل شناسایی نباشند، اتخاذ تدابیر لازم جهت پیشگیری از آسیب جسمی و روانی پژوهشگر و شرکت‌کنندگان در پژوهش، ارائه لیستی از مراکز خدماتی در دسترس در صورت بروز هر نوع استرس روانی پس از انجام مصاحبه و رعایت اصول اخلاقی متناسب با فرهنگ و مذهب شرکت‌کنندگان در پژوهش.

یافته‌ها

جدول 2، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه را نشان می‌دهد.

مقوله‌های اصلی و فرعی به دست آمده در تم سلامت روانشناختی در حیطه تاب‌آوری و معنویت‌گرایی در **جدول 3** نشان داده شده است.

در ادامه، یافته‌ها بر اساس سؤالات پژوهش با استفاده از نقل قول‌هایی از شرکت‌کنندگان مورد بررسی قرار می‌گیرد. جهت حفظ رازداری و اصول اخلاقی کلیه نام‌ها مستعار هستند.

جدول 3- طبقه‌های اصلی و فرعی تم سلامت عاطفی

طبقه اصلی	طبقه‌های فرعی	فراوانی
تجربه بحران پس از مهاجرت	مشکلات سال اول	20
تعامل تاب‌آوری با معنویت/مذهب‌گرایی	رشد پس از مهاجرت	17
	انطباق با واقعیت	16
	معنویت‌گرایی به عنوان سپر محافظ در مقابل مشکلات	16
راهبردهای معنوی/ مذهبی	امید	20
	خوشبینی	20
	اعتقادات مذهبی/ معنوی	17
	یافتن معنا	19
تجربه زنان مذهبی و غیر مذهبی	مراسم مذهبی و گسترش روابط اجتماعی	15
	معنویت‌گرایی گذرگاهی به سمت تاب‌آوری	18
تعامل معنویت‌گرایی - تاب‌آوری و سلامت روانی	حمایت ادراک شده از سوی نیروی ماورائی	19
	احساس آرامش	19

ب) نحوه‌ی پاسخ‌گویی به بحران‌ها

همه افراد، به بحران‌های ایجاد شده پس از مهاجرت به یک شیوه پاسخ ن داده بودند و اکثر شرکت کنندگان علی‌رغم مشکلات فراوان، تاب‌آوری سطح بالایی را از خود نشان داده بودند. آنها نه تنها قادر بودند که از بحران‌های ایجاد شده پس از مهاجرت به سلامت گذر کنند، بلکه احساس می‌کردند که از نظر شخصیتی رشد کرده‌اند. به عبارت دیگر تاب‌آوری برای آنها فرایندی بود که انطباق موفقیت‌آمیز با وقایع را در پی داشت. مثلاً، کیمیا معتقد بود که "مهاجرت منو محکم کرد. وقتی اینجا اومدم خیلی ناراحت بودم. خیلی سخت بود. اما بعد با خودم فکر کردم نمی‌تونم این‌طوری پیش برم و باید قوی باشم. کسانی که منو می‌شناسند به من می‌گن که خیلی عوض شدم." بسیاری از شرکت کنندگان (80%) معتقد بودند که رشدی که پس از مهاجرت داشتند و مقاومتی که از خود نشان داده بودند، آن‌ها را شگفت زده کرده بود. مهلامی - گفت: "باورم نمی‌شد که بتونم این روزهای سخت را بگذرونم. به قول معروف ما را به سخت جانی خود این گمان نبود!" بیتا در یک گفتگوی غیر رسمی گفت:

"سال اول مثل جهنم بود. هر روز فکر می‌کردم که دیونه می‌شم. اما حالا بعد از چند سال می‌بینم که چقدر نسبت به قبل پخته‌تر شدم. الان با مشکلات راحت‌تر کنار میام. فکر می‌کنم اگه اینجا نیومده بودم، شخصیتم تغییر خاصی نمی‌کرد ولی الان خوشحالم که آنقدر بهتر شدم."

ج) معنویت/مذهب‌گرایی

مطالعه راهبردهای مقابله‌ای زنان نشان داد که مذهب/معنویت‌گرایی نکته‌ای کلیدی در افزایش تاب‌آوری آنها بود. تارا بیان کرد که چگونه معنویت‌گرایی به او کمک کرده بود که با بیماری فرزندش کنار بیاید و با استرس کمتری توان خود را جهت درمان او بسیج کند. او توضیح داد که معنویت‌گرایی به عنوان سپر محافظ در مقابل مشکلات شده و به او کمک کرده بود که از مشکلات زندگی به سمت رشد جهش کند. تارا که از نظر خود زنی غیر مذهبی بود می‌گفت: "این حس که یک انرژی تو دنیا هست که مراقب منه به من نیروی دوباره داد." ملیکا معتقد بود که اعتقاد به خدا به او کمک کرده بود تا مشکلاتش را تحمل کند. وی گفت: "وقت‌هایی بود که فکر می‌کردم دیگه می‌میرم. اما اعتقاد به خدا منو نجات داد. وقتی به خدا فکر می‌کردم انگار نوری تو تاریکی به کمکم می‌اومد."

سؤال دوم پژوهش: زنان مهاجر ایرانی از چه راهبردهای

مقابله‌ای معنوی/ مذهبی استفاده می‌کنند؟

شرکت کنندگان در تحقیق از انواعی از شیوه‌های مقابله‌ای برای فائق آمدن بر بحران‌های زندگی پس از مهاجرت استفاده می‌کردند. امید و خوشبینی به آینده، اعتقادات معنوی و مذهبی و یافتن معنایی برای رنج‌ها از جمله راهبردهای مقابله‌ای استفاده شده توسط آن‌ها بود. آن‌ها معتقد بودند که اگرچه بحران‌های پس از مهاجرت در ابتدا آن‌ها را غمگین، ناراضی و پشیمان از تصمیم به مهاجرت ساخته بود، استفاده از

10 نفر) بیان می‌کردند که به تکالیف مذهبی مثل نماز، روزه، خمس، حجاب، عدم مصرف الکل پایبند بوده و عده‌ای از آنها به طور منظم در مراسم مذهبی ویژه‌ی ایرانیان شرکت می‌کردند. این مراسم علاوه بر جنبه‌ی مذهبی بودن آن، نقش بسیار مهمی در زندگی خانواده‌ها بازی می‌کرد. زیرا مکان امنی برای گرد هم جمع شدن، دید و بازدید و غلبه بر احساس تنهایی از طریق ارتباط با گروهی مشابه را فراهم می‌آورد. مریم که خود را زنی غیر مذهبی معرفی کرد گاهی در مراسم مذهبی شرکت می‌کرد. وی معتقد بود:

"من به چیزهایی که تو این مراسم می‌شنوم اعتقادی ندارم. سالهاست که نماز هم نمی‌خونم ولی به چند دلیل مراسم مذهبی رو دوست دارم. یکی اینکه می‌تونم دوستهامو ببینم و یکی اینکه بالاخره مذهب بخشی از فرهنگ ایرانیه و من دوست دارم بچه‌هام با مذهب هم آشنا بشند."

حضور تعداد بالایی از زنان و مردانی که مذهب جایگاه خاصی در زندگی روزمره‌ی آنها نداشت، در مراسم مذهبی به نوع خود جالب بود. در صحبت با این اشخاص، این نکته مشخص می‌شد که ارتباطات اجتماعی ایجاد شده در این مراکز منبع حمایتی قوی برای افراد در زمان‌های بحرانی است و حتی افراد غیر مذهبی نیز می‌توانستند از سرمایه اجتماعی ایجاد شده در این مراکز در جهت افزایش تاب‌آوری بهره ببرند.

برای برخی زنان معنویت‌گرایی به منزله‌ی گذرگاهی به سوی تاب‌آوری بود. نکته‌ی مهم بازگشت برخی از زنان به سوی معنویت‌گرایی، پس از گرفتار شدن در یک واقعه‌ی ناگوار بود. به عنوان نمونه، تارا به همراه همسرش بیش از ده‌ها سال پیش به قصد تحصیل به استرالیا مهاجرت کرده و در آنجا صاحب فرزندی شده بودند. تارا، به دلیل آسیب جسمی، از ادامه تحصیل باز می‌ماند. او که احساس می‌کرد تمام آرزوهای شغلی‌اش نابود شده و سال‌ها تلاشش به هدر رفته است، پس از به دنیا آمدن فرزندش دچار افسردگی پس از زایمان می‌شود. در همین حین ناگهان متوجه می‌شود که فرزندش دچار مشکل بینایی است. پزشکان قادر به تشخیص مشکل اصلی نبوده و پس از دو بار عمل جراحی، مشکل همچنان پابرجا بود. او در نهایت به اصرار خانواده‌اش برای پیگیری درمان فرزندش راهی یکی از کشورهای اروپایی می‌شود. او به دلیل افسردگی شدید، احساس تنهایی و احساس ناامیدی، افکار خودکشی و حتی کشتن خود و فرزندش را در سر می‌پروراند. اما تجربه‌ای منحصر به فرد، زندگی او را عوض می‌کند. وی بیان کرد:

این شیوه‌های مقابله‌ای به آنها کمک کرده بود که مشکلات موجود را به عنوان چالش یا امتحان پذیرفته و سعی کنند که آنها را حل کنند.

الف) امید و خوشبینی

مهلا و کیمیا می‌گفتند که نسبت به آینده خوشبین بوده و سعی می‌کردند برای هر مشکلی راه حل بیابند. این دیدگاه به همراه این اعتقاد می‌آمد که: «ناامیدی گناهه». ضحی که با همسر و دو فرزند خردسالش در ملبورن زندگی می‌کرد، از تنهایی و مشکلات نگهداری از دو کودک خردسالش بدون در دسترس داشتن کمک‌هایی که در ایران ممکن بود داشته باشد، شکایت داشت. وی می‌گفت:

"یک روز بعد از برگشتن از کتابخونه آنقدر احساس تنهایی کردم که همونجا رو پله‌ها نشستم به گریه کردن. هر کی رد می‌شد نگاه می‌کرد شاید فکر می‌کردند دیونه شدم! تنهایی خیلی سخته. اما خوب فکر می‌کنم نباید ناامید شد. خدا خودش گفته همه جا با ماست."

ب) اعتقادات معنوی/مذهبی

چیستا و سایر زنان مذهبی از قرآن خواندن و دعا برای رسیدن به احساس آرامش و یافتن معنایی برای رنج‌ها استفاده می‌کردند. چیستا گفت:

"یک روز هر چی فکر کردم چیکار کردم که انقدر بدبختی باید بکشم به نتیجه نرسیدم. رفتم قرآن را باز کردم... گفتم خدایا داری امتحانم می‌کنی یا تنبیه. اولین آیه‌ای که به چشمم خورد آیه‌ی «و الله مع الصابرين بود. نمیدونی چقدر خوشحال شدم. با خودم گفتم پس خدا داره امتحانم می‌کنه نه تنبیه."

دریا زنی غیر مذهبی ولی بزرگ شده در خانواده‌ای مسلمان بود. اما او نیز معتقد بود که،

"تو زندگی همه آدم‌ها یک سری تست هست. بعضی از اون‌ها رو رد می‌شیم بعضی‌ها شو قبول. قبلاً فکر می‌کردم اینا همش تصادفیه. اتفاقات همش بی‌معنیه. اما به مدته که حس می‌کنم هیچ اتفاقی تو زندگی بی دلیل نیست. حتماً دلیلی توش هست. این طوری راحت تر سختی‌ها رو قبول می‌کنم."

سؤال سوم پژوهش: زنان مذهبی و غیر مذهبی چه تجربیاتی از راهبردهای معنوی/مذهبی و تاب‌آوری داشتند؟

الف) معنویت‌گرایی و ارتباطات اجتماعی

یکی از یافته‌های مهم این مقاله تجربیات زنان مذهبی و غیر مذهبی از راهبردهای معنوی/مذهبی در مقابله با مشکلات و تاب‌آوری بود. مذهب‌گرایی برای زنانی که خود را مذهبی معرفی می‌کردند شامل درجات گوناگونی بود. برخی از زنان

"خیلی ناامید بودم. فکر می‌کردم آگه دخترم نابینا بشه هم خودمو می‌کشم هم اونو تا این طوری هر دومون از این رنج راحت بشیم. یک روز کنار پنجره وایساده بودم. یکدفعه چشمم افتاد به یک درخت. درختی که هیچ برگی نداشت ولی گل‌های درشت صورتی و سفید خیلی قشنگی داشت. از این درخت‌ها من اونجا {لندن} زیاد دیده بودم. ولی هیچ وقت بهشون توجه نکرده بودم. اون روز وقتی با ناامیدی داشتم بیرون رو نگاه می‌کردم یکدفعه احساس کردم که با یک انرژی رو به رو شدم. شاید به من بخندی ولی واقعا اون لحظه دیدن اون درخت خشک با اون گل‌های زیبا تو زمستون به تجربه‌ی جدید بود. شاید اسمشو تجربه‌ی معنوی یا انرژی‌بذاری. هرچی بود برای من یک نور بود. یک امید... بعد از اون کم کم چیزی تو وجودم زنده شد که منو از تاریکی و افسردگی کشید بیرون."

تجربه‌ی تارا و بازگشت او به سوی معنویت چهارچوب جدیدی برای درک تجارب زندگی در اختیار او گذاشته بود. پس از این تجربه، وی از دریچه‌ای جدید به دنیا و مشکلات نگاه می‌کرد:

"بعد از این اتفاق احساس کردم هیچی تو دنیا بی‌دلیل نیست. آگه اون درخت برای شکوفه دادن و داشتن گل‌های به اون قشنگی احتیاج به زمستون و خشک شدن برگ‌هایش داره، شاید اتفاقات زندگی منم همین‌طوره. شاید بعد از هر سختی قراره یک اتفاق خوبی برام بیفته."

چنین تجاربی از سوی سایر زنان نیز به صورت‌های گوناگون بیان شد. ساحل که خود را "نیمه مذهبی" می‌دانست، بیان کرد که در طی زمان نسبت به مشکلات زندگی پس از مهاجرت مقاوم شده و هر بار که با مشکل جدیدی رو به رو می‌شود با خود می‌گوید "تو این یکی هم یک حکمتی هست."

سؤال چهارم پژوهش: چه تعاملی بین معنویت/مذهب‌گرایی، تاب‌آوری و سلامت روانشناختی وجود دارد؟ از دیدگاه شرکت‌کنندگان یکی از عوامل حفاظت‌کننده از سلامت روانی آن‌ها، معنویت/مذهب‌گرایی بوده است. اگرچه اکثر آن‌ها گاه احساس تنهایی و انزوا می‌کردند، گاه به دلیل مشکلات منحصر به فرد مهاجرت مثل مشکلات زبان، تبعیض نژادی یا مذهبی، و تفاوت‌های فرهنگی احساس نارضایتی کرده و آرزوی بازگشت به ایران را داشتند، اما به طور کلی معتقد بودند که از زندگی خود رضایت دارند. ایمان به خدا یا منبعی ماورائی که مراقب آن‌ها است و آن‌ها را در مقابل مشکلات حفظ می‌کند، در احساس سلامتی و

تاب‌آوری آنها تأثیر فراوان داشت. اگرچه معنویت‌گرایی برای هر شخص تجربه‌ای منحصر به فرد بود و به اشکال متنوعی در زندگی افراد متجلی می‌شد، نقطه مشترک این تجربه، رسیدن به احساس سلامت روانشناختی از سوی شرکت‌کنندگان در پژوهش بود. بخشی از این احساس، مربوط به احساس آرامشی بود که زنان تجربه می‌کردند. آن‌ها بیان می‌کردند که احساس حمایت شدن از سوی نیرویی ماورائی، به آن‌ها کمک می‌کند که بر اضطراب‌های روزانه‌ی زندگی خود غلبه کرده و به امید روزی بهتر باشند. بیتا گفت:

"یک دوره‌ای تو زندگی آنقدر سختی کشیدم که با خدا دشمن شدم. همه‌اش به این فکر می‌کردم آگه واقعا خدایی وجود داره چرا به داد من نمیرسه. اما چند سالیه که دوباره باهاش آشتی کردم. فکر می‌کنم اون موقع‌ها صبور نبودم. می‌خواستم زود مشکلم حل بشه. اما از وقتی با خدا آشتی کردم خیلی حس بهتری دارم. کمتر از قبل غصه می‌خورم."

بحث

هدف از پژوهش حاضر مطالعه ارتباط بین معنویت‌گرایی و تاب‌آوری در میان زنان مهاجر ایرانی بود. این پژوهش به شیوه‌ی کیفی و به روش اتنوگرافی انجام شد و نتایج نشان داد که مذهب/معنویت‌گرایی چهارچوبی را برای مقابله با بحران‌های پس از مهاجرت در اختیار مهاجرین می‌گذارد و زمینه را برای رشد و تاب‌آوری آنها فراهم می‌سازد.

اگر چه اکثر مهاجرین با هدف ساختن فردایی بهتر برای خود و خانواده‌شان اقدام به مهاجرت می‌کنند، اما واقعیت این است که مهاجرت چالش‌ها و بحران‌های فراوانی برای آن‌ها به همراه دارد. مشکلات مربوط به تربیت فرزندان، فشار برای هماهنگ شدن با فرهنگ و زبان جامعه‌ی اصلی، از دست دادن شبکه و روابط اجتماعی و مشکلات در زمینه ایجاد یک شبکه اجتماعی جدید، تنهایی و ایزوله شدن، احساس غمگینی و فدا شدن به خاطر فرزندان، احساس تحقیر و مورد تبعیض واقع شدن و فشارهای اقتصادی تنها گوشه‌ای از مشکلاتی بود که شرکت‌کنندگان بیان کردند. پژوهشگران بسیار زیادی به نتیجه مشابه دست یافته و دریافته‌اند که مهاجرت واقعه‌ای بحران‌ساز برای اکثر مهاجرین است (52-47). مطالعات در زمینه سلامت روانشناختی و عاطفی ایرانیان مهاجر انگشت شمار بوده و اکثراً مربوط به مهاجرین ایرانی ساکن آمریکا، کانادا و اروپا است. این مطالعات نیز نشان داده‌اند که ایرانیان مهاجر شبیه به سایر مهاجرین دچار بحران‌های پس از مهاجرت شده و از نظر سلامت روانی دچار مشکلاتی

داده‌اند که راهبردهای مقابله معنوی مثبت با سازگاری روانشناختی و احساس پذیرش، بهزیستی هیجانی، امید، شادی، عزت نفس و کیفیت زندگی ارتباط قوی دارند و راهبردهای مقابله‌ی مذهبی منفی با اضطراب، علایم استرس پس از سانحه، خشم و رفتارهای خودکشی مرتبطند. ورثینگتون⁴ و همکاران (72) مشاهده کرده‌اند که معنویت‌گرایی با سلامت روانشناختی و بهزیستی انسان‌ها ارتباط قوی دارد. مطالعه مروری (72) آن‌ها در مورد بخشش که یکی از ابعاد معنویت‌گرایی است، نشان داد که معنویت‌گرایی با سلامت جسمی نیز مرتبط است و افرادی که توانایی بخشش بالاتری دارند درد مزمن، مشکلات قلبی، سوء مصرف مواد و سرطان کمتری را تجربه می‌کنند. فوی، درشر⁵ و واتسون⁶ (9) دریافتند که از دست دادن ایمان، داشتن احساس گناه، و فقدان بخشش از جمله موانع بسیار مهم در راه بهبودی از یک حادثه یا واقعه‌ی بحرانی است. کالامپالی⁷ و همکاران (73) از مطالعه‌ی مهاجرین آسیایی در آمریکا متوجه شدند که معنویت‌گرایی، تاب‌آوری و فرهنگ‌پذیری همگی در رضایت زناشویی پس از مهاجرت اثر گذار بوده و در این بین معنویت‌گرایی اثری منحصر به فرد بر میزان رضایت افراد داشته است. اعتقادات مذهبی و حمایت‌های اجتماعی از جمله راهبردهای مقابله پناهندگان سودانی بوده است که قبل از مهاجرت، با حوادث بسیار ناگوار و تروماهای شدید روبه‌رو شده بودند (74).

اگر چه پژوهشی در زمینه معنویت‌گرایی در جامعه ایرانیان خارج از کشور در دست نیست، اما پژوهش‌های داخل ایران (75،76) نیز نشان می‌دهند که اعتقادات مذهبی و معنوی می‌تواند در شیوه زندگی و رویارویی افراد با بحران‌ها اثر گذار باشد. به عنوان مثال، در پژوهش انجام شده توسط ایمانزاده و همکاران (75)، افرادی که از نظر مذهبی بالاتر بودند کمتر از سایرین از مکانیسم‌های دفاعی که منجر به اضطراب و افسردگی می‌شد، استفاده می‌کردند.

معنویت از سوی بسیاری از زنان شرکت‌کننده به عنوان چارچوبی بیان شد که از طریق آن فرد قادر به تغییر و رشد به سمت تاب‌آوری بود. راهبردهای مورد استفاده زنان از جمله خوشبینی و امید به آینده، اعتقادات مذهبی/معنوی و یافتن معنایی معنوی برای رنج‌ها، از جمله راهکارهایی بود که افراد

می‌شوند (57-53). یکی از پژوهش‌های قدیمی انجام شده توسط خاور پور و ریسل (58) بر روی ایرانیان ساکن استرالیا، که در بسیاری از مقالات استرالیایی، جهت اشاره به وضعیت نابسامان سلامت روان مهاجرین به آن استناد شده است، نشان داد که 36 درصد از ایرانیان ساکن استرالیا دچار مشکلات مربوط به سلامت روان بوده‌اند. این میزان دو برابر بیشتر از میزان مشکلات روانی در کل جامعه استرالیا بوده است.

مطالعه بسیار مهم جمارانی (59) بر روی زنان ایرانی ساکن استرالیا نیز بیشتر متمرکز بر هویت و زبان بوده است تا سلامت روان و یا راهبردهای مقابله. به نظر می‌رسد پژوهش ضیاییان (60) تنها پژوهش در زمینه سلامت روانشناختی زنان ایرانی ساکن استرالیا باشد. وی معتقد است که مسائل پس از مهاجرت شامل جدایی از خانواده و دوستان، مشکلات زبان و پرورش کودکان بر سلامت روانی زنان تأثیر منفی می‌گذارد.

شرکت‌کنندگان پژوهش فعلی معتقد بودند که معنویت/مذهب‌گرایی ابزاری ضروری جهت پذیرش چالش‌های زندگی بوده و به آنها کمک کرده است که دیدگاهی خوشبینانه نسبت به وقایع داشته باشند. معنویت‌گرایی برای آنها گذرگاهی به سمت تاب‌آوری بود. این گذرگاه شامل فرایند بروز بحران، رویارویی با بحران، بهبودی و رشد، آنگونه که Masten¹ (61) به آن معتقد است، بود. برای اکثر شرکت‌کنندگان در این پژوهش، معنویت/مذهب‌گرایی راهی برای غلبه بر مشکلات زندگی و رشد پس از بحران بود. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های قبلی مبنی بر اینکه معنویت‌گرایی راهبردی جهت مقابله با بحرانهاست همسو است (62،63). معنویت‌گرایی عاملی محافظت‌کننده برای سلامت روانی در بین مهاجرین ساکن استرالیا (64)، کانادا (65) و هلند (66) گزارش شده است. پارگامنت (22) معتقد است افراد در مواجهه با مشکلات دو شیوه مقابله‌ی معنوی را استفاده می‌کنند: مقابله معنوی مثبت شامل بخشش، جستجوی مسیر معنوی، یافتن اتصال معنوی، امید به خدا و یا مقابله معنوی مذهبی منفی شامل نارضایتی معنوی، نارضایتی مذهبی و تعارض مذهبی با افراد دیگر، به تعویق اندازی منفعلانه‌ی حل مساله به امید اینکه خدا آن را حل کند و ارزیابی مجدد از قدرت خدا. تحقیقات نشان داده‌اند که مقابله‌ی معنوی مثبت با سازگاری و سلامت روانشناختی و انطباق با بحران‌ها ارتباط دارد (62،67،68،69،70). آنو² و وسکانسل³ (71) نشان

⁴ Worthington

⁵ Drescher

⁶ Watson

⁷ Kallampally

¹ Masten

² Ano

³ Vasconcelles

را قادر می‌ساخت با بحران‌های زندگی سازگار شده و احساس مثبتی داشته باشند. مطالعه‌ی کاویانی و همکاران (76) در زمینه تأثیر درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر تاب‌آوری زوجین ایرانی نیز نشان داد که چنین درمانی قادر بوده است میزان تاب‌آوری افراد را افزایش دهد. این پژوهشگران توضیح می‌دهند که احتمالاً مذهب‌گرایی در زندگی افراد، همانند یک متغیر میانجی عمل کرده و با کاهش اثرات منفی متغیرهای تنش‌زا، منجر به افزایش تاب‌آوری می‌شود.

مطالعه پانا¹ و همکاران (77) بر روی گروه بزرگی از دانشجویان چینی ساکن استرالیا نیز نشان داد که داشتن معنایی برای زندگی از جمله عوامل بسیار مهم در ایجاد عواطف مثبت و رویارویی با استرس‌های پس از مهاجرت است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو گروه زنانی که خود را مذهبی یا غیرمذهبی معرفی کرده بودند، معتقد بودند که گرایش‌های معنوی در افزایش توانایی تحمل سختی‌ها و به عبارتی تاب‌آوری آنها تأثیر دارد. اعتقاد به این که در هر سختی حکمتی نهفته است و اتفاقات موجود در دنیا به دلیلی رخ می‌دهد از جمله ابعاد معنویت‌گرایانه بود که هر دو گروه به آن اشاره کردند. داشتن چنین فلسفه‌ای در زندگی بیانگر تاب‌آوری به عنوان فرایندی همراه با رشد در طی زندگی است. بسیاری از زنان شرکت‌کننده بیان کردند که چگونه مهاجرت از آنها فرد دیگری ساخته و سختی‌های زندگی به همراه تجارب معنوی، این احساس را در آنها ایجاد کرده است که نه تنها می‌توانند با یاری نیرویی برتر بر مشکلات غلبه کنند، بلکه قادرند رشد یافته و مقاوم‌تر از قبل شوند. همان‌گونه که در تعاریف افتراقی مذهب و معنویت‌گرایی مشاهده می‌شود زنان مذهبی و غیر مذهبی در این پژوهش نیز در استفاده از برخی راهبردهای مقابله مذهبی تفاوت داشتند. به عنوان مثال اگرچه زنان مذهبی از مذهب و فعالیت‌های مذهبی چون دعا و نماز برای رسیدن به آرامش استفاده می‌کردند، زنان غیر مذهبی دستورالعمل خاصی را برای دنبال کردن در دست نداشتند. اما نکته قابل توجه این بود که گروه زنان غیر مذهبی نیز احساس می‌کردند که بدون اعتقاد به نیرویی ماورائی، بی‌پناه بوده و قادر به ایستادگی در مقابل مشکلات خود نبودند. برخی از زنان غیر مذهبی از اماکن و مراسم مذهبی برای تقویت تاب‌آوری خود استفاده می‌نمودند. همان‌گونه که پیکارد² و کینگ³ (78) معتقدند، مذهب

مذهب مجموعه‌ای از عقاید، باورها، دانش، آداب و رسوم، قوانین، رفتارهای فردی و جمعی و سازمان اجتماعی است. مذهب می‌تواند بسیار شخصی و یا عمومی باشد در حالی که معنویت‌گرایی اغلب تجربه‌ای شخصی است. افراد مذهبی از طریق دسترسی به منابع اجتماعی ایجاد شده بر اساس مذهب، به منابع حمایتی بیشتری دسترسی دارند. چارواسترا⁴ و کلویتری⁵ (79) توضیح می‌دهند که ارتباطات مراقبتی و دلسوزانه‌ای که بین افراد متعلق به یک گروه مذهبی دیده می‌شود، از جمله منابع مهم حمایتی شناخته شده‌اند که فرد را برای برنامه‌ریزی آماده می‌سازد و امکانات لازم را برای گذر او از بحران‌های زندگی فراهم می‌سازد. به اعتقاد پیکارد و کینگ (78) کلیسا برای بسیاری از آفریقایی‌های ساکن آمریکا مکانی ویژه است که راهنمایی‌های معنوی، روابط دوستانه، احساس داشتن هدفی مشترک و منبع حمایت را فراهم می‌سازد. در واقع اماکن مذهبی مکانی است که به مهاجرین احساس حضور در دنیایی ثابت در میان دنیایی ناپایدار و سرشار از تلاطم را می‌دهد. اماکن مذهبی با ایجاد احساس تعلق به هویت جمعی و منابع حمایت اجتماعی به تقویت احساس تاب‌آوری افراد کمک می‌کنند.

تعامل معنویت/مذهب‌گرایی و تاب‌آوری منجر به ادراک سلامت روانی از سوی زنان شده بود. این نکته قابل ذکر است که معنویت/مذهب‌گرایی، از سوی تمامی شرکت‌کنندگان این پژوهش به عنوان راهبردی مقابله‌ای مطرح نشد. اما زنانی که احساس معنویت‌گرایی را بیان کردند، با وجود تمام بحران‌های پس از مهاجرت، احساس رضایت از زندگی داشته و معتقد بودند که زندگی آنها دارای معنا و مفهوم است و به طور کلی احساس سلامت بیشتری داشتند. آنها قادر بودند که با دیدی معنادار و مثبت به وقایع منفی و استرس‌زای زندگی نگاه کنند. ارتباط معنویت‌گرایی و سلامت در پژوهش‌های بسیار زیادی دیده شده است. برایانت-دیویس⁶ و همکاران (80) معتقدند که تاب‌آوری و معنویت دو گذرگاه اصلی و مهم به سوی سلامت و بهزیستی زنان در فرهنگ‌های مختلف هستند. آنها بیان می‌کنند که مذهب نه تنها چهارچوبی برای مفهوم بخشی به تجارب زندگی است، بلکه روشنگر مسیر تصمیم‌گیری افراد برای انواعی از رفتارها، از رفتارهای خود-مراقبتی گرفته تا

³ King⁴ Charuvastra⁵ Cloitre⁶ Bryant-Davis¹ Pana² Pikard

تاب‌آوری و سلامت روانی افرادی که به دلیل جنگ از کشورشان رانده شده بودند، دریافتند که در اکثر مطالعات، افراد تاب‌آور به طور کلی از سلامت روانی بالاتری برخوردار بودند. آن‌ها نتیجه گرفتند که مطالعات مبتنی بر شواهد در مورد این‌که چگونه تاب‌آوری بر سلامت روانشناختی اثر می‌گذارد، محدود است. در این مطالعات، مذهب در کنار ارتباطات اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی، از جمله عوامل اثرگذار بر تاب‌آوری و سلامت روانی است. به عبارتی، همان‌گونه که رنسیک⁵ و همکارانش همکارانش (88) معتقدند، تاب‌آوری در زنان از طریق معنویت/مذهب گرایبی ساخته می‌شود و در سلامت ادراک شده‌ی آنها تأثیر مثبت دارد.

جورج⁶ و همکاران (89) معتقدند که به دلیل اهمیت شناخته شده معنویت‌گرایی و تاب‌آوری و همچنین تأثیر این دو بر سلامت روان جمعیت‌های در خطر از جمله مهاجرین، لازم است ارائه‌دهندگان خدمات اثربخشی این مهارت‌ها را در کار خود با مراجعین در نظر گیرند. به این منظور لازم است که آن‌ها در ابتدا خود را از نظر معنویت‌گرایی بررسی کرده و سپس آموزش ببینند که چگونه با مراجعینی که از نظر گرایش‌های مذهبی/معنوی بسیار متفاوت هستند به طور غیرقضاوت‌گرانه رو به رو شوند. پژوهش لاکیکا و همکاران در سال 2015 در زمینه مشاوره با افراد آسیب دیده از تروماهای شدید مثل پناهندگان و مهاجرین رها شده از جنگ در آفریقای جنوبی نشان داده است که مشاورینی که تجارب و تمایلات مذهب/معنویت‌گرایی‌های مراجعینشان را ارج نهاده و از این تمایلات برای کمک به افراد جهت رسیدن به راهی برای خروج از بحران‌های روحی استفاده می‌کنند در کمک‌رسانی به مراجعین خود موفق‌ترند (90). به اعتقاد برایت-دیویس و الجاندر⁷ (91) بر خلاف اثربخشی بسیار قوی اعتقادات مذهبی/معنوی در درمان مراجعین مواجهه با تروما و کمک به مهاجرین، درمانگران اغلب تمایل به نادیده گرفتن و یا کوچک شمردن نقش این اعتقادات در درمان دارند. چنین دیدگاهی منجر به قطع رابطه‌ی حرفه‌ای و مبتنی بر اعتماد بین درمانگر و مراجع می‌شود. آنها توصیه می‌کنند که درمانگران لازم است اجازه دهند مراجعانشان با تمام جنبه‌های وجودی خود وارد محیط درمان شوند.

رفتارهای خود-آسیب‌زن است. دست‌یابی به تجربه شخصی و تمایلات معنوی/مذهبی زنان می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در زمینه تصمیمات مهم زندگی آن‌ها، هنگام رویارویی با بحران‌های زندگی، در اختیار درمانگران قرار دهد. پژوهش مؤمنی و شهبازی‌راد (81) در زمینه ارتباط معنویت، تاب‌آوری و کیفیت زندگی حاکی از آن بود که معنویت‌گرایی ارتباط مثبتی با کیفیت زندگی و تاب‌آوری دارد. در واقع معنویت همراه با مؤلفه‌هایی چون کمک به دیگران، دوست داشتن، رضایت از زندگی و معنابخشی به جهان، نگرش مثبتی را ایجاد می‌کند، که منجر به افزایش تاب‌آوری در برابر مشکلات شده و کیفیت زندگی فرد را افزایش می‌دهد. پژوهش حسینی و همکاران (82) در زمینه اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سطح کیفیت زندگی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان، بیانگر این نکته بود که افراد تاب‌آور احتمالاً بیش از سایرین در هنگام مواجهه با بحران‌ها به دنبال یافتن معنا هستند. اشخاصی که ارتباطات فرادنیوی دارند، حمایت بیشتری را احساس می‌کنند و اعتقادات مذهبی و معنوی برای آنها تکیه‌گاهی جهت مقابله موثر با شرایط استرس‌زا فراهم می‌سازد. این تعامل به طور مستقیم منجر به بهبود سطح سلامت روان می‌شود. پژوهش بویسور¹ و هارل² (83) بر روی زنان مهاجر ساکن کانادا نشان داده است که آن دسته از زنانی که اعتقادات معنوی/مذهبی را وارد زندگی خود می‌کنند، کمتر از سایرین به اختلالات خوردن مبتلا می‌شوند (83). زنان آفریقایی ساکن آمریکا که با انواعی از تروماها مواجه شده بودند، در صورت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مذهبی/معنوی، کمتر از سایرین درگیر سوء مصرف مواد می‌شدند (84). زنان مسلمان مالزیایی مبتلا به سرطان ساکن آمریکا، از مذهب به عنوان راهبرد مقابله با بیماری خود استفاده کرده و معتقد بودند که بیماری آنها جهت بیدار سازی آنها از خواب غفلت است و منجر به بازسازی رابطه‌ی آنها با خدا می‌گردد (85). کراوس³ (86) مشاهده کرد که سالمندان آفریقایی ساکن آمریکا که در کارهای داوطلبانه‌ی وابسته به کلیسا فعالیت داشتند، نسبت به سایرین سالم‌تر بودند. ارتباط بین مذهب‌گرایی و سلامتی، زمانی که فرد به طور عمیق درگیر و معتقد به مذهب خود است، قوی‌تر می‌گردد. سیریوارهانا⁴ و همکاران (87) از مطالعه سیستماتیک پژوهش‌های مرتبط با

⁵ Rensik

⁶ George

⁷ Alejandre

¹ Boisver

² Harrell

³ Krause

⁴ Siriwardhana

8. Oxman T.E, Freeman DH, Manheimer ED. Lack of social participation on religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosom Med.* 1995; 57(1): 5-15.
9. Foy DW, Drescher KD, Watson P. Religious and spiritual factors in resilience. In Southwick ST, Charney D, Friedman M editors. *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2011.
10. Abebe D, Lien L, Hjeld K. What we know and what we don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *J Immigr Minor Health.* 2014; 16(1): 60-67.
11. Hilario C, Vo DX, Hohnson J, Saewyc E. Acculturation, gender, and mental health of southeast Asian immigrant youth in Canada. *J Immigr Minor Health.* 2014; 16(6):1121-9.
12. Baird M, Boyle J. Well-being of Dinka refugee women of Southern Sudan. *J Transcult Nurs.* 2012; 23(1): 14-21.
13. O'Rourke N, Moztarzadeha A. Psychological and sociocultural adaptation: Acculturation, depressive symptoms, and life satisfaction among older Iranian immigrants in Canada. *Clin Gerontol.* 2015; 38(2): 114-130.
14. Kohen S, Jarvis D, Sandhra S, Bais S, Addison M. Promoting mental health of immigrant seniors in community. *IJHRH.* 2014; 7(3): 146-156.
15. Edge S, Newbood B. Discrimination and health of immigrants and refugees: Exploring Canada's evidence base and directions for future research in newcomer receiving countries. *J Immigr Minor Health.* 2013; 15(1): 141-148.
16. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: Refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry.* 2012; 200(3): 216-223.
17. Sin MK. A qualitative analysis of stress and coping in Korean immigrant women in Middle aged and older adulthood. *Issues Ment Health Nurs.* 2014; 36(1): 52-59.
18. Islam F, Oremus M. Mixed methods immigrant mental health research in Canada: A systematic review. *J Immigr Minor Health.* 2014; 16(6): 1248-1289.

پیش‌داوری‌های منفی راه را بر دیدن منافع استفاده از اعتقادات فرد جهت افزایش تاب‌آوری آنها می‌بندد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر با حمایت‌های مالی وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری ایران در دانشگاه موناخ استرالیا انجام گرفته است. بدین وسیله از کلیه کسانی که بدون چشمداشت وقت و تجربیات خود را در اختیار پژوهشگر گذاشتند و همچنین از پرفسور لنور مندرسون و دکتر کیتی ویسی به خاطر راهنمایی‌های گرانبخشان، تشکر و قدردانی می‌گردد. [این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای نویسنده است]. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Aten J D, O'Grady KA, Milstein G, Boan D, Smigelsky M, Schrub A, Weaver I, Walker D. (Ed) *Spiritually oriented psychotherapy for trauma.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2015.
2. Bryant-Davis T, Ullman S, Tsong Y, Anderson G, Counts P, Tillman S, Bhang C, Gray A. Healing pathways: longitudinal effects of religious coping and social support on PTSD symptoms in African American sexual assault survivors. *J Trau Diss.* 2015; 16(1): 114-128.
3. Nooney J, Woodrum E. Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes. Testing a conceptual model. *J Sci Stu Relig.* 2002; 41(2): 359-368.
4. Naghi J, Philip K, Phan A, Cleenewerck L, Schwarz E. The effects of spirituality and religion on outcomes in patients with chronic heart failure. *J Relig Health.* 2012; 51(4):1124-1136.
5. Powell LH, Shajhabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality: Linkages to physical health. *Am. Psychol.* 2003; 58(1): 36-52.
6. Toussaint L, Owen AD, Cheadle A. Forgive to live: Forgiveness, health, and longevity. *J Behav Med.* 2012; 35(4): 375-386.
7. Park CL. Estimated longevity and changes in spirituality in the context of advanced congestive heart failure. *Palliat Support Care.* 2008; 6 (1):3-11.

19. Bernstein K, Park S, Shin J, Park Y, Park Y. Acculturation, discrimination and depressive symptoms among Korean immigrants in New York City. *Community Ment Health J.* 2011; 47(1): 24-34.
20. Bhugra D, Gupta S, Bhui K, et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiat.* 2011; 10 (2): 10-20.
21. Gozdzia E, Long KC. Suffering and resiliency of refugee women: An annotated bibliography 1980-2005. Washington, DC: Georgetown University; 2005.
22. Pargament KI. The psychology of religion and coping. Theory, research, practice. New York: Guilford Press; 1997.
23. Drescher KD, Ramirez G, Leoni JJ, RomesserJM, Sornborger J, DW Foy. Spirituality and trauma: Development of a group therapy module. *J. Group.* 2004; 28: 71-78.
24. Larson DB, Swyer JP, McCullough ME. Scientific research on spirituality and health: A consensus report. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research; 1997.
25. Moberg D. Research in spirituality, religion and aging. *J Gerontol Soc Work.* 2005; 45(1/2): 11-40.
26. Ardel M, Ai A, Eichenberger SE. In search for meaning: The differential role of religion for the middle-aged and older persons diagnosed with a life threatening illness. *J Relig Spiritual Aging.* 2008; 20(4): 288-312.
27. Erikson CB. Religion as a risk and resilience factor, In Proceedings of the Annual Conference of the International Society for Traumatic Stress. Chicago, November; 2008.
28. Manning L. Navigating hardships in old age: Exploring the relationship between spirituality and resilience in later life. *Qual Health Res.* 2013; 23(4): 568-575.
29. Pargament KT, Cummings J. Anchored by faith: Religion as a resilience factor. In Reich JW, Zautra AJ, Hall S. eds. *Handbook of adult resilience.* New York: Guilford Press; 2010.
30. Reich JW, Zautra AJ, Hall S. eds. *Handbook of adult resilience.* New York: Guilford Press.
31. Baumeister R, Exline JJ. Self control morality and human strength. *J Soc Clin Psychol.* 2000; 19(1): 29-42.
32. McCullough ME. Forgiveness as a human strength: theory, measurement, and links to well-being. *J Soc Clin Psychol.* 2000; 19: 43-55.
33. Snyder CR. The past and possible futures of hope. *J Soc Clin Psychol.* 2000; 19(1): 11-28.
34. Gobo G. Ethnography. In D Silverman. *Qualitative research: Issues of theory, method and practice.* (3rd ed). Los Angeles, CA: Sage; 2011.
35. Scott-Jones J. Origins and ancestors. In Scott-Jones J, Watt S editors. *Ethnography in Social Science Practice.* Hoboken, NJ: Taylor & Francis; 2010.
36. Australian Bureau of Statistics (ABS). 2011 Quickstats country of birth. People in Australia who were born in Iran. 2013; Retrieved from: http://www.censusdata.abs.gov.au/census_services/getproduct/census/2011/quickstat/4203_0
37. Goodman LA. Comment: On respondent-driven sampling and snowball sampling in hard-to- reach populations and snowball sampling not in hard-to-reach populations. *Sociol Methodol.* 2011; 41(1): 347-353.
38. Shaghghi A, Bhopal RS, Sheikh A. Approaches to recruiting 'hard-to-reach' populations into research: A review of the literature. *Healt Promo.* 2011; 1(2): 1-9.
39. Heckathorn DD. Comment: Snowball versus respondent-driven sampling. *Sociol Methodol.* 2011; 41(1): 355-366.
40. Hennink M, Hutter I, Bailey A. *Qualitative research methods.* Los Angeles, CA: Sage Publications; 2011.
41. Hesse-Biber S, Leavy P. *The practice of qualitative research.* Los Angeles, CA: Sage publication; 2011.
42. Gold R. Roles in sociological field observations. *Social forces.* 1958; 36 (3): 217-223.
43. Bourgeault I, Dingwall R, De Vries R. *The sage handbook qualitative methods health research.* London: Sage publications; 2010.
44. Flick U. *The sage handbook of qualitative data analysis.* London: Sage publications; 2014.
45. Kuckartz U. *Qualitative text analysis: A guide to methods, practice and using software.* London: Sage publications; 2014.
46. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006; 3(2): 77-101.
47. Sandvik, H., Hunskaar, S., & Diaz, E.. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: A registry-based observational study. *BMC Health Services Research.* 2012; 12(1): 308-331.

48. Vasey, K., & Manderson, L. Regionalizing immigration, health and inequality: Iraqi Refugees in Australia. *Adm. Sci.* 2012; 2(1): 47-62.
49. Read, J. n. G., & Reynolds, M. M. Gender differences in immigrant health the case of Mexican and Middle Eastern immigrants. *J Health Soc Behav.* 2012; 53(1): 99-123.
50. Delavari, M., Farrelly, A., Renzaho, A., Mellor, D., & Swinburn, B. Experiences of migration and the determinants of obesity among recent Iranian immigrants in Victoria, Australia. *Ethn Health.* 2012; 18(1): 66-82.
51. Boulogne, R., Jouglu, E., Breem, Y., Kunst, A. E., & Rey, G. Mortality differences between the foreign-born and locally-born population in France (2004-2007). *Soc Sci Med.* 2012; 74(8): 1213-1223.
52. Holmes, S. M. The clinical gaze in the practice of migrant health: Mexican migrants in the United States. *Soc Sci Med.* 2011; 74(6): 873-881.
53. Ketabi, M., Ghasemi, V., & Mahdavi, M. Manifestation of social trust among migrants: The case of Iranian residents in Toronto, Canada. *Int. J. Criminol. Sociol.* 2012; 5(1): 783-795.
54. Martin, S. S. Healthcare-seeking behaviors of older Iranian immigrants: Health perceptions and definitions. *Journal of Evidence-Based Social Work.* 2009; 6(1): 58-78.
55. Martin, S. S. Illness of the mind or illness of the spirit? Mental health-related conceptualization and practices of older Iranian immigrants. *Health Soc Work.* 2009; 34(2): 117-126.
56. Mahdi, A. A. Perceptions of gender roles among female Iranian immigrants in the United States. In S. Ansari & V. Martin (Eds.), *Women, Religion and Culture in Iran.* (p189-215). Richmond, UK: Curzon Press; 2002.
57. Lewin, F. A. Identity crisis and integration: The divergent attitudes of Iranian immigrant men and women towards integration into Swedish society. *Int Migr.* 2001; 39(3): 121-135.
58. Khavarpour, F., & Rissel, C. Mental health status of Iranian migrants in Sydney. *Aust NZ J Psychiat.* 1997; 31(6): 828-834.
59. Jamarani, M. Encountering differences: Iranian immigrant women in Australia. In G. T. Bonifacio (Ed.), *Feminism and Migration: Cross-Cultural Engagements* (pp. 149-164). New York: Springer Science & Business Media; 2012.
60. Ziaian, T. Persian women in Australia: Psychological challenges and coping strategies. In D. Barnes (Ed.), *Asylum Seekers and Refugees: Issues of Mental Health and Wellbeing.* Sydney, NSW: Transcultural mental health centre; 2003.
61. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *Am Psychol.* 2001; 56(3): 227-238.
62. Faigin C, Pargament K. Strengthened by spirit: Religion, spirituality and resilience through adulthood and aging. In Rensik B, Gwythwr L, Roberto K. editors. *Resilience in aging: concepts, research.* New York: Springer; 2010.
63. Pargament KI. Is religion nothing but...? Explaining religion versus explaining religion away. *Psychol Inq.* 2002; 13(3): 239-244.
64. Kanitsaki, O. Mental Health, Culture and Spirituality: Implications for the Effective Psychotherapeutic Care of Australia's Ageing Migrant Populations. *J Relig Gerontol.* 2003; 13(3-4):17-37.
65. Meadows, L.M., Thurston, W., & Melton, C. Immigrant women's health. *Soc Sci Med.* 2001; 52(9): 1451-1458.
66. Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. Help-seeking behavior of West African migrants. *J Community Psychol.* 2008; 36(7): 915-928.
67. Atchley RC. *Spirituality and aging.* John Hopkins University Press; Baltimore; 2009.
68. Schwarz L, Cottrell R. The value of spirituality as perceived by elders in long-term care. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2007; 26(1): 43-62.
69. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychol Inq.* 2002; 30(2): 190-202.
70. Koeing HG. An 83 year old woman with chronic illnesses and strong religion beliefs. *JAMA.* 2002; 288(4): 487-493.
71. Ano G, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment distress: a meta-analysis. *J Clin Psychol.* 2005; 61(4):461-480.
72. Worthington EL, Van Oyen W, Pietrini P, Miller A. Forgiveness, health, and well-being: A review of evidence for emotional versus decisional forgiveness, dispositional forgiveness, and reduced unforgiveness. *J Behav Med.* 2007; 30(4): 291-302.

73. Kallampally G, Oakes KE, Lyons H, Greer JM, Gillespie CK. Gender, Psychological Resilience, Acculturation and Spirituality as Predictors of Asian Indian American Marital Satisfaction. *J Relig Health*. 2008; 10(1): 35-52.
74. Schweitzer R, Greenslade J, Kagee A. Coping and Resilience in Refugees from the Sudan: A Narrative Account. *Aust NZ J Psychiatry*. 2007; 41(3): 282-288.
75. Imanzad M, Atabeigi Momtaz G, Mousavimoghadam S R, Najafi N, Khodadai Z. The effect of religious attitude and spirituality orientation on defense mechanisms. *Med. Sci J*. 2013; 23 (1-4): 54-58. [Persian]
76. Kaviany Z, Hamid N, Enayati M, The effect of religious-based cognitive behavioural therapy on resiliency in couples. *Know Appl Psychol*. 2014; 15 (3): 25-34. [Persian]
77. Pana JY, Fu Keung Wongb D, Lai Wan Chanc C, Joubertb L. Meaning of life as a protective factor of positive affect in acculturation: A resilience framework and a cross-cultural comparison. *Int J Intercult Rel*. 2008; 32(6): 505-514.
78. Pickard J, King D. African American caregivers finding resilience through faith. In Rensik B, Gwythwr L, Roberto K. editors. *Resilience in aging: concepts, research*. New York: Springer; 2010.
79. Charuvastra A, Cloitre M. Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol*. 2008; 59(1): 301-328.
80. Bryant-Davis T, Gray A, Cecile B. Religion and spirituality: Foundations of resilience in diverse women's lives. In Bryant-Davis T, Miteria-Austria A, Kawahara D, Willis D. *Religion and Spirituality for Diverse Women: Foundations of Strength and Resilience*. California: ABC-CLIO, LLC; 2014.
81. Momeni K, Shahbazirad A. Relationship of spirituality, resiliency, and coping strategies with quality of life with university students. *JBS*. 2012; 6 (2): 97-103. [Persian]
82. Hosseyni Qomi T, Ebrahimi Gavam S, Alavi Z. Effectiveness of resilience training on level of quality of life of mothers whose children suffer from cancer. *J Res Clin Psychol*. 2011; 1 (1): 1-24. [Persian]
83. Boisver JA, Harrell W. The impact of spirituality on eating disorder symptomatology in ethnically diverse Canadian women. *Int J Soc Psychiatr*. 2013; 59(8): 729-738.
84. Staton-Tindall M, Duvall J, Stevens-Watkins D, Oser C. The roles of spirituality in the relationship between traumatic life events, mental health, and drug use among African American women from one Southern state. *Subst Use Misuse*. 2013; 48(12): 1246-1257.
85. Ahmad F, Binti Muhammad M, Abdullah A. Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer. Perspectives from Malaysian Muslim Women. *J Relig Health*. 2011; 50(1): 36-45.
86. Krause N. Church-based volunteering, providing informal support at church, and self-rated health in late life. *JAH*. 2009; 21(1): 63-84.
87. Siriwardhana C, Sheik Ali SH, Roberts B, Stewart R. A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Health outcomes of conflict-driven adult forced migrants*. *Confl Health*. 2014; 8(13): 1-14.
88. Rensik B, Gwythwr L, Roberto K. editors. *Resilience in aging: concepts, research*. New York: Springer; 2010.
89. George G, Ellison V. Incorporating Spirituality into Social Work Practice with Migrants. *Br. J. Sociol*. 2014; 45(6): 1717-1733.
90. Lakika D, Kankonde P, Richters A. Violence, Suffering and Support: Congolese Forced Migrants' Experiences of Psychosocial Services in Johannesburg. In Palmay I, Hamber B, Nunez L. *Healing and Change in the City of Gold*. New York: Springer; 2015.
91. Bryant-Davis T, Alejandre A. The path forward: The future study of spirituality, religion, and resilience among ethnically diverse women. In Bryant-Davis T, Miteria-Austria A, Kawahara D, Willis D. *Religion and Spirituality for Diverse Women: Foundations of Strength and Resilience*. California: ABC-CLIO, LLC; 2014.

Original Article

Qualitative Study of Spirituality and Resilience from the Perspective of Iranian Immigrant Women in Melbourne (Australia)

Abstract

Objectives: The aim of the current study was to qualitatively investigate spirituality and resilience from the perspective of a group of Iranian immigrant women in Melbourne (Australia). **Method:** The study was performed using qualitative ethnographic research method. Thus, the target population was observed for 2.5 years and took part in semi-structured in-depth interviews and informal conversations. **Results:** The results showed that the majority of participants experienced high resilience and the spirituality/religiosity was one of the most effective factors in adapting to existing situation. Also, the experience of resilience and spirituality had led to a feeling of psychological health. **Conclusion:** According to the obtained results, spirituality/religiosity not only can create a framework for finding meaning in pain, and dealing with crisis but also can enhance the individual's psychological health.

Key words: religiosity/spirituality; resilience; psychological health, Iranian immigrant women

[Received: 20 January 2015; Accepted: 25 August 2015]

Azam Naghavi*

* Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran, IR.

Fax: +98313-6683107

E-mail: az.naghavi@edu.ui.ac.ir

296
296

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی