

تأملی در سازه‌های مذهبی و جایگاه آنها در روان‌شناسی سلامت

دکتر مجید صدوقی*

چکیده

مجموعه در حال رشدی از پژوهش، اثرات مثبت رفتارها و باورهای مذهبی را بر سلامت جسمانی و روانی نشان داده‌اند. هم‌چنانکه شواهد افزایش می‌یابد، عناصر مذهبی و معنوی در مدل‌های نظری پذیرش بیشتری می‌یابد. اگرچه مطالعات اخیر حکایت از خلاقیت فزاینده‌ای دارد، باید برای روشن شدن روابط درونی میان سازه‌های مذهبی و اثرات همبسته آن با سلامت، مطالعات بیشتری صورت گیرد.

مقاله حاضر ضمن ارائه تعاریفی از مفاهیم سلامت و مذهب که با چهارچوب روان‌شناسی سلامت متناسب است، رابطه مشارکت مذهبی و جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی را مورد بحث قرار داده است. سپس مفهوم مقابله مذهبی را بررسی و به کنکاش در مدل مقابله مذهبی پارگامنت پرداخته و تلاش کرده است تا مکانیزم‌های شناختی و رفتاری را که نقش واسطه‌ای در ارتباط میان مذهب و سلامت روانی ایفا می‌کنند، مورد بررسی قرار دهد. این مقاله با ذکر مزایا و معایب مقابله مذهبی برای سلامت و ارائه پیشنهادهایی برای تلفیق متغیرهای مذهبی در عرصه پژوهش‌های آتی به ویژه در قلمرو روان‌شناسی سلامت بالینی خاتمه می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: مذهبی بودن، مشارکت مذهبی، مقابله مذهبی، سلامت روان، روان‌شناسی سلامت.

مقدمه

روان‌شناسی سلامت شاخه‌ای جذاب و پویا از دانش روان‌شناسی است که به بررسی تأثیر عوامل روان‌شناختی بر سلامت، بیماری و واکنش به این حالت‌ها می‌پردازد. تعریف سلامت پایه و اساس پژوهش‌ها و فعالیت‌های حوزه روان‌شناسی سلامت است. سازمان جهانی بهداشت سلامت را اینگونه تعریف کرده است: «در کمال مناسب بودن از نظر جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نداشتن بیماری». قسمت اول این تعریف گویای وجه ایجابی سلامت و قسمت دوم آن نشان‌دهنده وجه سلبی سلامت است. تاکنون اغلب محققان و دست‌اندرکاران سلامت به وجه سلبی سلامت بیشتر عنایت ورزیده‌اند تا وجه ایجابی آن (پارک^۱، ۱۹۹۸). خود کلمه Health از واژه Holth یونانی برخاسته که بعدها در انگلیسی Wholeness, Holistic نیز از همین واژه اتخاذ شده است و به معنی کمال، کامل و جامع. به بیان دیگر، وقتی این کلمه به کار می‌رود منظور دستیابی به یک مفهوم کامل و جامع و دربردارنده همه چیز و همه ابعاد است.

واقعیت این است که اگر سلامت را فقط بیمار نبودن تلقی کنیم، خود را محدود ساخته و نیازی به ارتقا و تغییر وضعیت سلامت احساس نکرده و فقط به نبود بیماری بسنده خواهیم کرد؛ درحالی‌که برای مفهوم ارتقاء سلامت و سلامت‌نگری و سلامت کامل و همه‌جانبه در ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی پایانی متصور نیست و همواره باید برای دستیابی به آن کوشید. در اینجا بدون کاستن از اهمیت نقش عوامل بیولوژیک و محیط زیست و بدون انکار دستاوردهای علم پزشکی و شاخه‌های مرتبط با آن، مفهومی از سلامت را اتخاذ خواهیم کرد که دربردارنده سلامت روان به‌عنوان عملکرد کاملاً سازگار فرد، سازش‌یافتگی او با جهان و حالت روانی استوار، رفتار اجتماعی مناسب و حالت تعادل درون خود و درون محیط باشد.

سلامت روانی دارای تعاریف متعددی است که همگی بر اهمیت تمامیت و یکپارچگی شخصیت تأکید ورزیده‌اند. برخی از مؤلفان علاوه بر ذکر ملاک‌های سلامت روانی به طراحی الگوهای رفتاری در ارتباط با سلامت روان مبادرت کرده‌اند و نشان داده‌اند که یکی از شرایط لازم برای دستیابی به سلامت روانی برخورداری از یک نظام

1. Park

ارزشی است. ارزش‌های مذهبی چنانچه آلپورت^۱ (۱۹۵۴) نیز تأکید می‌کند در مقایسه با دیگر مقولات ارزشی جامع‌تر بوده و پاسخگوی نیازهای آدمی است و به اجزای پراکنده زندگی فرد توحید بخشیده و بدان معنا می‌دهد. با وجود چهارچوب‌های ارزشی متعددی که فرد با توسل به آنها می‌تواند به توحید و یکپارچگی دست یابد؛ بسیاری بر این اعتقادند که باورهای مذهبی برای یکپارچه‌سازی نظام‌های روانی منحصر به فرد و یگانه‌اند.

معنویت^۲ و مذهب به‌عنوان سازه‌های نظری اغلب در ادبیات روان‌شناسی به‌صورت مترادف به‌کار می‌روند اما معنویت عموماً به‌عنوان پدیده‌ی شخصی و باور به صورت‌هایی از نیروی عالم برتر یا خداوند در نظر گرفته می‌شود (جاگر^۳ و اسمیت^۴، ۱۹۹۶). به عبارت دیگر معنویت به‌عنوان جستجوی تقدس و فرآیندی که در آن افراد تلاش می‌کنند موجود مقدس را کشف کرده، به آن معتقد شده و یا حتی در زندگی‌شان وارد کنند، تعریف شده است. در مقابل، مذهب به‌عنوان ابعاد پراگماتیک و روتین معنویت مفهوم‌سازی شده است (کانستانتین^۵ و همکاران، ۲۰۰۰). به عبارت دیگر، مذهب را می‌توان جلوه‌های باورهای خدانشناسی رسمی و اعمال افرادی که در یک هویت گروهی سهیم‌اند دانست. معنویت عموماً با تأکید اساسی بر تجربه شخصی تعریف می‌شود؛ درحالی‌که مذهبی بودن به تجربه فرد در زمینه‌ای سازمان یافته اشاره دارد. اما هنگامی که این مفاهیم عملیاتی می‌شوند خطوط پژوهش اغلب مبهم و نامشخص می‌شود. اگرچه برخی از پژوهشگران شواهد نظری و پژوهشی را مبتنی بر اهمیت تمایز مذهب و معنویت ارائه نموده‌اند؛ با وجود این، پارگامنت (۲۰۰۰) اظهار می‌دارد که مذهب و معنویت بیش از آنکه سازه‌هایی مستقل باشند با یکدیگر مرتبط‌اند.

مذهب و سلامت روانی

روان‌شناسی از همان اوان تشکّلش با آدم‌هایی مواجه بوده که قائل به این بوده‌اند که منع و مهار دین برای سلامت روانی و تکامل شخصیت انسان زیانبار است و در این

1. Alport
2. spirituality
3. Jager
4. Smith
5. Constantine

ادعا به سرگذشت‌های خاص و فرض‌های معرفت‌شناختی عام استناد می‌کرده‌اند، اما غلبه پوزیتیویسم و روش علمی بر معرفت‌شناسی حال حاضر، ارائه شواهد تجربی را اجتناب‌ناپذیر ساخته است. پژوهشگران در بررسی‌های خود از ابعاد گوناگونی به مذهب و رابطه آن با سلامت روانی نگریسته‌اند. در این میان بیشتر بررسی‌ها به ارتباط جهت‌گیری‌های مذهبی^۱، مشارکت مذهبی^۲، مقابله مذهبی^۳ اختصاص دارد؛ از این رو، تلاش می‌کنیم تا شواهد تجربی و تبیین‌های مرتبط با هر یک از مقوله‌ها را به اختصار ارائه نماییم.

مذهبی بودن و سلامت روان

پژوهش‌ها نتایج مغشوشی دربارهٔ رابطه میان مذهبی بودن و سلامت روانی به دست می‌دهد. شواهد مربوط به یافته‌های متناقض در آنالیز برگین^۴ (۱۹۸۳) خلاصه شده است که در آن ۲۳ درصد مطالعات رابطه منفی، ۴۷ درصد مطالعات رابطه مثبت و ۳۰ درصد مطالعات هیچ رابطه‌ای را نشان نداده‌اند. ماهیت چند بعدی مذهبی بودن تبیینی را برای این نتایج مغشوش و آشفته فراهم می‌آورد. مذهبی بودن سازه پیچیده‌ای است که می‌تواند تأثیرات چندگانه‌ای بر سلامت روانی داشته باشد؛ بنابراین، تأثیرات بُعد خاصی از مذهب می‌تواند ابعاد دیگر را خنثی کند و منجر به الگوهای همبستگی متفاوتی شود. ارزیابی رابطه بعد خاصی از مذهب با سلامت روان می‌تواند روشن‌تر از ارزیابی همبستگی‌های کلی باشد. مقاله حاضر با اتخاذ سطح خاصی از تحلیل‌ها که ریشه آن در کارهای آلپورت است چنین رویکردی را اتخاذ کرده است.

آلپورت مدلی از مذهبی بودن را ارائه کرد که شامل جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی است. جهت‌گیری مذهبی بیرونی^۵ افرادی را توصیف می‌کند که از مذهب برای اهداف خودشان استفاده می‌کنند. افراد دارای این جهت‌گیری ممکن است مذهب را به انحاء مختلف مفید ببینند؛ برای فراهم آوردن ایمنی و آرامش و تسکین، جامعه‌پذیری،

1. religious orientation
2. religious participation
3. religious coping
4. Bergin
5. extrinsic religious orientation

شان، مقام و توجیه خود. درمقابل، جهت‌گیری مذهبی درونی^۱ افرادی را توصیف می‌کند که انگیزه قوی در مذهب دارند؛ نیازهای دیگر که ممکن است قوی نیز باشند با اهمیت نهایی کمتری ملاحظه شده و تا حد امکان با باورها و دستورات مذهبی هماهنگی دارند (آلبورت و راس^۲، ۱۹۶۷).

جهت‌گیری درونی و بیرونی معرف انواع باور، انگیزه و گرایش است و به روشنی افراد را براساس محتوای شناختی‌شان متمایز می‌سازد. مذهب درونی با ادراک مرگ به صورت مثبت و باور به زندگی پس از مرگ همراه بوده و با درک خداوند به عنوان موجودی خلاق، خجسته، خیرخواه، فیض‌بخش و مهربان همبستگی مثبت و با درک خداوند به عنوان موجودی دور و غیرقابل دسترس همبستگی منفی دارد. درمقابل، مذهب بیرونی با درک منفی از مرگ، شامل مرگ به عنوان درد، تنهایی و شکست همبستگی دارد و با نگرستن به خدا به عنوان موجودی خشمگین و غضبناک همبستگی مثبت دارد (اسپیلکا و همکاران، ۱۹۷۷).

باتسون^۳ و همکاران (۱۹۹۳) جهت‌گیری سومی را به این مدل افزوده‌اند که «جستجوگری مذهبی^۴» نامیده شده است. اساساً جستجوگری مذهبی به چندین بعد متفاوت مذهب نظیر پیچیدگی، تردید و آزمون‌پذیری، اشاره دارد. افرادی که در سطح بالایی از این بعد قرار دارند دائماً موضوعات اگزیستانسی سؤال‌برانگیز را بررسی می‌کنند بدون آنکه لزوماً به راه‌حلی دست یابند.

باتسون و همکاران (۱۹۹۳) تلاش کردند تا ارتباط میان ابعاد مذهبی جستجوگری، درونی و بیرونی و مؤلفه‌های مختلف سلامت روانی را شناسایی کنند. شواهد اندک فراهم آمده برای حمایت از رابطه مثبت میان جهت‌گیری بیرونی و سلامت روان نشان می‌دهد که اغلب، جهت‌گیری بیرونی مذهبی با سلامت روانی رابطه منفی دارد. به‌طور خاص در اکثر مطالعات، جهت‌گیری بیرونی با نبودن بیماری، رفتار مناسب اجتماعی، رهایی از نگرانی و احساس گناه، شایستگی فردی و انعطاف‌پذیری و پذیرا بودن رابطه منفی دارد. بُعد جستجوگری هیچ رابطه روشنی را با مفاهیم گوناگون سلامت روانی

1. intrinsic religious orientation

2. Ross

3. Batson

4. religion as quest

نشان نمی‌دهد. این نتیجه شاید اندک بودن مطالعات در این حوزه را منعکس کند و یا اینکه نشان دهد جستجوگری رابطه کلی با سلامت روانی ندارد.

پیچیدگی، تردید و آزمایشی بودن که در بُعد جستجوگری دیده می‌شود نشان‌دهنده سطح بالاتری از فردیت در جستجو است. بنابراین چهارچوب فردی درک رویدادهای استرس‌زا می‌تواند توجیهی برای یافته‌های دوپهلوی مشاهده شده باشد؛ برخی از افراد ممکن است در جستجوی‌شان آسایش و راحتی بیابند و برخی دیگر نه.

همچنین مذهبی بودن درونی و بیرونی با مشکلات سلامت روانی خاص رابطه دارد. برای مثال مالتبی^۱ و دی^۲ (۲۰۰۰) در نمونه‌ای از ۳۶۰ دانش‌آموز فارغ‌التحصیل انگلیسی مشاهده کردند که نشانگان افسردگی با مذهب فردی - بیرونی و مذهب اجتماعی - بیرونی رابطه مثبت و با مذهب درونی رابطه منفی دارد. مذهب درونی با زمان کوتاه‌تر درمان افسردگی نیز رابطه مثبت دارد (کوینگ^۳ و همکاران، ۱۹۹۸)؛ به‌علاوه، نشان داده شده که اضطراب با مذهب درونی رابطه منفی و با مذهب بیرونی رابطه مثبتی دارد (مالتبی و دی، ۲۰۰۰). اما در این مطالعه، مالتبی و دی (۲۰۰۰) دریافتند که نه مذهب درونی و نه مذهب بیرونی رابطه معناداری با اضطراب صفت در مردان ندارد و تنها مذهب بیرونی با اضطراب صفت در زنان رابطه دارد. پلانته^۴ و شارما^۵ (۲۰۰۱) خلاصه‌ای از پژوهش‌های مربوط به حوزه‌های مذهبی بودن و ابعاد خاص سلامت روانی ضعیف‌تر شامل افسردگی، اضطراب و سوء‌مصرف مواد را ارائه کرده‌اند.

مشارکت مذهبی

رفتارهای مذهبی بعد مهم دیگری از مذهب هستند. حوزه رفتار مذهبی شامل حضور در جلسات مذهبی، مطالعه متون مذهبی، دعای فردی و رفتارهایی از این قبیل است. چندین مطالعه به بررسی رابطه میان رفتار مذهبی و سلامت روانی پرداخته‌اند. شواهد نشان می‌دهد که رابطه میان رفتار مذهبی و سلامت روانی، مثبت و مستقل از جهت‌گیری مذهبی است؛ برای مثال، هنگامی که متغیرهای دیگر کنترل شوند حضور در

1. Maltby
2. Day
3. Koenig
4. Plante
5. Sharma

کلیسا رابطه منفی با اضطراب دارد (پترسون وری، ۱۹۸۵). کوئینگ و همکارانش (۲۰۰۱) در مطالعات مقطعی که رابطه فعالیت‌های مذهبی سازمان‌یافته و افسردگی را می‌سنجید دریافتند که کسانی که شرکت بیشتری در فعالیت‌های مذهبی داشتند، کمتر افسرده بودند. الیسون (۱۹۹۵) دریافت که حضور در کلیسا با افسردگی کمتر در میان سفیدپوستان و سیاه‌پوستان همبستگی دارد. کوئینگ و همکاران (۱۹۹۷) دریافتند که میزان افسردگی در افرادی که در طی هفته یک بار یا بیشتر در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند، حتی پس از کنترل متغیرهای سلامت جسمانی، حمایت اجتماعی، سن، جنس و نژاد، تنها نصف کسانی است که کمتر از یک‌بار در هفته در این مراسم شرکت می‌کنند. در مناطقی از دنیا که مشارکت مذهبی پایین است (برای مثال هلند) افراد که کمتر مذهبی سطح بالاتری از افسردگی را تجربه می‌کنند (کوئینگ و همکاران، ۱۹۹۸).

رفتار مذهبی نیز مانند جهت‌گیری مذهبی چند بعدی است و بنابراین کمتر احتمال دارد رابطه آنها با سلامت روانی ساده باشد. دعاکنندگان مثال خوبی از تحلیل چندبعدی رابطه میان رفتارهای مذهبی و سلامت روانی را فراهم می‌آورند. بلوما و همکاران (پلوما^۱ و گالوپ^۲، ۱۹۹۱؛ پلوما و پندلتون^۳، ۱۹۹۱) چهار طبقه دعاکنندگان را شناسایی کردند؛ آیینی (شعائری)، محاوره‌ای، شاکی و وساطتی.

ویژگی دعاکنندگان آیینی، فعالیت کلامی است که می‌تواند شبیه خواندن متون مکتوب باشد. دعاکنندگان محاوره‌ای ارتباط محاوره‌ای بیشتری دارند (اغلب درباره درخواست بخشش، بیان سپاسگزاری و درخواست هدایت و راهنمایی). درخواست‌کنندگان از خدا برای چیزهای مادی به‌عنوان دعاکنندگان شاکی طبقه‌بندی می‌شوند و در دعاکنندگان وساطتی درخواست‌ها بیشتر غیرکلامی و فعال است تا منفعل و به صورت مبادله با خداست تا مونولوگ با خدا. دعای وساطتی متضمن صرف وقت برای تفکر، احساس حضور، پرستش و عبادت، عشق‌ورزی و تلاش برای گوش کردن به صحبت‌های خداست. رابطه میان چهار سبک دعاکردن و بهزیستی ابتدا در مطالعه پلوما و پندلتون (۱۹۹۱) و سپس در زمینه‌یابی ملی گالوپ در ایالت متحده (پلوما و گالوپ، ۱۹۹۱) ارزیابی شده

1. Poloma
2. Gallup
3. Pendleton

است. در مطالعه آغازین علاوه بر سنجش دعا و مذهب، سنجش درجه ذهنی کیفیت زندگی و دامنه متغیرهای جمعیت‌شناختی انجام شد. نوع دعای اتخاذ شده در تعیین رابطه میان اندازه‌های بهزیستی شامل رضایت از زندگی، رضایت وجودی، رضایت مذهبی و شادکامی نقش اساسی داشت. دعای وساطتی و محاوره‌ای (گفتگویی) با همه اندازه‌های مربوط به بهزیستی رابطه مثبت داشتند. دعای وساطتی مهمترین پیش‌بینی کننده تجربه مذهبی نظیر توجه به وجود، تشکر و عشق به خدا در حال دعا بود، درحالی‌که دعاهای شکایتی و آیینی هیچ رابطه معناداری با شادکامی نداشتند بلکه با پیامدهای منفی سلامت روانی رابطه مثبتی داشتند.

به‌طور خلاصه، در جمع‌بندی آنچه تاکنون بیان شد می‌توان گفت که علیرغم نتایج مغشوش و دوپهلوی در هنگام بررسی رابطه کلی میان مذهبی بودن و سلامت روانی، هنگامی که رابطه میان ابعاد خاص مذهبی بودن و سلامت روانی بررسی شده است برخی از یافته‌های مقاوم ظاهر شده‌اند. صرفاً مذهب درونی که با محتوای باورهای مثبت‌تر و کاربرد عمومی مشخص می‌شود با بهزیستی رابطه مثبت دارد، برعکس جهت‌گیری بیرونی مذهبی که با محتوای باورهای منفی‌تر و کاربردپذیری کمتر مشخص می‌شود با بهزیستی رابطه منفی دارد. در انواع دعاها، دعاهای محاوره‌ای (گفتگویی) و به‌طور خاص دعای وساطتی رابطه مثبتی با بهزیستی دارند؛ درحالی‌که دعاهای آیینی و شکایتی این چنین نبودند.

مکانیزم‌های ممکن برای بررسی این روابط چه هستند؟ پژوهشگران باید به تبیین این مسئله بپردازند که چرا مشارکت مذهبی در برخی موارد تأثیر مثبتی دارد. دانشمندان رفتاری و اجتماعی تلاش کرده‌اند تا عوامل واسطه‌ای و میانجی‌گر زیستی، روانی و اجتماعی گوناگون را شناسایی کنند که بتواند رابطه مشارکت مذهبی و سلامت روانی را تبیین نماید. آنان سازوکارهایی را شناسایی کرده‌اند که به واسطه آن مذهب برای سلامت مفید است. از جمله این سازوکارها می‌توان به نقش مذهب در اعمال و عادت‌های بهداشتی، تعیین هنجارهای اجتماعی مثبت‌تر، حمایت اجتماعی و منابع روانی اجتماعی، احساس انسجام و معناداری، برانگیختن آرزو و خوشبینی و احساس کنترل دادن به فرد اشاره کرد (ر.ک: جرج^۱، الیسون و لارسون، ۲۰۰۲).

1. George

با وجود این، بررسی مجدد این پژوهش‌ها توسط برخی از پژوهشگران حکایت از آن دارد که کاربرد و هدایت نظری فراهم آمده از این یافته‌ها، به واسطه تمایز نهادن میان باورها، رفتارها و نگرش‌های مذهبی محدود است؛ از این‌رو، تلاش‌هایی برای مفهوم‌سازی این روابط در مدل مقابله مذهبی صورت گرفته است. این رویکرد تئوریکی به مذهب به عنوان فرآیند مقابله می‌نگرد.

مقابله مذهبی

این عقیده که مذهب نمایان‌گر پناهنده شدن نامناسب به‌خاطر درماندگی از تکانه‌های غیرقابل قبول انسانی و نیروهای بیرونی غیرقابل کنترل است، اولین بار توسط فروید مطرح و در میان برخی از روان‌شناسان، دانشمندان اجتماعی و متخصصان سلامت روانی مورد پذیرش قرار گرفت (پارگامنت^۱ و پارک، ۱۹۹۵). شواهدی وجود دارد که درمانگران تمایل دارند مذهب را به عنوان مکانیزم دفاعی نامناسب در نظر بگیرند؛ چراکه دیده شده است مراجعان مذهبی به عنوان کسانی که آسیب‌شناسی روانی بیشتر و پیش‌آگهی بدتری برای درمان دارند، در نظر گرفته می‌شوند (هاتز^۲ و گراهام^۳، ۱۹۸۹). علی‌رغم عمومیت آشکار این فرضیه، شواهد گسترده‌ای وجود دارد که این ادعا را به چالش می‌کشد. پارگامنت و پارک در انتقاد به این وضعیت کلی نشان دادند که اگرچه مذهب، اغلب در زمان استرس مفید است و می‌تواند باعث آرامش شود، شواهد اندکی وجود دارد که مذهب تنها نمایان‌گر شکلی از انکار باشد.

آنان به برخی از مفاهیم مذهبی نظیر گناهکاری و دوزخ اشاره کردند که باعث ایجاد استرس می‌شود. اگر دلیل اصلی و زیربنای باورهای مذهبی برطرف کردن ترس از مرگ باشد، انتظار می‌رود افراد مذهبی سطح پایین‌تری از اضطراب مرگ را نشان دهند. اما مطالعاتی که به بررسی این موضوع پرداخته‌اند، یافته‌های متناقضی را به دست داده‌اند (ر.ک: اکسمان^۴، ۱۹۸۴).

پاسخ به این سؤال که چه بعدی از مذهب بر پیامدهای عوامل استرس‌زای عمده

1. Pargament
2. Houts
3. Graham
4. Ochsman

زندگی اثر می‌گذارد، روشن نیست؛ چراکه مقیاس‌های مقابله مذهبی مراحل آغازین تکوین خود را می‌گذراند و رویکردهای گوناگونی در سنجش مقابله مذهبی به کار رفته است. به هر حال، مقابله مذهبی باید به لحاظ نظری مبتنی بر نگاه کاربردی راجع به مذهب و نقش آن در مقابله با استرس باشد. دانشمندان مباحثات طولانی دربارهٔ مهمترین کارکرد مذهب داشته‌اند. مذهب در زندگی روزمره و در موقعیت‌های بحرانی فواید متعددی دارد که پارگامنت و همکاران (۲۰۰۰) به‌طور کلی به پنج محور آن اشاره کرده‌اند: معنا، کنترل، آرامش، صمیمیت و تحول در زندگی. عقاید مذهبی می‌تواند پاسخی به هریک از کارکردهای فوق‌الذکر برای مذهب باشد. برای مثال تعریف عامل استرس‌زا به عنوان فرصتی برای رشد معنوی، تعریف موقعیت به‌عنوان تنبیهی از سوی خداوند، به زیرسؤال بردن قدرت خدا در اثر گذاشتن بر موقعیت و یا ترکیبی از آنها می‌تواند مثالی برای شکل‌های گوناگون جستجوی معنا در موقعیت‌های استرس‌زا باشد. به‌طور کلی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شاخص‌های مقابله مذهبی با گستره‌ای از نتایج آشکار نظیر میزان پایین‌تر افسردگی، وضعیت سلامت روانی بهتر، سلامت جسمانی بهتر، رشد مرتبط با استرس، رشد معنوی و نرخ مرگ و میر پایین‌تر ارتباط دارد. این اثرات پس از کنترل اثر متغیرهای اجتماعی و جمعیت‌شناختی، اندازه‌های کلی مذهبی بودن، ثابت و معنی‌دار باقی می‌مانند (ر.ک: سیگل و همکاران، ۲۰۰۱).

مدل مقابله مذهبی پارگامنت

مدل مقابله مذهبی پارگامنت به بحث در این مورد پرداخته است که در فرآیند مقابله طرح شده توسط لازاروس^۱ و فولکمن^۲ (۱۹۸۴) که فرد به ارزیابی اولیه دربارهٔ اینکه آیا رویدادی آسیب‌زاست یا نه و نیز ارزیابی ثانویه درباره توانایی‌اش در مقابله با آن می‌پردازد، مذهب چگونه می‌تواند نقش خود را ایفا نماید؟

پارگامنت و همکاران (۱۹۹۲) دربارهٔ توجه روان‌شناسان به نقش دین در تحقیقات مربوط به شناسایی راهبردهای مقابله می‌نویسند: «گزارش‌های نقلی و مطالعات تجربی نشان داده‌اند که به‌طور کلی «مذهب» در فرآیند مقابله حضور فعال دارد. با وجود این،

1. Lazarus
2. Folkman

تا این اواخر توجه کمی به بعد مذهبی مقابله شده بود. محققان در زمینه مقابله، توجه خود را به تک‌ماده‌های مذهبی مقیاس‌های کلی محدود کرده بودند و اغلب وقتی با زیرمقیاس‌های راهبردهای کلی مقابله آمیخته می‌شدند، از نظر دور می‌ماندند. محققان در زمینه مقابله مذهبی، مذهب را به‌عنوان یک پدیده گرایشی که دربرگیرنده سوگیری‌ها، باورها و اعمال کلی است، مفهوم‌سازی و اندازه‌گیری کرده‌اند. ارتباط‌هایی بین شیوه‌های عمومی مقابله مذهبی و مقیاس‌های سازگاری به دست آمده است. به‌علاوه، شواهدی وجود دارد که شیوه‌های مقابله مذهبی متفاوت تأثیر متفاوتی در تعدیل رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی دارند؛ اگرچه به‌کنش عینی مذهب در موقعیت‌های خاص توجه زیادی نشده است» (پارگامنت، ۱۹۹۲، ص ۵۰۵).

پارگامنت (۱۹۹۰) به نقل از پارگامنت و دیگران (۱۹۹۲) که یکی از صاحب‌نظران و محققان در زمینه مقابله مذهبی است، دیدگاهی پویاتر و موقعیت‌مدارتر برای بعد مذهبی مقابله پیشنهاد کرده است. او با بسط دادن الگوی تعاملی لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) عنوان کرده است که مذهب بخشی از هریک از سازه‌های اصلی مقابله می‌باشد؛ به عنوان مثال، می‌توان از وقایع مهم مذهبی، ارزیابی‌های مذهبی، فعالیت‌های مقابله مذهبی و مقاصد مذهبی در مقابله صحبت کرد.

به‌علاوه مذهب به عنوان بخشی از فرآیند تعاملی مقابله، نقشی دوسویه دارد. از یکسو، مذهب می‌تواند به فرایند مقابله کمک کند و ویژگی‌های وقایع زندگی، فعالیت‌های مقابله و پیامدهای وقایع را شکل دهد. برای مثال، چندین مطالعه کمک‌های منحصر به فرد و مهم تعهدات مذهبی و حمایت معنوی را در سازگاری افراد در مواجهه با موارد تنیدگی‌زای زندگی آشکار کرده‌اند (کراوز و ون‌ترین ۱۹۸۹؛ ماتن ۱۹۸۹ پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۰، پارک و همکاران ۱۹۹۰، همه به نقل از پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۲) و از سوی دیگر، مذهب می‌تواند محصول مقابله باشد که به وسیله عناصر دیگر فرآیند شکل داده شده است. برای مثال، نتایج یک تحقیق میدانی نشان داد که افراد بعد از وقایعی همچون تولد کودک، دوره‌های تنهایی، ترقی در کار و مشکلات هیجانی، افزایش در ایمان و عقیده خود را گزارش کرده‌اند (مرکز مطالعات دینی پرینستون، ۱۹۷۸ به نقل از پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۲).

چهارچوب نظری پارگامنت (۱۹۹۰) به نقل از پارگامنت و همکاران، (۱۹۹۲) فرایندی

را پیشنهاد می‌کند که از طریق آن مذهب در مقابله حضور فعال دارد. او عقیده دارد: «مردم بدون منابع با وقایع تنیدگی‌زا روبرو نمی‌شوند؛ آنها با خود یک نظام باورهای کلی، اعمال، آرزوها و روابط دارند که روی چگونگی مقابله آنها با لحظات دشوار تأثیر می‌گذارد. مذهب، کم یا بیش بخشی از این نظام سوگیری کلی است. در فرایند مقابله، عناصر مذهبی و غیرمذهبی این نظام سوگیری همگی به ارزیابی‌ها، فعالیت‌ها و اهداف عینی و موقعیت‌مدار تعبیر و تبدیل می‌شوند. شخصی با یک ایمان مذهبی قوی که دچار یک آسیب‌دیدگی ناتوان‌کننده است باید راهی را بیابد که از کلیات ایمانش به جزئیات مقابله با وضعیتش حرکت کند».

به طور خلاصه، از دیدگاه پارگامنت مذهب هنگامی در مقابله عمل می‌کند که منابع به فعالیت‌های خاص موقعیت‌تعبیر و تبدیل شود او می‌نویسد: «از این دیدگاه تلاش‌های مقابله‌ای مذهبی موقعیت‌مدار واسطه‌های اصلی رابطه بین وقایع خاص زندگی، منابع کلی و پیامدهای وقایع هستند. اگر این الگو درست باشد بنابراین باید دو یافته را انتظار داشته باشیم: نخست اینکه در حل یک واقعه از افکار و فعالیت‌های عینی که فرد در حین بحران به کار می‌گیرد بیشتر استفاده می‌شود تا منابع کلی فرد. دیگر اینکه منابع کلی متفاوت باید به فعالیت‌های مقابله خاص موقعیت‌تعبیر و تبدیل شوند» (پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۲، ص ۵۰۶).

پارگامنت خاطر نشان می‌سازد که اگرچه مذهب گاهی می‌تواند مانع فرآیند مقابله شود تأکید او بر نقش مفید مذهب در درک استرس و رویارویی با آن است. بنابراین، اگرچه او تحلیل گسترده‌ای از روش‌هایی ارائه می‌دهد که در آن مذهب می‌تواند به صورت ضمنی در سنجش مقابله مذهبی به کار رود، کار او تلاش برای تبیین روابط متفاوت میان ابعاد مذهب و سلامت روانی نبوده است؛ بلکه بیشتر نشان می‌دهد که مذهب ممکن است برای افراد بسته به موقعیت‌شان، محدودیت و منابع فردی و اجتماعی‌شان و نیازها و ترجیح‌های فردیشان مزیت‌ها و مضاری داشته باشد^۱ (پارگامنت، ۱۹۹۶).

۱. لازم به یادآوری است که این پژوهش‌ها برگرفته از مسیحیت یا یهودیت است که دستخوش تحریف بوده‌اند و لذا نمی‌تواند به طور کامل ناظر به دین اسلام باشد.

مقابله مذهبی و غیرمذهبی

نقش مذهب به‌عنوان شیوه‌ای برای مقابله با استرس توسط برخی به‌عنوان شکل منفعلی از مقابله و یا به‌عنوان یک مکانیزم دفاعی نگریسته شده است. این ویژگی‌ها تلویحاً بدین معناست که شیوه‌های مذهبی مقابله، غیرانطباقی بوده و مستلزم راهبردهای اجتنابی هستند که در آن افراد تلاش می‌کنند تا از مسئولیت روبرو شدن با مشکل شانه خالی کرده و آنرا به دست خدایی خیالی و فرضی بسپارند، این ادعا در پژوهش‌های موجود تأیید نشده است. در مروری بر ادبیات پژوهشی مقابله مذهبی، پارگامنت و پارک (۱۹۹۵) دریافتند که مذهب به گونه‌ای ثابت با راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی همراه و همبسته نیست بلکه در بسیاری از موارد با مقابله فعال (نزدیکی‌گزین) مرتبط است.

مقیاس‌های غیرمذهبی مقابله ممکن است دقیقاً راهبردهای مقابله‌ای خاص افراد مذهبی را اندازه نگیرد؛ چراکه در این ابزارها هیچ آیتم مذهبی وجود ندارد و یا تنها یک آیتم (برای مثال آیا شما دعا می‌کنید؟) از پاسخ‌دهندگان پرسیده می‌شود. از سوی دیگر اندازه‌های مقابله مذهبی نمی‌توانند دقیقاً راهبردهای مقابله غیرمذهبی خاصی که توسط افراد مذهبی به‌کار رفته‌اند را شناسایی کنند؛ چراکه همه آیتم‌های آنان دارای بافت مذهبی است. پرداختن به شیوه‌های مقابله مذهبی و مقابله غیرمذهبی آنقدر انحصاری است که ممکن است به این باور منتهی شود که راهبردهای مقابله مذهبی هیچ رفتار مقابله‌ای خاصی نظیر حل مسئله در اندازه‌های مربوط به مقابله غیرمذهبی را در برنمی‌گیرد (ر.ک: پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۰).

در ملاحظه این چهارچوب مفهومی این مسئله آشکار می‌شود که این مدل‌ها برای درک دلایل مربوط به ارتباط متفاوت ابعاد مذهبی بودن با سلامت روانی به سادگی قابل استفاده نیستند؛ از این‌رو، چهارچوب شناختی - رفتاری می‌تواند تبیینی را برای ارتباط‌های متفاوت مذهب و سلامت روان فراهم آورد. بررسی روابط از این نظر می‌تواند به آگاهی از اینکه مذهب چگونه می‌تواند در فعالیت‌های درمانی تلفیق شود، کمک نماید.

مفهوم‌سازی شناختی رفتاری^۱

چندین مکانیزم شناختی و رفتاری می‌توانند زیربنای روابط پایدار میان مذهبی بودن و سلامت روانی باشند. یک مکانیزم اساسی این است که باورهای مذهبی، الگوهای ذهنی عامی^۲ را فراهم می‌آورند که به عنوان مبنایی برای هدایت ارزیابی‌های مربوط به رویدادهای زندگی عمل می‌کنند. این مکانیزم می‌تواند در هنگام رویارویی با رویدادهای استرس‌زای زندگی بسته به شکل و محتویاتشان مفید و یا غیرمفید باشد.

طرحواره‌ها: الگوهای ذهنی عام (کلی)

جهت‌گیری مذهبی فرد احتمالاً با شکل‌گیری و صورت‌بندی الگوهای روانی مذهبی رابطه دارد. یک الگوی روانی مذهبی می‌تواند به عنوان سیستم باورهای عامی که در ارزیابی‌ها به ویژه ارزیابی رویدادهای استرس‌زای زندگی دخالت دارد در نظر گرفته شود. یک سیستم باور مذهبی می‌تواند از طریق ماهر ساختن فرد در یافتن معنایی برای رویدادهایی که تبیین آن مشکل است مفید باشد. محتوای باورهای عام بر محتوای ارزیابی‌های مربوط به استرس‌های موقعیتی و متعاقباً پاسخ فرد تأثیر خواهد گذاشت. هم محتوای الگوی روانی که احتمالاً بر ارزیابی‌ها اثر می‌گذارد و هم استحکام و قطعیت نظام باورها، مانع مشکلات مربوط به سلامت روانی می‌شود. برای مثال اگر محتوا به گونه‌ای باشد که در رویدادهای منفی، فرد را به سمت سرزنش خود یا باور به خدایی تنبیه‌گر سوق دهد، این الگوی روانی، آسیب‌پذیری نسبت به آشفتگی‌های روانی را افزایش خواهد داد. این مکانیزم می‌تواند با شواهد مربوط به دو فرضیه مورد ارزیابی قرار گیرد.

۱. وجود یک الگوی روانی عام مستحکم و غالب به‌منظور هدایت ارزیابی‌ها با سلامت روانی مرتبط است.

۲. محتوای الگوی ذهنی عام و کلی، به صورت متغیر واسطه‌ای در رابطه الگوی ذهنی با سلامت روانی مثبت عمل می‌کند.

1. cognitive-behavioral conceptualization

2. generic mental models

فرضیه اول با تئوری‌پردازی پترسون و ری (۱۹۸۵) همخوانی دارد. آنان مطرح نمودند که مذهبی بودن چهارچوبی مفهومی فراهم می‌آورد که در نتیجه آن فرد می‌تواند وجود خود را درک نماید. آنان بر این باورند که فرآیند داشتن چهارچوب تفسیری شامل معنایی است که در ادراک فرد از خودش، معنا و هدف رویدادهای زندگی نقش دارد. اسپیکا و همکاران (۱۹۸۵) با به‌کارگیری نظریه اسناد گزارش کردند که اسنادهای مذهبی برای رویدادهای زندگی احتمالاً فرد را قادر می‌سازد تا احساس معنا داری، کنترل و پیش‌بینی‌پذیری دنیا را حفظ نماید.

پژوهش‌های اخیر شروع به ارزیابی نوع اسناد^۱ به خداوند و روابط درونی‌شان با جهت‌گیری مذهبی کرده‌اند (ر.ک: مالاری^۲ و مالاری و گورساج^۳، ۲۰۰۰). مطالعات نشان دادند که علت رویدادهای روزمره احتمالاً تنها در دفعات کمی به خداوند (۷۷ درصد) یا شیطان (۲ درصد) نسبت داده می‌شود (لوپفر^۴ و همکاران، ۱۹۹۲). این احتمال وجود دارد که معانی مذهبی در زمان استرس آشکارتر باشند؛ به عبارت دیگر، فراهم آوردن معنا در زمانی که سیستم باورهای سکولار قادر به چنین کاری نیستند؛ چیزی که فرضیه «خدا برای خلاءها» نامیده شده است، پژوهشگران کمتر شواهد تجربی حمایت‌کننده در مورد فواید حفظ چهارچوب تفسیری را آزموده‌اند.

ملاحظه تجارب نفرت‌انگیزی که فرد نمی‌تواند آنرا در چهارچوب شخصی‌اش درک نماید، نشان از قابلیت و مزیت چهارچوبی دارد که بتواند معنایی را برای چنین رویدادی فراهم آورد. ویلسون^۵ و موران^۶ (۱۹۹۸) توان بالقوه رویدادهای آسیب‌زا برای تخریب ایمان و قراردادن قربانی درحالتی از آشفتگی معنوی را توصیف کرده‌اند. سیستم باورهایی که برای پاسخگویی به سؤالات اگزیستانسی (وجودی) به ذهن فرد خطور می‌کند ممکن است بتواند به شایستگی به برخی از سؤالات برخاسته از رویداد پاسخ دهد. برای مثال سؤالاتی نظیر اینکه چرا خداوند اجازه داد که چنین اتفاقی رخ دهد؟ و آیا می‌توانم بپذیرم خدایی که اجازه داده است چنین اتفاقی رخ دهد شایسته

1. attribution
2. Mallery
3. Gorsuch
4. Lupfer
5. Wilson
6. Moran

عشق، پرستش و نیایش باشد؟ (برند^۱ و مک دونالد^۲، ۱۹۸۶). سویتون^۳ (۲۰۰۱) نیز به طرز مشابه، تجربه شایع و رایج «بی‌معنا بودن» زندگی که اغلب در افراد افسرده دیده شده است را توصیف کرده است.

این ایده که چهارچوب مذهبی می‌تواند الگوی عامی برای درک رویدادهای استرس‌زای زندگی فراهم آورد می‌تواند رابطه متفاوت جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی با سلامت روانی را تبیین نماید. دلیل این تفاوت تاحدی ممکن است ناشی از تفاوت اهمیت و قطعیت چهارچوب مذهبی باشد. برای کسانی که مذهب مهم است و عمیقاً به مذهب‌شان متعهد هستند (یعنی کسانی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارند)، تبیین‌هایی که مذهب فراهم می‌آورد، پذیرفته خواهد شد و درک و استنباطی از رویدادهای زندگی فراهم خواهد آورد (پترسون و ری، ۱۹۸۵)؛ اما برای کسانی که کمتر به مذهب‌شان متعهد هستند و مذهب کمتر برایشان مهم است (کسانی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند) تبیین‌های مذهبی درک روشن و قاطعی در اختیارشان نخواهد گذاشت و حتی آنان را با سؤالات بیشتری مواجه خواهد کرد. استفاده شایع از طرحواره‌های مذهبی برای فراهم آوردن معنا در میان کسانی که نمره بالاتری در مذهب درونی دارند، یک تبیین احتمالی برای ارتباط میان مذهب و سلامت روانی است.

فرضیه دوم این است که محتوای باورهای تشکیل‌دهنده الگوی ذهنی، درجه‌ای را که چهارچوب عمومی با سلامت روانی همبستگی دارد تعدیل می‌کند. شواهدی وجود دارد که با این فرضیه همخوانی دارد. برای مثال، یک دلیل آن است که مذهب بیرونی که با باورهای منفی‌تر مشخص شده است با سلامت روانی همبستگی منفی دارد. با بررسی اطلاعات دیگر در مورد باورهای مذهبی مثبت در مقابل باورهای مذهبی منفی، امکان بررسی اثر محتوای باورها بر ارزیابی پاسخ‌های هیجانی رویدادها وجود دارد. ادبیات پژوهشی در مورد نقش مذهبی بودن در مقابله با استرس، برخی از مزیت‌های درونی بودن مذهب و اسنادهای مثبت به خدا را نشان می‌دهد. بولمان و ورتمن (۱۹۷۷) اسنادهای ۲۹ قربانی آسیب‌دیدگی نخاعی را بررسی و مشاهده نمودند که رایج‌ترین تبیین‌ها بر محور خداوند می‌چرخد و دامنه وسیعی از استدلال‌ها و دلایل را

1. Brend
2. McDonald
3. Swinton

به دست می‌دهد؛ درس آموختن از واقعه یا عبرت و هشدار برای دیگران بودن. جنکینز^۱ و پارگامنت (۱۹۸۸) در مصاحبه با ۶۲ نفر که مبتلا به سرطان تشخیص داده شده بودند، رابطه میان اسنادهای کنترل و سازگاری با این موقعیت را بررسی کردند. مثالی از اسناد مثبت بیماری به خدا چنین بود: «این تجربه آموزنده‌ای است. خدا سعی می‌کند مرا در این موقعیت‌ها قرار دهد تا مرا از خودش و خودم آگاه کند و به من پیامزد که چگونه می‌توانم به دیگران کمک کنم» (ص ۳۵۸). جنکینز و پارگامنت دریافتند که افرادی که کنترل بیماریشان را به خداوند اسناد می‌دهند، عزت نفس بالاتر و آشفتگی رفتاری کمتری دارند. جالب اینکه اسناد به خدا بیش از اسنادهای کنترل شخصی با سازگاری مرتبط بود. محتوای کیفی این مصاحبه آشکار ساخت که فرآیند فعال مبادله با خداوند بیش از تسلیم و تن دادن منفعلانه به یک نیروی بیرونی مؤثر بود. به عبارت دیگر افرادی که همزمان با تلاش خودشان در کنترل بیماری‌شان، به نماز، نیایش و ایمان به عنوان ابزاری برای دستیابی به کنترل از سوی خداوند می‌نگریستند از سازگاری بهتری برخوردار بودند.

مکانیزم‌های زیربنایی رابطه مذهب و سلامت

چندین مکانیزم بالقوه برای تعیین بهزیستی بهتر مرتبط با مذهب و معنویت وجود دارد. (کونینگ و همکاران، ۲۰۰۱، پلانته و شرمن^۲، ۲۰۰۱، سایبلد و هیل^۳، ۲۰۰۱). کسانی که مذهبی هستند احتمالاً شبکه اجتماعی قوی‌تر و گسترده‌تری دارند. کسانی که مذهبی‌اند به مسجد، کلیسا، پرستشگاه یا سازمان‌های دیگری تعلق دارند که آنها را به صورت منظم با افرادی در دیدگاه‌های کلی با آنها اشتراک دارند فراهم می‌آورد. مطالعه‌ای نشان داد که ۴۱ درصد اعضای جامعه گزارش کردند که از روحانیان برای کمک به مشکلات شخصی استفاده می‌کنند (پارگامنت، ۱۹۹۷). ضمن اینکه بسیاری از مذاهب مستقیماً رفتارهای بهداشتی مانند خودداری از سیگار کشیدن، مصرف الکل، دارو و رفتارهای پرخطر جنسی را تشویق می‌کنند (گرساچ^۴، ۱۹۹۵)؛ مثلاً، فرقه مذهبی مورمن، مسلمانان

1. Jenkins
2. Plante & Sherman
3. Sybold & Hill
4. Gorsuch

و باپتیست‌های جنوبی مصرف الکل را ممنوع کرده‌اند. به این ترتیب مذهبی بودن با سطوح پایین‌تر مصرف الکل، مصرف ماری‌جوآنا، سیگار کشیدن و فعالیت جنسی پیش از ازدواج در نوجوانان همبستگی دارد (دوناهو و بنسون^۱، ۱۹۹۵). همچنین تعهد مذهبی می‌تواند باعث شود که افراد به مکانیزم‌های مقابله انطباقی تکیه کنند (پارگامنت، ۱۹۹۷).

بسیاری از افراد از مذهب به عنوان شیوه مقابله با رویدادهای استرس‌زایی همچون مشکلات طبی، حوادث و مشکلاتی که با فرد محبوب‌شان دارند استفاده می‌کنند (پارگامنت، ۱۹۹۷). برای مثال، یک بررسی درباره والدینی که کودک‌شان را در اثر سندرم مرگ ناگهانی از دست داده بودند، نشان داد والدینی که احساس می‌کردند مذهب برایشان مهم است درگیر پردازش‌شناختی بیشتری درباره تجربه‌شان شدند که این به نوبه خود باعث بهزیستی بهتر می‌شود (مک‌ایننتش، سیلور و ورتمن^۲، ۱۹۹۳). درنهایت، کسانی که باورهای معنوی قوی دارند احتمالاً به خاطر اینکه مذهب معنایی برای رویدادهای غم‌انگیز ظاهراً بی‌معنی فراهم می‌آورد، از سلامت بهتری برخوردارند. دیدن فواید یک تجربه منفی به افراد این شانس را می‌دهد که با افکار و باورهای مربوط به آسیب روبرو شده و مقابله کنند، اما با تأکید بر جنبه‌های مثبت که می‌تواند باعث بهزیستی بدنی و روان‌شناختی بیشتر شود.

معایب مقابله مذهبی برای سلامت

اگرچه مذهبی بودن و معنویت عموماً با سلامت مطلوب همبستگی دارد، می‌تواند زیان‌هایی نیز داشته باشد (کونینگ و همکاران، ۲۰۰۱). برخی از مذاهب مانند دسته‌ای از مسیحیان برخی از مراقبت‌های درمانی از جمله انتقال خون و واکسن زدن را منع می‌کنند؛ برای مثال، دسته‌ای از مسیحیان بر این باورند که در نگاه خداوند هیچ تفاوتی میان تزریق خون و نوشیدن خون دیگری نیست و بنابراین هرکسی که تزریق خون را دریافت کند از رستگاری جاوید به دور خواهد افتاد. همچنین کسانی که باورهای مذهبی قوی دارند ممکن است در جستجوی مراقبت درمانی تأخیر ورزیده و یا از

1. Donahue & Benson

2. McIntosh, Silver & Wortman

داروها یا روش‌های درمانی امتناع کنند، زیرا بر این باورند که نیایش و دیگر روش‌های مذهبی باعث نتایج مثبت خواهد شد. در این راستا، یک پژوهش که در مجله انجمن پزشکی آمریکا منتشر شد نشان داد که یک دلیل اینکه چرا اغلب زنان آمریکایی آفریقایی تبار بیش از زنان سفیدپوست از سرطان پستان می‌میرند، به خاطر برخی از باورهای فرهنگی آنان است که باعث می‌شود در جستجوی مراقبت درمانی تأخیر داشته باشند (لانی^۱ و همکاران، ۱۹۹۸). برای مثال زنان آفریقایی تبار بیش از زنان سفیدپوست بر این باورند که «اگر کسی درباره سرطان دعا کند خداوند بدون درمان طبی او را شفا خواهد داد».^۲ همچنین زمانی که افراد به جای استفاده از راهبردهای متنوع، صرفاً متکی بر راهبردهای مقابله مذهبی باشند، این راهبردها می‌تواند مخرب و زیان‌آور باشد (آبرنتی^۳ و همکاران، ۲۰۰۲). همسران بیماران مبتلا به سرطان ریه که از سطوح متوسط مقابله مذهبی استفاده می‌کنند، کمتر از کسانی که از سطوح پایین‌تر یا بالاتر استفاده می‌کنند افسرده می‌شوند. در مجموع به نظر می‌رسد باورهای مذهبی تنها هنگامی برای سلامت مفیدند که این باورها به همراه مراقبت طبی استاندارد مورد استفاده قرار گیرند نه به عنوان جایگزینی برای آن.

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

امروزه نیز مانند گذشته اکثر مردم برای درک خود و دنیای اطراف‌شان به باورهای مذهبی متوسل می‌شوند؛ در مقابل، روان‌شناسان غربی بر نظریه‌های طبیعت‌گرایانه خود تکیه می‌کنند و اکثراً غیرمذهبی یا ضدمذهبی هستند، اما روان‌شناسان نیز از اهمیت فرهنگ در درک و شناخت خود و دیگران در بافت فرهنگی آگاهند؛ از این‌رو، باید مذهب را به عنوان منبع فرهنگی مهم برای نگرش‌ها، دیدگاه‌های سطح بالا و باورهای خاص ملاحظه کرد (کارن و بارن^۴، ۲۰۰۱).

از سوی دیگر با وجود اینکه مفهوم مقابله واجد دلالت ضمنی مثبت است، مقابله

1. Lannin

۲. لازم به توضیح است در اسلام در عین تأکید بر مراجعه پزشکی، مسئله دعا و خواستن از خداوند مطرح است؛ چراکه کار پزشک و تأثیر درمان او از اراده و مشیت خداوندی خارج نیست.

3. Abernethy

4. Carone & Barone

همان‌گونه که مؤثر است می‌تواند ناکارآمد باشد؛ مذهب نیز می‌تواند جنبه‌های تاریکی داشته باشد، اما در بررسی مقابله مذهبی عمدتاً بر جنبه‌های مثبت آن تأکید شده است. با وجود این در چهارچوب دیدگاه باز و بی‌طرف علمی، ملاحظه اشکال ناکارآمد مقابله مذهبی نیز واجد اهمیت است. مقابله مذهبی به چندین طریق ممکن است در رویارویی با استرس ناکارآمد باشد؛ برای مثال، برخی از شواهد نشان می‌دهد که ارزیابی خداوند به عنوان موجودی تنبیه‌گر، ناخرسندی معنوی و ناخرسندی مذهبی بین‌فردی و تقاضای شفاعت و وساطت مستقیم، با آشنفگی بیشتر حداقل در کوتاه مدت همراه است (پارگامنت، ۱۹۹۷؛ ۱۹۹۸).

در سطح کلان باید موضوعات مرتبط با مذهب یا معنویت در برنامه‌های امداد رسانی سلامت روانی مورد توجه قرار گیرد. پیوند دادن موضوعات سلامت روانی با مذهب و موضوعات معنوی دریافت برنامه‌های امدادی و مددکاری، مراقبان بهداشت روانی را قادر می‌نماید به افراد مذهبی کمک کنند تا مشکلات و استرس‌های زندگی را مدیریت کنند. بسیاری از مواقع، متخصصان بالینی موضوعات و نشانه‌های مذهبی را در بافت درمانی - حتی هنگامی که از سوی مراجعان آغاز شده‌اند - نادیده گرفته و به حداقل می‌رسانند. این موضوع در پژوهش کانستانتین و همکاران (۲۰۰۰) نشان داده شده است. متخصصان بالینی باید نسبت به اشتباه بالقوه در تعیین پاتولوژیک بودن مقابله مذهبی آگاه بوده و از مشخص کردن افراد مذهبی به عنوان «شخص خام از نظر روان‌شناختی» به‌خاطر استفاده آنان از مکانیزم‌های مذهبی در برخورد با مشکلات، اجتناب نمایند. از این‌رو، در وهله اول توصیه می‌شود که متخصصان سلامت روانی قطع نظر از باورهای شخصی‌شان به نظام باورهای مراجعان و اثر بالقوه آن بر سلامتی آنان حساس باشند. به عبارت دیگر، متخصصان بالینی و بهداشت روانی باید ملاحظه کنند که چگونه نگرش‌ها و باورهای مذهبی بر زندگی مراجعان به‌گونه‌ای مثبت یا منفی اثر می‌گذارند و در وهله دوم نسبت به این موضوع آگاه باشند که چگونه باورهای‌شان در مورد مذهب به‌ویژه هنگامی که با باورهای مراجعان متفاوت است بر فرآیند درمان اثر می‌گذارد. با توجه به اینکه در زمینه تبیین جایگاه سازه‌های مذهبی در روان‌شناسی کوشش قابل توجهی در جامعه ما صورت نگرفته است، امید است این مقاله سرآغازی برای طرح گسترده و جدی‌تر این مفهوم در حوزه‌های مختلف پژوهشی به حساب آید.

منابع

- Allport, G. W., Ross, J. M. (1967). *Personal religious orientation and prejudice*. Journal of Personality and Social Psychology, 5, 435-443.
- Batson, C. D., Schoenrade, P., & Ventis, W. L. (1993). *Religion and the individual: A social psychological perspective*, New York: Oxford University Press.
- Bergin, A. E. (1983). *Religiosity and mental health: A critical re-evaluation and meta analysis*. Professional Psychology, 14, 170-184.
- Brende, J., & McDonald, E. (1989). *Post-traumatic Spiritual alienation and recovery in Vietnam combat veterans*. Spirituality Today, 43, 319-340.
- Constantine, M., Wilton, L., Gainor, K. L., & Lewis, E. L. (2002). *Religious participation, spirituality, and coping among African American college students*. Journal of College Student Development, 43, 605-613.
- Carone, D. A., Barone, D. F. (2001). *A social cognitive perspective on religious beliefs: Their functions and impact on coping and psychotherapy*. Clinical Psychology Review, 7, 989-1003.
- George, L. K., Ellison, C. G., & Larson, D. B. (2002). *Psychological Inquiry*, 13, 190-200.
- Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C. (2001). *The epidemiology of religious coping: a review of recent literature*. International Review of Psychiatry, 13, 86-93.
- Houts, A. C. & Graham, K. (1986). *Can religion make you crazy? Impact of client and therapist religious values on clinical judgments*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 267-271.
- Jenkins, R. A., & Pargament, K. I. (1986). *Cognitive appraisals in cancer patients*. Social Science and medicine, 26, 625-633.
- Koenig, H. G., Gorge, L. K., & Peterson, B.L. (1998). *Religiosity and remission of depression in medically ill older patients*. American Journal of Psychiatry, 155, 534-542.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.

- Lupfer, M. B. Brock, K. F. & DePaola. S. J. (1992). *The use of secular and religious attributions to explain everyday behavior*. Journal for the Scientific Study of religion, 4, 486- 503.
- Mallery, P., Mallery, S., & Gorsuch, R. (2000). *A preliminary taxonomy of attribution to God*. The International Journal for the Psychology of Religion, 10, 135-156.
- Maltby, J., Day, L. (2000). *Depressive symptoms and religious orientation: Examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression*. Personality and Individual Differences, 28, 383-393.
- Ochsmann, R. (1984). *Belief in afterlife as a moderator of fear of death?* European Journal of Social Psychology, 14, 53-67.
- Park, J. E. (1998). Text book of preventive and social medicine.
- Pargament, K. I. (1990). *God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion*. Research in the Social Scientific Study of Religion, 2, 195-224.
- Pargament, K. I., Koenig, h. G., Perez, L. M. (2000). *The many methods of religious coping: Development and initial validation of RCOPE*. Journal of Clinical Psychology, 56, 519-543.
- Pargament, K. I., Olson, H.G., Reilly, B., Falgout, K., Ensing, D.S., & VanHaitsma, K. (1992). *God help me: The relation of religious orientation to religious coping with negative life events*. Journal of the Scientific Study of Religion, 31, 504-513.
- Pargament, K. I., & Park, C. L. (1995). *Merely a defense? The variety of religious means and ends*. Journal Social Issues, 51, 13-32.
- Peterson, L. R., & Roy, A. (1985). *Religiosity, anxiety, and meaning and purpose: Religion's consequences for psychological well-being*. Review of religious research, 27, 49-62.
- Plante, T.C., & Sharma, N. K. (2001). *Religious faith and mental health outcomes*. In T. G. Plante & A. C. Sharman (Eds), Faith and Health. New York: Guilford.
- Poloma, M. M., & Gallup, G. H. (1991). *Varieties of prayer: A survey report*. Harrisburg: Trinity press.
- Poloma, M. M., & Pendleton, B. f. (1989). *Exploring types of prayer and*

- quality of life research: A research note*. Review of Religious research, 31, 46-53.
- Poloma, M. M., & Pendleton, B. f. (1991). *The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being*. Journal of Psychology and Theology, 19, 71-83.
- Roech, S., Ano, G. (2003). *Testing an attribution and coping model of stress: Religion as an orienting system*. Journal of Psychology and Christianity, 22, 197-209.
- Ross, C. E. (1990). *Religion and Psychological distress*. Journal for the Scientific Study of Religion, 29, 236-245.
- Siegel, K., Anderman, S. J., Schrimshaw, E. W. (2001). *Religion and coping with health related stress*. Psychology and health, 16, 631-653.
- Spilka, B., & Mullin, M. (1977). *Personal religion and psychological schemata: A research approach to a theological psychology of religion*. Character Potential, 8, 57-66.
- Spilka, B., Stout, L., Minton, B., & Sizemore, D. (1977). *Deth and personal faith: A psychometric investigation*. Journal for the Scientific Study of Religion, 16, 169-178.
- Swinton, J. (2001). *Spirituality and mental health: Rediscovering a forgotten dimension*. London: Kingsley.
- Ventis, L. W. (1995). *The relation between Religion and mental health*. Journal of social issues, 51, 33-48.
- Wilson, J. P., & Mooran, T. A. (1998). *Psychological trauma: Post-traumatic stress disorder and spirituality*. Journal of Psychology and Theology, 26, 168-178.