

جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان

دکتر مسعود جان بزرگی*

* دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: پژوهشهای متعدد نشان می‌دهند که مذهب و سلامت روانی و حتی جسمانی با یکدیگر رابطه‌ای مستقیم دارند. روی‌آوری محققین به مذهب و مطالعه روانشناختی آن در دهه‌های اخیر روز افزون بوده است. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی است.

روش بررسی: تعداد ۱۴۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر در سطح دانشگاههای تهران گروه نمونه پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهند. تمامی آزمودنی‌ها با دو آزمون جهت‌گیری مذهبی آلپورت و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) مورد بررسی قرار گرفتند. این آزمونها پیشتر برای جامعه ایرانی ترجمه و استاندارد شده‌اند. نتایج آزمونها پس از نمره‌گذاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین مذهب یا مذهبی بودن و سلامت روانی رابطه‌ای مستقیم وجود دارد. هر چه جهت‌گیری مذهبی درونی‌تر می‌شود سلامت روانی بالاتر می‌رود. هر چه جهت‌گیری فرد در زمینه مذهبی بیرونی‌تر می‌شود احساس خستگی و نشانه‌های بدنی نیز بیشتر می‌شود ($p < 0/004$). هر چه جهت‌گیری فرد بیرونی‌تر می‌شود میزان اضطراب و بی‌خوابی فرد بیشتر می‌شود ($p < 0/016$). بیشترین میزان همبستگی، مربوط به متغیر افسردگی و گرایش به خودکشی است که هر چه این احساس بیشتر می‌شود جهت‌گیری مذهبی بیرونی‌تر می‌شود ($p < 0/0001$).

نتیجه‌گیری: مذهب درونی شده به عنوان یک عامل کلیدی برای سلامت روانی نقش ایفا می‌کند. توجه به مذهب درونی در مداخله‌های پیشگیرانه و درمانی می‌تواند عامل موثری در سلامت روانی به حساب آید.

واژگان کلیدی: جهت‌گیری مذهبی، مذهب درونی، مذهب بیرونی، سلامت روانی.

مقدمه

به رغم نگاه بدبینانه روانشناسان در سطح برخی نظامهای کلی به مذهب، از همان ابتدای شکل‌گیری روانشناسی کاربردی، تحقیقات در زمینه رابطه مذهب و سلامت روانی، اغلب بیانگر رابطه‌ای مثبت بین این دو متغیر بوده است. از دهه ۵۰ میلادی تحقیقات بیانگر تاثیر مداخلات مذهبی بر بهبود آلام روانشناختی بودند از جمله می‌توان به تاثیر نماز و "دعا درمانگری" بر کنترل اختلالات روانشناختی اشاره کرد (۱). مرور تحقیقات در سالهای بعد این تاثیر را واجد برجستگی

بیشتری می‌کند. از دهه ۹۰ به دنبال ناکامی نسبی متخصصین حرفه‌های بهداشت روانی از فنون و شیوه‌های مداخله‌ای مرسوم و به دنبال تحقیقات متعدد و نتایج آنها که بیانگر تاثیر مثبت مذهب بر سلامت روان بود، روی‌آوری به مذهب روز افزون گردید. در مطالعه‌ای بین فرهنگی در ۱۹ کشور غربی که بر روی ۲۸۰۸۵ نفر آزمودنی انجام شده بود دریافتند که هر چه انسانها پایبندی بیشتری به مذهب دارند درجه گرایش آنها به خودکشی کمتر است (۲). در زمینه اضطراب به عنوان یک اختلال شایع روانی مطالعات نشان می‌دهند که شرکت در مراسم مذهبی اضطراب را کاهش می‌دهد (۲). برخی مطالعات نشان می‌دهند که آموزش روشهای حل مساله در چارچوب مذهبی، ضمن افزایش سازش یافتگی روانشناختی، اضطراب

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، دکتر مسعود جان

بزرگی (email: janbozorgi@sbmu.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۳/۱۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۱۰/۲۵

این تقسیم‌بندی آنگاه آلپورت اظهار می‌دارد که اکنون می‌توانیم به این سوال که آیا برخی باورهای مذهبی درمانگران تر و پیشگیرانه‌تر از دیگر محرک‌ها هستند؟ پاسخ دهیم. فرض او این است که مذهب بیرونی کمتر از مذهب درونی جنبه درمانگران و پیشگیرانه دارد. برای بسیاری از مردم مذهب عادت‌ی ملال‌آور، تشریفاتی، صرفاً فرهنگی، برای جشنها و مراسم سنتی می‌باشد که برای آرامش خانوادگی و شخصی و مسایلی از این قبیل مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای برخی دیگر مقام در پی دارد و اعتماد به نفس آنها را تقویت کرده و اهداف و نتایج آنها را به پیش می‌برد، به وسیله آن بر دوستانشان فایده می‌آیند، در دیگران نفوذ می‌کنند و قدرتی برای خود دست و پا می‌کنند. گاهی نیز در این راستا مذهب، دفاعی است در برابر واقعیت. کسانی که مذهب بیرونی دارند، از نظر فلسفه الهی، به خداوند روی می‌آورند ولی از خود دور نمی‌شوند. به همین دلیل مذهب آنها اساساً به سپری برای خودمیان بینی (Ego-Centric) آنها تبدیل می‌شود. این همان مذهبی است که از نظر فروید به نوروتیک (روان‌آزردگی) منتهی می‌شود. در اینجا مذهب به عنوان دفاعی در برابر اضطراب عمل می‌کند. از نظر انگیزشی این مذهب بر انگیزاننده نیست ولی به دیگر انگیزه‌ها مانند نیاز به امنیت، نیاز به مقام و قدرت، نیاز به حرمت خود، سرویس می‌دهد (۱۰). از نظر تحولی نیز چنین افرادی مصداق توضیحاتی هستند که پیازه درباره خود میان بینی می‌دهد (۱۱). مذهب درونی به شکل ابزاری سازمان نمی‌گیرد و وسیله‌ای برای کنترل ترسها و کسب آسایش و راحتی و یا تلاشی برای والایی‌گرایی مسایل جنسی یا آرزوهای کمال‌جویانه نیست. مسایل اخیر ممکن است در چارچوب نیازهای اولیه ما باشند ولی مذهب وسیله‌ای برای ارضاء آنها نیست، بلکه مذهب یک تعهد همه جانبه است. این تعهد علاوه بر اینکه هوشمندانه است، اساساً انگیزشی است. چنین مذهبی هر آنچه در تجربه خود قرار گیرد را پوشش می‌دهد و هر آنچه که فرا تجربی باشد نیز از دایره آن خارج نیست. این مذهب خانه‌ای است برای حقایق علمی و حقایق عاطفی و مشتاق تعهد به یک وحدت یافتگی و یکپارچگی ایده‌آل در زندگی شخصی است (۱۰). او معتقد بود که تنها مذهب با جهت‌گیری درونی است که سلامت روانی را تضمین می‌کند. علاوه بر مطالعات آلپورت تحقیقات زیادی نتایج او را تایید کرد. حتی برخی پژوهشها بر خلاف نظر آلیس، نشان دادند که افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی، از نظر شناختی منطقی‌تر و از سلامت روانی بیشتری برخوردارند (۱۲) و میزان رضایتمندی آنها از زندگی بیشتر

آزمودنی‌ها را کاهش می‌دهد (۳). همچنین بین مذهب یا رفتار مذهبی و افسردگی مطالعاتی انجام شده است که بیانگر تاثیر مذهب در کاهش افسردگی است و بین‌گرایش به مذهب و افسردگی رابطه‌ای معکوس مشاهده شده است (۱). مطالعه مولفه‌های ایجاد کننده افسردگی مانند حرمت خود نیز بیانگر تاثیر مثبت مذهب بر آن است (۴).

مذهب به طور کلی بر سلامت روانی تاثیر مثبتی دارد (۵)، در فرا تحلیلی که در زمینه مطالعات مذهبی و سلامت روانی انجام شده است، نتایج نشان داد که در ۴۷ درصد مطالعات رابطه‌ای مثبت بین مذهب و سلامت روانی وجود دارد، ۲۳ درصد رابطه‌ای منفی و در ۳۰ درصد آنها رابطه معنی‌داری دیده نشد (۶). مطالعات متعدد نه تنها رابطه مثبت بین مذهب و سلامت روان را نشان می‌دهند بلکه بیانگر تاثیر مذهب بر سلامت جسمانی نیز هستند (۱، ۵).

بیماریهای جسمانی مانند بیماریهای قلب و عروق، اختلالهای هاضمه و اشکالی از سرطان و فشار خون در بین افراد مذهبی کمتر است (۷). درباره مکانیزم تاثیر مذهب بر سلامت انسان نیز مطالب متعددی منتشر شده است. مذهب به اعتقاد برخی پژوهشگران با تاثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارضهای ارزشی به دو سوال اساسی انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیتها و استعدادهای او پاسخ می‌دهد (۸) و بدین ترتیب به وحدت یافتگی سازمان روانشناختی و معنوی و خود نظم دهی انسان کمک می‌کند. به عبارت دیگر سازش یافتگی انسان با مسایل زندگی، مستلزم پاسخ به خواسته‌های مهمی است که انسان در پی پاسخگویی به آنها است. مذهب بستر مناسبی برای پاسخ به خواسته‌ها و مواضع مبهم فراهم می‌کند. از جمله این خواسته‌ها و نیازها می‌توان به مشکل انسان در رابطه با زمان و جاودانگی، اجتماعی شدن و اجتماعی ماندن، الگوی دلبستگی و جدایی، تشویق و تنبیه (مجازات)، معنا دهی به فعالیتها، عقل، جایگاه فرد در جهان، غلبه و معنادهی به رنجها و تعارضهای اساسی زندگی اشاره کرد (۹). مطالعه دقیقتر در زمینه مکانیزم تاثیر مذهب بر سلامت روانی و اینکه چرا برخی مطالعات بیانگر تاثیر منفی مذهب بر سلامت روانی یا جسمانی است، پژوهشگران را بر آن داشت تا تاثیر انواع مذهب را مورد مطالعه قرار دهند. در این راستا آلپورت به نوع جهت‌گیری مذهبی اشاره می‌کند (۱۰). از نظر او مذهب طیفی است که از یک سو برای افراد معنایی ابزاری دارد و از سوی دیگر نوعی معنا و معنایی است که خود انگیزه اصلی زندگی است و ارزش درونی دارد. مذهب درونی به خودی خود برای فرد جنبه انگیزشی دارد و به دیگر محرکها نیازی ندارد. با توجه به

است (۱). در جامعه ایران نیز برخی تحقیقات رابطه مذهب را با مولفه‌های روانشناختی مورد بررسی قرار داده‌اند، از جمله مشخص شده است که دلبستگی ایمن (Secure attachment) در دانشجویانی که دارای جهت‌گیری مذهبی درونی هستند پیش از دانشجویان دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی است (۱۳). همچنین رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود (۴)، جهت‌گیری مذهبی و سلامت و اختلالهای روانشناختی با استفاده از آزمون SCL90 (۱۴)، مورد بررسی قرار گرفته است. ولی هنوز تحقیقات در این زمینه نیازمند غنای بیشتری است. به نظر می‌رسد که جهت‌گیری مذهبی بر نوع تاثیر افراد از مداخلات روانشناختی نیز موثر است. بررسی جهت‌گیری مذهبی با ابزار با اعتباریابی ایرانی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. مفهوم جهت‌گیری مذهبی بر اساس ابزاری که مورد استفاده قرار گرفته است متفاوت به نظر می‌رسد و دین خاصی را پوشش نمی‌دهد. چنانچه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی رابطه‌ای مثبت نشان دهد احتمالاً می‌توان با سنجش این مفهوم به مراجعین مذهبی کمک موثرتری کرد. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی و مولفه‌های آن (اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و کنش‌وری اجتماعی) است.

مواد و روشها

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی همبستگی است که قصد دارد رابطه بین مذهب و سلامت روان را مورد بررسی قرار دهد. جامعه آماری پژوهش حاضر را دانشجویان مقطع لیسانس دانشگاه‌های استان تهران تشکیل داده‌اند که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو دانشگاه تهران و شهید بهشتی انتخاب شده و به طور تصادفی پرسشنامه‌ها بین آنها منتشر و پس از تکمیل جمع‌آوری شد. تعداد ۱۴۰ نفر دانشجوی دختر و پسر آزمودنی‌های تحقیق حاضر را تشکیل می‌دهند. آزمودنی‌ها در جریان پژوهش حاضر قرار گرفته‌اند و برای نوشتن مشخصات خود اجباری نداشته‌اند. میانگین سنی آزمودنی‌ها $22/5 \pm 5/8$ سال بود و $1/18/3$ آنها مونث هستند. $2/23/2$ نمونه‌ها متاهل هستند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ) (۱۹۷۲) و آزمون جهت‌گیری مذهبی آلپورت (Extrinsic-intrinsic religious orientation) بود. پرسشنامه سلامت عمومی GHQ یک پرسشنامه مبتنی بر خود گزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند، مورد استفاده

قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای ۲۸ ماده است و برای تمامی افراد قابل استفاده است. این پرسشنامه دارای چهار زیر مقیاس است که اعتبار آن به مقدار ۲۲۳ نفر دانشجوی که توسط محقق انجام پذیرفته است، معادل $(0/94)$ محاسبه گردید (۱۵). زیر مقیاس اول (Ghq-A) دربرگیرنده نشانه‌های بدنی شامل موادی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنها است. زیرمقیاس دوم (Ghq-B) در برگیرنده موادی درباره اضطراب و بی‌خوابی است. زیرمقیاس سوم (Ghq-C) نارسا کنش‌وری اجتماعی فرد را نشان می‌دهد و گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسایل زندگی روزمره می‌سنجد و زیرمقیاس چهارم (Ghq-D) موادی را در بر می‌گیرد که میزان افسردگی و گرایش فرد به خودکشی را اندازه‌گیری می‌کند.

آزمون جهت‌گیری مذهبی آلپورت دارای ۲۰ ماده است که جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی را مورد سنجش قرار می‌دهند (۱۰). منظور آلپورت از جهت‌گیری مذهبی درونی مولفه‌های انگیزشی فراگیری است که غایت و هدف هستند نه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف فردی. این مولفه تنها جهت‌گیری مذهبی درونی سلامت روانی را برای فرد به ارمغان می‌آورد. این مقیاس پس از ترجمه بر روی ۴۵ نفر دانشجوی دانشگاه‌های تهران اجرا و اعتبار آن با ضریب آلفای کرونباخ معادل $0/737$ محاسبه گردید (۱۵). آزمودنی‌ها پس از دریافت توضیحات لازم درباره پرسشنامه‌ها و دستورالعمل اجرای آنها فرمها را دریافت و تکمیل نمودند.

داده‌ها از طریق ضریب همبستگی پیرسون با نرم‌افزار SPSS (Version 11.0, SPSS Inc., USA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین نمره سلامت عمومی $22/29 \pm 12/04$ (۶-۷۰)، میانگین جهت‌گیری مذهبی $47/07 \pm 4/35$ (۳۸-۵۸)، میانگین زیر مقیاس اول (نشانه بدنی) تست سلامت عمومی $5/46 \pm 3/72$ (۰-۲۰)، میانگین زیر مقیاس دوم $7/11 \pm 2/37$ (۰-۲۰)، میانگین زیر مقیاس سوم $5/52 \pm 3/68$ (۱-۱۲) و میانگین زیر مقیاس چهارم $4/19 \pm 4/77$ (۰-۲۰) بود.

همانگونه که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود بین سلامت عمومی و GHQ و جهت‌گیری مذهبی رابطه معنی‌داری وجود دارد. یافته‌ها نشان می‌دهند که هر چه سطح جهت‌گیری مذهبی افراد بیرونی‌تر می‌شود، سلامت عمومی آنها به طور

جدول ۱- همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و زیر مقیاسهای مربوطه

| | GHQD | GHQC | GHQB | GHQA | GHQ | ALPORT | |
|---------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------------|
| | **۰/۳۷۵ | *۰/۱۹۷ | *۰/۲۰۴ | **۰/۲۴۱ | **۰/۳۱۹ | ۱ | ضریب همبستگی |
| ALPORT ^۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۲۱ | ۰/۰۱۶ | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰ | سطح معنی‌داری |
| | ۱۳۸ | ۱۳۸ | ۱۳۸ | ۱۳۸ | ۱۳۸ | ۱۳۸ | تعداد |
| | **۰/۸۶۱ | **۰/۶۱۴ | **۰/۸۹۰ | **۰/۸۶۳ | ۱ | **۰/۳۱۹ | ضریب همبستگی |
| GHQ ^۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | سطح معنی‌داری |
| | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۳۸ | تعداد |
| | **۰/۶۰۹ | **۰/۴۱۰ | **۰/۷۶۰ | ۱ | **۰/۸۶۳ | **۰/۲۴۱ | ضریب همبستگی |
| GHQA ^۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۴ | سطح معنی‌داری |
| | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۳۸ | تعداد |
| | **۰/۶۵۹ | **۰/۴۵۱ | ۱ | **۰/۷۶۰ | **۰/۸۹۰ | *۰/۲۰۴ | ضریب همبستگی |
| GHQB ^۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۱۶ | سطح معنی‌داری |
| | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۳۸ | تعداد |
| | **۰/۳۸۶ | ۱ | **۰/۴۵۱ | **۰/۴۱۰ | **۰/۶۱۴ | *۰/۱۹۷ | ضریب همبستگی |
| GHQC ^۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۲۱ | سطح معنی‌داری |
| | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۳۸ | تعداد |
| | ۱ | **۰/۳۸۶ | **۰/۶۵۹ | **۰/۶۰۹ | **۰/۸۶۱ | **۰/۳۷۵ | ضریب همبستگی |
| GHQD ^۶ | ۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۰۰۱ | سطح معنی‌داری |
| | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۳۸ | تعداد |

^۱جهت‌گیری مذهبی آلپورت، ^۲سلامت عمومی، ^۳نشانه‌های بدنی، ^۴اضطراب و بی‌خوابی، ^۵نارسا کنش‌وری اجتماعی، ^۶افسردگی؛ ** در سطح ۰/۰۱ و * ۰/۰۵ معنی‌دار است

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بین سلامت روانی و جهت‌گیری مذهبی رابطه وجود دارد. هر چه جهت‌گیری مذهبی بیرونی‌تر می‌شود سلامت روانی فرد نیز کمتر می‌شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهشهای پیشین که در مقدمه به آن اشاره شد، هماهنگ است (۵، ۱۲).

گذشته از تایید فرضیه اصلی توجه به زیرمقیاسهای سلامت روانی و رابطه آن با جهت‌گیری مذهبی قابل توجه است. از میان چهار زیرمقیاس آزمون سلامت روانی، زیرمقیاس مربوط به حالات افسردگی بیشترین همبستگی را با جهت‌گیری مذهبی نشان داد. معنی این یافته این است که هر چه افراد با مذهب رابطه‌ای درونی‌تر برقرار می‌کنند حالت‌های افسردگی و گرایش به خودکشی در آنها کاهش می‌یابد و هر چه افراد از نظر مذهبی جهت‌گیری بیرونی‌تری اتخاذ می‌کنند میزان افسردگی در آنها نیز افزایش می‌یابد. بنابراین فرضیه‌ای که افراد مذهبی از افسردگی کمتری رنج می‌برند، قابل توجه است و با سایر پژوهشهای انجام شده در این زمینه نیز هماهنگ است (۱).

زیرمقیاس بعدی که همبستگی نسبی بالایی را با جهت‌گیری مذهبی نشان داده است زیرمقیاس اول است که بیانگر نشانه‌های بدنی، احساس فرد نسبت به سلامت خود و احساس خستگی است. هر چه فرد از نظر مذهبی دارای جهت‌گیری

کلی کاهش می‌یابد. رابطه بین نمره GHQ و جهت‌گیری مذهبی این نکته را به خوبی نشان می‌دهد (جدول ۱). در نمرات زیر مقیاسهای سلامت عمومی نیز وضع به همین ترتیب است. زیرمقیاس A بیانگر احساس فرد نسبت به وضع سلامت خود، احساس خستگی و نشانه‌های بدنی است که اغلب با برانگیختگی‌های هیجانی همراه است. هر چه نمره فرد در این زیر مقیاس بیشتر می‌شود نمره جهت‌گیری مذهبی نیز بیرونی‌تر می‌شود. ضریب همبستگی این دو عامل (۰/۲۴۱) می‌باشد ($p < ۰/۰۰۴$).

زیر مقیاس دوم که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط است دارای ضریب همبستگی ۰/۲۰۴ ($p < ۰/۰۱۶$) است. زیر مقیاس سوم با ضریب همبستگی ۰/۱۹۷ ($p < ۰/۰۲۱$) و زیر مقیاس چهارم که در برگیرنده موادی است که با افسردگی وخیم خصوصا گرایش به خودکشی در ارتباطند نیز از ضریب همبستگی ۰/۳۷۵ ($p < ۰/۰۰۰۱$) برخوردار بود. همانگونه که مشاهده می‌شود زیر مقیاس چهارم دارای قویترین همبستگی است. یعنی هر چه جهت‌گیری مذهبی بیرونی‌تر می‌شود، میزان افسردگی و گرایش فرد به خودکشی نیز بیشتر می‌شود و بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و میزان ابتلا به افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

بیرونی دارند در حالیکه فرزندان خود را بیشتر با مبدا بیرونی تربیت می‌کنند (۱۷).

بنابراین چه برداشت غیرقابل انعطاف از مذهب و چه مذهب غیرقابل انعطاف می‌تواند گرایش به جهت‌گیری بیرونی را افزایش دهد.

نکته قابل بحث مکانیسم تاثیر مذهب بر سلامت روانی است. آیا مذهب به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای عمل می‌کند؟ آیا به عنوان یک عامل سرکوبی نشانه‌ها و یا استتال نشانه‌ها در چارچوب رفتاری و فکر جامعه پسندانه می‌باشد و یا اینکه در نهایت مذهب چارچوبی را از نظر معنوی فراهم می‌کند که باعث وحدت‌یافتگی درونی افراد می‌گردد، آنگاه از آن زاویه که باعث وحدت‌یافتگی می‌شود سلامت روانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد؟ واقعیت این است که چنین رابطه‌ای پیچیده و قابل بحث است. برخی مطالعات نشان می‌دهند مکانیسم تاثیر مذهب بیشتر به وحدت‌دهی آن به چارچوب رفتارها و شخصیت مربوط است، به ویژه مذاهبی که توحید یافتگی آنها در سطح بالاتری است (۱۸).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت نمونه‌گیری اشاره کرد. برای پیگیری معتبرتر نتایج لازم است گروه وسیعتری از افراد مورد سنجش قرار گیرند. نتایج این پژوهش تنها می‌تواند راهگشای پژوهش‌های بزرگتری قرار گیرد. از طرفی ابزار سنجش مذهبی نیز در پژوهش‌هایی مورد انتقاد قرار گرفته است. در این راستا به در آمیختگی تعهد مذهبی و پیامدهای مذهبی و نیز ضعیف بودن چارچوب مبدا درونی و بیرونی که آلپورت مطرح کرده است، اشاره شده است.

در مجموع می‌توان گفت به رغم بی‌توجهی روانشناسان بزرگ، مذهب می‌تواند چارچوب معتبر و پایداری برای سلامتی روانی افراد فراهم کند. چنانچه شرایطی فراهم شود که فرد بتواند مذهب را در چارچوب و ساختار شناختی و عاطفی خود درونی کند و از سطح باور به سطح ایمان مذهبی انتقال یابد، چنین مذهبی می‌تواند وحدت‌یافتگی فرد را تضمین کرده و سلامت روانی او را فراهم کند.

بیرونی می‌شود نشانه‌های بدنی و احساس خستگی در آنها افزایش می‌یابد. در برخی یافته‌های منتشر شده در سطح بین‌المللی شاهد پژوهش‌هایی هستیم که نشان می‌دهد افراد مذهبی از سلامت جسمی بیشتری برخوردار هستند (۵،۷). زیر مقیاس بعدی که فرض رابطه بین اضطراب و سلامت عمومی را مطرح می‌کند، نشان می‌دهد کسانی که دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی هستند از اضطراب و بی‌خوابی بیشتری رنج می‌برند. این یافته با نتایج تحقیقات پیشین هماهنگ است (۲،۴). زیرمقیاس چهارم به گسترش توانایی افراد برای مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای، مسایل روزمره زندگی و احساسات آنها درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیتهای متداول زندگی بر می‌گردد. در این زیرمقیاس نیز شاهد همبستگی در سطح بالایی هستیم.

برای درک بهتر از یافته‌ها ماهیت جهت‌گیری مذهبی بیشتر مورد بحث قرار می‌گیرد. بر اساس نظر آلپورت (۱۰) مذهب درونی، مذهبی فراگیر، دارای اصول سازمان یافته و درونی شده است، در حالیکه مذهب با ملاک بیرونی، امری خارجی و ابزاری (instrumental) است که برای ارضای نیازهایی مثل مقام و ایمنی به کار می‌رود. آلپورت (۱۶) اظهار می‌دارد تنها مذهب با بعد درونی، سلامت روانی را بهبود می‌بخشد. بدین ترتیب او بر اهمیت رابطه بین مذهب درونی و سلامت روانی تاکید می‌ورزد. پژوهش‌های متعددی این نکته آلپورت را برجسته ساخته‌اند (۱۶). در پژوهش حاضر نیز مشخص شده است کسانی که جهت‌گیری مذهبی آنها درونی‌تر است از سلامت روانی بیشتری برخوردارند. این نکته نیز قابل بحث است که آیا تمامی مذاهب می‌توانند فرد را به سمت سلامت روانی سوق دهند؟ برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند مذاهبی که فاقد انعطاف لازم بوده و از کمال‌گرایی افراطی (Perfectionism) برخوردارند با برخی اختلالات روانی مانند وسواس بی‌اختیاری و هسته‌ای شدن عواطفی مانند شرم و گناه همراهند. برای مثال، بررسیها نشان دادند که والدین یهودی ارتدوکس افرادی کمال‌گرا هستند و گرایش به مذهب

REFERENCES

1. Wulff DM, editor. Psychology of religion. 2nd edition, John Wiley & Sons Inc. 1997.
2. Neelman J, Halpern D, Leon D, Lewis G. Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in western countries. Psychol Med 1997;27(5):165-71.
3. Schaefer CA, Gorsuch RL. Psychological adjustment and religiousness. Journal for the Scientific Study of Religion 1991;3(4):448-61.

5. Ventis WL. The relationships between religious and mental health. *Journal of Social Issues* 1995;51(2):33-48.
6. Payne IR, Bergin AE, Bielmea KA, Jenkins PH. Review of religion and mental health: prevention and the enhancement of psychosocial functioning. *Prevention in Human Service* 1991;9:11-40.
7. Levin JS, Anderpool HY. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Social Sci Med* 1987;24:589-600.
8. Berammer LM, Abrego P, Shostrom EL, editors. *Therapeutic counseling and psychotherapy*. 6th edition. Prentice Hall; 1993.
9. Levin JS, editor. *Religion in aging and health. Theoretical foundations and methodological frontiers*. ASAGE, Pub. Inc; 1996.
10. Allport G, editor. *The person in psychology*. Boston, Beacon Press, 1968.
۱۱. دادستان پ. پرسشنامه سلامت عمومی. در ترجمه: جب استورا. تنیدگی یا استرس: بیماری جدید تمدن. انتشارات رشد، تهران، سال ۱۳۷۷، صفحات ۱۷۹ تا ۱۸۷.
12. Watson PJ, Milliron JT, Morris RJ, Hood RW. Religion and rationality: comparative analysis of rational emotive and intrinsically religious irrationalities. *Journal of Psychology and Christianity* 1994;13(4):373-84.
۱۳. خوانین زاده م، اژه‌ای ج، مظاهری مع. مقایسه سبک دلبستگی دانشجویان دارای جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی. *مجله روانشناسی*، ۱۳۸۴؛ سال نهم، شماره ۳.
۱۴. بهرامی احسان ه، تنهایی فرد ش، بهرامی احسان ز. رابطه بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی و اختلالهای روانشناختی. *روانشناسان ایرانی*، ۱۳۸۴؛ سال دوم، شماره ۵، صفحات ۳۵ تا ۴۲.
۱۵. جان بزرگی م. بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی. پایان نامه دکتری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، سال ۱۳۷۸.
16. Allport G. Behavioral science: religion and mental health. *Journal of Religion and Health* 1963;2:187-92.
17. Sorotzkin B. Understanding and treating perfectionism in religious adolescents. *Psychotherapy* 1998;35:87-95.
18. Jalali-Tehrani SMM. Integration therapy. In: Corsini RJ, editor. *Handbook of innovative therapy*. 2nd edition. John Wiley and Sons Inc., 2001;p:321-31.