



باورهای مذهبی و اثرات آنها در بهداشت روان

دکتر باقر غباری بناب*

ز دانش نخستین به یزدان گرای
که اویست جان ترا رهنمای
ترا دین و دانش رهاند درست
ره رستگاری بیایدت جست
(فردوسی)

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۴۸

چکیده

گرچه تأثیر باورهای مذهبی در بهداشت روانی افراد کمتر مورد توجه قرار گرفته است، اما بررسیهای انجام شده در این زمینه نشان دهنده تأثیر عمیق این باورها در تمامی جنبه‌های زندگی افراد از جمله دور نگهداشتن ایشان از مواد مخدر و الکل است. باورهای مذهبی قوی سبب می‌شود که افراد کمتر در معرض فشارهای روانی قرار گیرند، کمتر دچار افسردگی شوند، کمتر به بزهکاری روی آورند و طلاق در خانواده‌های آنان کمتر رخ دهد. وجود این باورها نیز احتمال اقدام به خودکشی را در بین پیروان واقعی ادیان الهی تا سطح چشمگیری کاهش می‌دهد. این نوشتار مروری دارد بر بررسیهای انجام شده پیرامون باورهای مذهبی و رابطه آنها با انحرافات اجتماعی و اختلالات روانشناختی.

کلید واژه: باورهای مذهبی، بهداشت روانی، پیشگیری اولیه

روانشناسی چاپ شده، پیرامون پژوهشهای مذهبی است. در میان کسانی که به اهمیت مطالعات مذهبی اشاره نموده‌اند، می‌توان از بنیامین راش^(۲) (۱۸۱۳ - ۱۷۴۵) پدر روانپزشکی آمریکا یاد کرد. وی اظهار نمود: "مذهب رفتار مذهبی یکی از رفتارهای پیچیده انسانی است که کمتر مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است. در پژوهشی که لارسون^(۱) و همکاران (۱۹۸۸) انجام دادند، دریافتند که کمتر از ۱٪ مقالاتی که در مجلات روانپزشکی و

استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران - تهران، خیابان جلال آل احمد، روبروی پل نصر
1-Larson
2-Benjamin Rush

آنقدر برای پرورش و سلامت روح آدمی اهمیت دارد که هوا برای تنفس". جیمز، یونگ، فرانکل و فروم هر کدام به نوبه خود نیز اهمیت رفتارها و اعتقادات مذهبی را یادآور شده‌اند. با وجود این بسیاری از پژوهشگران علیرغم مشاهدات بالینی روانشناسان و روانپزشکان مبنی بر مذهبی بودن اظهارات مراجعین خود، به اهمیت موضوع پی نبردند و از کنار آن به سادگی گذشتند. سیری در متون ادبی و عرفانی ایران نیز نشان می‌دهد که از دیر باز شاعران و عرفای ایرانی به این موضوع توجه داشته‌اند. حافظ غزل سرا و عارف نامی ایران، ضعف حکمت را در گشودن معمای زندگی این گونه بیان می‌کند:

سخن از مطرب و می گو و راز دهر کمتر جو

که کس ننگشود و نگشاید به حکمت این معما را
با توجه به گسترده بودن موضوعات مربوط به ارتباط مذهب و جنبه‌های گوناگون زندگی در این مقاله تنها ارتباط مذهبی بودن و سلامت روان مورد توجه قرار گرفته است. به بیان دقیق‌تر ارتباط مذهبی بودن با عوامل زیر بررسی شده است:

۱- خودکشی

۲- استفاده از مواد مخدر

۳- بزهکاری

۴- طلاق (و یا عدم رضایت متقابل از ازدواج)

۵- افسردگی

۶- فشارهای روانی، سلامتی روانی

خودکشی و مذهبی بودن

کامستاک^(۱) و پارتریج^(۲) (۱۹۷۲) در یک بررسی نشان دادند در مورد افرادی که به کلیسا نمی‌روند چهار برابر بیش از افرادی که به کلیسا می‌روند احتمال اقدام به خودکشی وجود دارد.

در دوازده پژوهش دیگری که توسط گارتنر^(۳) و همکاران (۱۹۹۱) مورد بررسی قرار گرفتند بین اعتقادات مذهبی و خودکشی، همبستگی منفی مشاهده شد.

نتایج شماری از دیگر بررسیها نشان می‌دهد که با پایین آمدن تعداد افرادی که به کلیسا می‌روند، آمار خودکشی در آمریکا بالا رفته است (استاک^(۴)، ۱۹۸۳؛ استاک، دوایل^(۵) و راشینک^(۶)، ۱۹۸۳). بر پایه بررسی استاک (۱۹۸۳) الف- درصد خودکشی را می‌توان بر پایه درصد کلیسا روها پیش بینی کرد. مطالعات دیگر نیز نشان دادند که افراد مذهبی کمتر وسوسه خودکشی داشتند (مایر^(۷)) و براش^(۸)، ۱۹۸۱). در شماری از بررسیها این مسئله نیز روشن شد افرادی که اعتقادات مذهبی قوی داشتند، نسبت به خودکشی تنفر و انزجار بیشتری نشان دادند. هاتلر^(۹) (۱۹۷۹) معتقد است خودکشی برای افراد مذهبی، راه حل پذیرفته شده‌ای برای مقابله با مشکلات به شمار نمی‌رود. افرادی که دارای اعتقادات مذهبی سست هستند بیشتر خودکشی می‌کنند.

ب- استاک در توضیح اینکه چرا افراد مذهبی کمتر دست به خودکشی می‌زنند دلایل مختلفی را ارائه می‌دهد که از آن جمله بالا بودن عزت نفس و داشتن مسئولیت اخلاقی است. وی می‌افزاید اعتقادات مذهبی سبب افزایش عزت نفس می‌شود و افراد غیر مذهبی نمی‌توانند چنین تجربیاتی داشته باشند. استاک همچنین عواملی مانند اعتقاد به بخشایش پروردگار، اعتقاد به مبارزه با وسوسه‌های شیطانی از قبیل خودکشی، اعتقاد به عدالت و روز واپسین را از دیگر عواملی می‌داند که در کاهش خودکشی در میان افراد مذهبی نقش اساسی دارند.

مواد مخدر و مذهبی بودن

در زمینه استفاده از مواد مخدر بررسیها نشان دهنده

1-Comstock	2-Partridge
3-Gartner	4-Stack
5-Doyle	6-Rushing
7-Minear	8-Brush
9-Hoetler	

گورساچ و باتلر (۱۹۷۶) بعد از بررسی ۲۰ تحقیق تجربی به این نتیجه رسیدند که نداشتن اعتقادات مذهبی می تواند به عنوان عامل پیش بینی کننده تلقی شود و مشخص کند که چه کسی در آینده از مواد مخدر استفاده خواهد کرد

دیگران از مواد مخدر استفاده کرده بودند. از دیگر یافته های این بررسی آن بود که هر اندازه اعتقادات مذهبی فرد قویتر باشد، به همان اندازه احتمال استفاده از مواد مخدر کمتر است و این مسئله دلالت بر این می کند که تنها اعتقادات مذهبی درونی شده، می توانند سبب جلوگیری فرد از به کار بردن مواد مخدر گردند.

بزهکاری و مذهبی بودن

در ارتباط با مذهبی بودن و بزهکاری، بررسی ها نشان می دهند که رفتار بزهکارانه در افراد مذهبی کمتر از افراد غیر مذهبی است. برخی از تحقیقات نشان داده اند که نگرش های مذهبی نمی توانند بزهکار بودن و یا بزهکار نبودن را پیش بینی کنند ولی این رفتارها می توانند این دو را از یکدیگر متمایز نمایند (گارتنر، لارسون^(۹) و آلن^(۱۰)، ۱۹۹۱).

به عبارت دیگر شرکت در مراسم مذهبی و انجام تکالیف دینی، می تواند عامل بازدارنده از بزهکاری باشد و نه داشتن نگرش مذهبی. برای نمونه در مورد رفتن به کلیسا نشان داده شده که این عامل رابطه ای منفی با بزهکاری

نتایج مشابه نتایج حاصل از بررسی های پیرامون خودکشی هستند. برای نمونه گورساچ^(۱) و باتلر^(۲) (۱۹۷۶) بعد از بررسی ۲۰ تحقیق تجربی به این نتیجه رسیدند که نداشتن اعتقادات مذهبی می تواند به عنوان عامل پیش بینی کننده تلقی شود و مشخص کند که چه کسی در آینده از مواد مخدر استفاده خواهد کرد. این پژوهشگران اضافه می کنند که خواه این مذهبی بودن، با شرکت در مراسم مذهبی سنجیده شود، خواه با میزان اعتقاد آنها به خداوند، مشخص نمودن اینکه چه کسی در آینده از مواد مخدر استفاده خواهد کرد، مشکل به نظر نمی رسد.

گروهی از محققین در تأیید نظریات گورساچ و باتلر، با قاطعیت اظهار نموده اند که افراد مذهبی از مواد مخدر استفاده نمی کنند (ادلر^(۳) و اسمارت^(۴)، ۱۹۸۵؛ اوتار^(۵)، ۱۹۷۹؛ دیوینز^(۶)، ۱۹۸۲).

در ۱۱ پژوهش از ۱۲ پژوهشی که توسط گارتنر (۱۹۹۱) مورد بررسی قرار گرفت، صرف نظر از ابزار مورد استفاده در سنجش میزان مذهبی بودن در این پژوهشها، نتایج نشان داد که داشتن اعتقادات مذهبی سبب کاهش استفاده از مواد مخدر گردیده است. لوچ^(۷) و هوگز^(۸) (۱۹۸۵) بعد از بررسی نظرات ۱۴۰۰۰ جوان به این نتیجه رسیدند که کمترین استفاده از مواد مخدر به وسیله افراد محافظه کار مذهبی صورت گرفته، در درجه دوم افراد لیبرال مذهبی قرار داشتند. افراد غیر مذهبی بیش از

دارد، و این امر در ۵ مقاله از ۶ مقاله‌ای که توسط ارگیل^(۱) و بیت هلاهمی^(۲) (۱۹۷۵) مورد بررسی قرار گرفته، گزارش گردیده است. هفت مقاله دیگری که توسط گارتنر و همکاران (۱۹۹۱) مورد بررسی قرار گرفت، بر رابطه منفی بین مذهبی بودن و بزهداری، تأکید نموده‌اند.

رضایت‌مندی از ازدواج و مذهبی بودن

آیا میان چگونگی باورهای مذهبی و رضایت‌مندی از ازدواج رابطه‌ای وجود دارد؟

آیا مذهبی بودن سبب جلوگیری از طلاق می‌شود؟

آیا کم بودن طلاق در میان افراد مذهبی به مفهوم ازدواج موفق آنان است و یا اینکه آنها از زندگی با هم لذت نمی‌برند و به ناچار به خاطر اعتقادات مذهبی در کنار یکدیگر زندگی می‌کنند؟

آیا مذهبی بودن باعث می‌شود که افراد از ازدواج خود بیشتر لذت ببرند؟

بررسی‌های انجام شده در این مورد نشان داد که انجام اعمال مذهبی (از جمله رفتن به کلیسا) بیش از دیگر متغیرهای مورد بررسی رضایت‌مندی از ازدواج را پیش بینی کرد (گلین^(۳) و ویور^(۴)، ۱۹۷۸). همچنین اسپراوسکی^(۵) و هاگستون^(۶) (۱۹۷۸) نشان داده‌اند افرادی که برای مدت طولانی با هم زندگی کرده بودند، مذهب را به عنوان مهمترین عامل رضایت‌مندی در ازدواج تلقی کرده‌اند. جریگان^(۷) و ناک^(۸) بعد از بررسی تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که مذهب مهمترین عامل ثبات و پایداری ازدواج است.

گروهی از محققین رابطه بین رضایت‌مندی از ازدواج و مذهبی بودن زن و شوهر را مورد بررسی قرار داده‌اند (کاپلو^(۹)، ۱۹۸۳؛ شام^(۱۰)، بولمن^(۱۱) و جوریج^(۱۲)، ۱۹۸۲؛ گلن و ویور، ۱۹۷۸؛ هانت^(۱۳) و کینگ^(۱۴)، ۱۹۷۸؛ بورچینال^(۱۵)، ۱۹۵۷؛ لاک، ۱۹۵۱). این تحقیقات نشان داده‌اند که بین مذهبی بودن و رضایت‌مندی از ازدواج رابطه‌ای مثبت وجود دارد. این تحقیقات نشان

می‌دهد که علت عدم طلاق در خانواده‌های مذهبی نکوهش طلاق از دیدگاه مذهب نیست و افراد مذهبی از روی ناچاری با یکدیگر زندگی نمی‌کنند. از سوی دیگر می‌دانیم که پایدار بودن کانون خانوادگی و کاهش یافتن احتمال طلاق، خود عامل بسیار مهمی در بهداشت روانی خانواده‌ها به شمار می‌رود. تحقیقات نشان داده‌اند مردانی که طلاق داده و یا از همسرانشان جدا شده‌اند، ده بار بیش از دیگران در معرض ابتلاء به بیماریهای روانی هستند. همچنین زنانی که طلاق گرفته‌اند و یا از همسرانشان جدا شده‌اند، خطر دچار شدن به بیماریهای روانی در آنان پنج برابر بیشتر از زنانی است که طلاق را تجربه نکرده‌اند.

افسردگی و مذهبی بودن

پرسمن^(۱۶) و همکاران (۱۹۹۰) ارتباط بین باورهای مذهبی، افسردگی و بهبودی بعد از جراحی لگن را در ۳۰ زن سالمند (۶۵ ساله و بالاتر) مورد بررسی قرار دادند. این افراد تاریخچه بیماری قبلی نداشتند، در زمان آزمایش از نظر هوشی دارای مشکلی نبودند و همگی به علت شکستگی استخوان لگن مورد جراحی قرار گرفته بودند. نخستین آزمون ۴۸ ساعت پس از جراحی یاد شده و آزمون بعدی تقریباً ۲۴ ساعت پیش از مرخص شدن آنان از بیمارستان صورت گرفت. زمانی که از بیمارستان مرخص می‌شدند، ۳ آزمون به شرح زیر با ایشان اجرا می‌شد:

۱- مقیاس افسردگی پیران

۲- مقیاس مذهبی بودن. در این مقیاس سه جنبه مختلف

1-Argyle	2-Beit - Hallahmi
3-Glenn	4-Weaver
5-Sparawski	6-Houghston
7-Jerrigan	8-Nack
9-Caplow	10-Schumm
11-Bollman	12-Jurich
13-Hunt	14-King
15-Burchinal	16-Pressman

از مذهبی بودن به شرح زیر مورد سنجش قرار می‌گرفت: حضور در مراسم مذهبی، گزارش شخصی فرد از چگونگی باورهای مذهبی خود و سئوالاتی مانند اینکه تا چه اندازه خداوند را منشاء راحتی و آرامش می‌دانسته‌اند. ۳- ارزیابی توانایی راه رفتن از طریق اندازه‌گیری فاصله‌ای که هنگام ترخیص از بیمارستان سالمندان پیاده راه می‌رفتند. نتایج نشان داد، بیمارانی که باورهای مذهبی قوی‌تری داشتند و اعمال مذهبی را انجام می‌دادند نسبت به گروه دیگر کمتر افسردگی داشتند و راه طولانی‌تری را در هنگام ترخیص از بیمارستان پیاده طی کردند. همچنین دانستن خداوند به عنوان منشاء قدرت و آرامش و انجام فرایض دینی به صورت معنی‌داری با درجه پایین افسردگی در هنگام ترخیص از بیمارستان ارتباط داشته است (پرسمن، لیونز^(۱)، لارسون، استرین^(۲)، ۱۹۹۰).

توانایی تحمل فشارهای روانی و مذهبی بودن

آیا سلامت روانی ارتباطی با اعتقادات مذهبی دارد؟ آیا اعتقادات مذهبی می‌تواند در حل مشکلات زندگی به فرد در مانده کمک کند؟ در برخی از بررسیهای انجام شده مؤثر بودن مداخلات مذهبی را در کاهش اضطراب و تحمل فشارهای روانی پس از بهبودی نشان داده‌اند. رابطه مذهبی بودن با اضطراب و ناراحتیهای روانی در مطالعات همه‌گیر شناسی مورد بررسی قرار گرفته است. برای نمونه در دو بررسی، نتایج نشان داد افرادی که به اعتقادات مذهبی پای بند بودند، دارای اضطراب و ناراحتیهای روانی خیلی کمتر از کسانی بودند که به این اعتقادات پای بند نبودند. (لیندنتهال^(۳) و همکاران، ۱۹۷۰؛ استارک^(۴)، ۱۹۷۱).

گارتتر و همکاران (۱۹۹۱) در زمینه سلامت روانی و اعتقادات مذهبی، شش مقاله را مورد بررسی قرار داده‌اند در تمام این مقالات بین اعتقادات مذهبی و سلامت روانی رابطه مثبتی دیده شده است.

بهبودی بیماری و مذهبی بودن

در شش بررسی که پیرامون چگونگی بهبودی بیماری انجام گرفته، نشان داده شده که عملکرد روانی افراد به دنبال شرکت در مراسم مذهبی بهبود یافته است؛ برای نمونه، چو^(۵) و کلین^(۶) (۱۹۸۵) گزارش نموده‌اند که مدت بستری بیماران اسکیزوفرنیکی که به کلیسا می‌رفتند، به مراتب کمتر از گروه گواه بوده است. همچنین بر پایه تحقیقات دیگری، شرکت در مراسم مذهبی باعث پایین آمدن نشانه‌های مرضی روانی به طور معنی‌دار شده است (فینی^(۷) و مالونی^(۸)، ۱۹۸۵؛ موریس^(۹)، ۱۹۸۲).

نتیجه

بر پایه نتایج بررسیهای یاد شده می‌توان گفت که در زمینه بهداشت روانی، مذهب دارای اهمیت ویژه‌ای است. همچنین مذهب سبب کاهش یافتن احتمال خودکشی گردیده، از احتمال استفاده از مواد مخدر می‌کاهد، باعث کاهش بزهکاری در نوجوانان و جوانان شده، احتمال بروز طلاق را در خانواده‌ها کم می‌کند، از بروز افسردگی می‌کاهد، سبب کاهش سطح اضطراب می‌گردد و بالاخره سبب افزایش رضایت از محیط خانواده و زناشویی می‌شود. گرچه این بررسیها در کشور ما انجام نشده است، احتمالاً در صورت انجام چنین تحقیقاتی، ما نیز شاهد نتایجی مشابه نتایج یاد شده خواهیم بود.

منابع

Adlaf, E. M. & Smart, R. G. (1985). Drug use and religious affiliation, feelings, and behavior. *British Journal of Addiction*, 80, 163-171.

1-Lyons

2-Strain

3-Lindenthal

4-Stark

5-Chu

6-Klein

7-Finney

8-Maloney

9-Morris

- Hoetler, J. (1979). Religiosity, fear of death and suicide acceptability. *Suicide and life - Threatening Behavior*, 9, 163-172.
- Hunt, R. A. & King, M. B. (1978). Religiosity and marriage. *Journal for The Scientific Study of Religion*, 17, 403-408
- Larson, D. B. Hohmann, A. A., Kessler, L. G., Meador, K. G., Boyd, J. H. & Mc Sherry, E. (1988). The couch and cloth: The need for linkage. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 1064-69.
- Lindenthal, J. J., Myers, J. K., Pepper, M. P., & Stern, M. S. (1970). Mental status and religious behavior. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 9, 143-149.
- Loch, B. R. & Hughes, R. H. (1985). Religion and youth substance use. *Journal of Religion and Health*, 24, 197-208.
- Locke, H. J. (1951). *Predicting Adjustment in Marriage*. New York: Holt, Rhinehart & Winston.
- Martin, W. T. (1984). Religiosity and United States suicide rates, 1972-1978. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1166-1169.
- Minear, J. D. & Brush, L. R. (1981). The correlates of attitudes toward with death anxiety, religiosity, and personal closeness to suicide. *Omega Journal of Death and Dying*, 11, 317-324.
- Morris, P. A. (1982). The effect of pilgrimage on anxiety, depression, and religious attitude. *Psychological Medicine*, 12, 291-294.
- Pressman, P., Lyons, J. S., Larson, D. B., & Strain J. J. (1990). Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. *American Journal of Psychiatry*, 147, 758-766.
- Schumm, W. R., Bollman, S. R. & Jurich, A, P. (1982). The Argyle, M. & Beit - Hallahmi, B. (1975). *The Social Psychology of Religion*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Autar, S. (1979). Religious involvement and anti - social behavior. *Perceptual and Motor Skills*, 48, 1157-1158.
- Burchinal, L. G. (1957). Marital satisfaction and religious behavior *American Sociological Review*, 22, 306-310.
- Caplow, T. (1983). *All faithful people*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Chu, C. & Klein, H. E. (1985). Psychological and environmental variables in outcome of black schizophrenics. *Journal of National Medical Association*, 77, 793-796.
- Comstock, G. W. & Patridge, K. B. (1972). Church attendance and health. *Journal of Chronic Disease*, 25, 665-672.
- Davids, L. (1982). Ethnic identity, religiosity, and youthful deviance: The Toronto computer dating project. *Adolescence*. 17, 673-684.
- Finney, J. R. & Moloney. H. N. (1985). An empirical study of contemplative prayer as an adjunct to psychotherapy. *Journal of Psychology and Theology*, 13, 284-290.
- Gartner, J. Larson, D. B. & Allen, G. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature, *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6-26.
- Glenn, N. D. & Weaver, C. N. (1987). A multivariate, multisurvey study of marital happiness. *Journal of Marriage and Family*, 40, 269-282.
- Gorsuch, R. L. & Butler, M. C. (1976). Initial drug abuse: A view of predisposing social psychological factors. *Psychological Bulletin*, 3, 120-137.

- Stack, S. (1983 b). The effect of religious commitment or suicide: A cross national analysis, *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 362-374.
- Stark, R. (1971). Psychopathology and religious commitment. *Review of Religious Research*, 12, 165-176.
- Stack, S. (1983 a). The effect of decline in institutionalized religion on suicide, 1954-1978. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 22, 239-252.
- marital conventionalization argument: Implications for the study of religiosity and marital satisfaction. *Journal of Psychology and Theology*, 10, 236-241.
- Sporawski, M. J. & Houghson, M. J. (1978). Prescriptions for happy marriage adjustments and satisfaction of couples married 50 or more years. *Family Coordinator*, 27, 321-327.



درمان بی قراری حرکتی حاد ناشی از نورولپتیکها با پروپرانولول

پژوهشهای زیادی نشان داده است که آنتاگونیستهای گیرنده‌های بتا (نظیر پروپرانولول) می‌توانند در درمان بی‌قراری حرکتی حاد ناشی از مصرف نورولپتیکها مؤثر باشند. حتی بسیاری از پژوهشگران و متخصصین بالینی این داروها را مؤثرتر از آنتی‌کلینرژیکها و بنزودیازپین‌ها می‌دانند. این داروها تأثیر واضحی بر دیستونی عضلانی و پارکینسونیسم دارویی ندارند. پروپرانولول دارویی است که بیش از سایرین در این زمینه مورد مطالعه قرار گرفته و اثر مفید آن شناخته شده است.

مختصر روانپزشکی، کاپلان و همکاران، ۱۹۹۴، ص ۸۹۴