

# بررسی نقش دین در بهداشت روانی و فرآیندهای روان درمانی

محبوبه دادفر



مقدمه



به هستی یزدان گواهی دهیم  
روان را به دین آشنایی دهیم

مرکز تحقیقات کامپیوتر علوم اسلامی

هنگامی که انسان دردمند و تنها، ناامید از کمک دیگران در کاهش دردهای جسمی یا روانی خود راهی به جایی نمی‌یابد، هنگامی که امید بهبودی از بیمار مبتلا به اختلال روانی یا جسمانی با سیری مزمن و پیش‌رونده سلب می‌شود و درمان‌های کلاسیک کمکی به او نمی‌کنند، تنها راهی که برای نجات از اضطراب، افسردگی و دردهای جان‌کاه او باقی می‌ماند یاری جستن از ایمان و باور دینی است (کالابرس، ۱۹۸۷). باور به قدرت خداوند و نیایش او و سر نهادن به خواست و اراده الهی، در تسکین دردها به انسان توان تحمل می‌دهد. در این حال است که نیازهای روحی تأمین می‌شوند، سرمایه‌های اخلاقی تبلور می‌یابند و انسان توان آن را می‌یابد که از جسم خود دور گردد و درد را حس نکند، یا آن‌چنان آرامش یابد که تنش را تجربه ننماید (گالاتر، ۱۹۸۲).

رفتارهایی از قبیل، توکل به خداوند، صبر، دعا، زیارت و غیره می‌توانند از طریق ایجاد

امید به نگرش‌های مثبت باعث آرامش درونی فرد شوند. باور به این که خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند و مسئول عبادت‌کننده‌هاست، تا حد زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت را کاهش می‌دهد، به طوری که اغلب افراد مؤمن، ارتباط خود را با خداوند مانند ارتباط با یک دوست بسیار صمیمی توصیف می‌کنند و معتقدند که می‌توان از طریق اتکاء و توسل به خداوند، اثر موقعیت‌های غیر قابل کنترل را به طریقی کنترل کرد (کرال و شیهان، ۱۹۸۹).

افراد متدین به هر نسبت که ایمان قوی و محکم داشته باشند از بیماری‌های روانی مصون‌تر هستند. از جمله آثار ایمان دینی آرامش خاطر است. ایمان دینی به حکم این که به انسان که یک طرف معامله است، نسبت به هیجان که طرف دیگر معامله است، اعتماد و اطمینان می‌بخشد، دلهره و نگرانی نسبت به رفتار جهان را در برابر انسان از میان می‌برد و به جای آن به او آرامش خاطر می‌دهد (مطهری، ۱۳۷۵).

به عقیده بوالهروی (۱۳۷۶) دین، روان‌شناسی و روان‌پزشکی از بدو ظهور و گسترش فعالیت‌های خود، اهداف مشترکی چون اصلاح احساسات، تفکرات و رفتارهای فردی و گروهی داشته‌اند.

از نظر داویدیان (۱۳۷۶) ایمان، معتقدات مذهبی، دستورات دینی، مراسم و آیین‌های مذهبی همه عواملی هستند که می‌توانند در امر درمان و پیش‌گیری از اختلالات روانی به نحو مؤثری به کار برده شوند به شرط آن که، روش یکارگیری آنها آموخته شود و موارد استفاده از آنها شناخته شود، مخصوصاً این که افراد، چه سالم و چه بیمار، و چه درمان‌گر و درمان‌شونده، از لحاظ درجه ایمان و میزان دین‌داری تفاوت‌های فاحشی با یک‌دیگر دارند. برخورد آنها با مسایل دینی متفاوت است و انتظارات آنان از دین یکسان نیست.

از آن‌جا که در بسیاری از رویکردهای مشاوره به ویژه رویکردهای انسان‌گرایانه توجه به خواسته‌ها، ارزش‌ها، تمایلات و اعتقادات مراجع مورد تأکید می‌باشد، در استفاده از رویکرد درمانی در جامعه اسلامی نگرش اسلام به انسان، آفرینش هدف‌مند وی که در جهان بینی افراد مسلمانان و نگرش آنان به زندگی نمودار می‌گردد، در درمان بسیاری از اختلالات نوروتیک نظیر اضطراب، افسردگی و وسواس می‌بایست مورد توجه درمان‌گر قرار گیرند. به استناد این مطلب که استفاده از نگرش، آموزش‌ها، آداب و عبادات دینی در قالب رویکردهای شناخت درمانی و رفتار درمانی نتایج مطلوب‌تر درمانی را در درمان افراد معتقد به دین دربردارد، بدیهی است به عنوان یک اصل در هر برنامه‌ریزی درمانی علاوه بر ارزیابی آسیب‌شناختی، دیدگاه‌ها، ارزش‌ها





و اعتقادات فرد مراجع در کنار ویژگی های جمعیت شناختی و سایر اطلاعاتی که در یک مصاحبه تشخیصی گردآوری می گردد، می بایستی مورد توجه و ارزیابی قرار داده شود تا به عنوان خزانه فکری مراجعه کننده در فرایند درمان مورد بهره برداری قرار گیرد. امر خطیری که متقدمین علم روان شناسی بدان توجه زیادی نشان می دادند و پس از یک دوره انکار این وجه مهم انسانی توسط درمان گران، اخیراً نیز توسط بسیاری از نویسندگان مورد تأکید قرار گرفته و برای چاپ تجدیدنظر شده DSM<sup>۱</sup> نیز توصیه شده است (بیان زاده، ۱۳۷۶).

روان درمانی دینی رویکردی نوین در درمان بیماری های روانی و اختلالات عاطفی است که به تحقیق می توان ریشه آن را در کارهای یونگ پیدا کرد. دین و سلامت روان هر دو به منزله یک سیستم با عوامل بی شماری در ارتباط هستند. آن طور که واندرزاندن (۱۹۹۳) می گوید در گذشته های دور و حتی در حال حاضر در بعضی از نقاط، مسئولیت درمان بیماران یا افرادی است که با نیروی مافوق طبیعی کار می کنند (رمضانی، نوبای نژاد و بوالهروی، ۱۳۷۶).

استفاده از روش های دینی در درمان بیماری های روانی در دو دهه اخیر مورد توجه و بررسی پژوهش گران و روان درمان گران قرار گرفته است و گزارش های چندی در خصوص اثربخشی این روش انتشار یافته است (اظهر، وارمه و داراب، ۱۹۹۴؛ اظهر و وارمه، ۱۹۹۵؛ پرپرستر، ۲۰۰۱). براساس یافته های اکثر پژوهش ها به نظر می رسد که بیماران دارای مشکلات روان شناختی با توجه به داشتن زمینه های دینی، از روان درمانی هایی که محتوای دینی نیز دارد، بیشتر بهره خواهند گرفت. به عبارتی، به نظر می رسد که اضافه کردن یک برنامه بر پایه قواعد دینی در بهبود علائم بیماری نقش مؤثری داشته باشد (بیان زاده، ۱۳۷۶؛ دادفر، ۱۳۷۶).

اعتقادات و اعمال دینی، نیاز انسان در جهان هستی است. نیاز به فهمیدن مبدأ وجود، هدف زندگی و نقش انسان در زندگی، نحوه ارتباط انسان با دیگران و پاسخ انسان به جهان هستی از جمله این نیازهای دینی است. این نیاز بشر در تمام دوران و در تمام جوامع مطرح بوده است (ساجمن و ماتبوز، ۱۹۸۸).

نقش دین در رابطه با بهداشت و شفا از قرون بسیار دور شناخته شده بود. در طول هزاران سال، دین و پزشکی در مداوا و کاهش رنج های انسان شریک یک دیگر بوده اند (همان منبع). اما نقش دین در مورد اساس وجودی انسان و شفای انسان موضوع پژوهش های چندانی قرار نگرفته

است (لارسون و همکاران، ۱۹۸۶). شاید فقدان بررسی‌های دقیق علمی ناشی از اثرات باقیمانده انقلاب علمی رنسانس باشد. رشد و اوج‌گیری موفقیت‌های علمی در این دوران تنش جدیدی ایجاد نمود و نهایتاً پزشکی و دین را جدا نمود و بدین امر منجر گردید که دین به مراقبت از روح و پزشکی به مراقبت از بدن و سپس روان محدود گردید. به این ترتیب، مذهب فقط و فقط به ایمان محدود گردید که بنا به ماهیتش قابل تصدیق و اثبات نبود و از این رو پژوهش‌های غیر علمی و پژوهش‌هایی که متکی بر داده‌ها نبود، اجرا گردید. در نتیجه بررسی‌های علمی اندکی در مورد تأثیر دین بر سلامتی صورت گرفت. این در حالی است که دین هم‌چنان عاملی اصلی در زندگی بسیاری از انسان‌هاست و اعمال مذهبی به‌طور رایجی در جمعیت عادی وجود دارد. با وجود آمارهای چشم‌گیر در مورد تأثیر دین بر زندگی مردم، پژوهش‌گران به اثر این متغیر در بهداشت و سلامت جسمانی و روانی غفلت کرده‌اند و فقط در سال‌های اخیر است که باور و اعتقادات دینی مورد پژوهش علمی قرار گرفته‌اند (همان منبع).

امروز بیش از هر زمان دیگر نیازمند تفکر و اندیشه در باب تأثیرگذاری تقیدات دینی بر تمامی امور انسانی به‌ویژه مسائل عاطفی و روحی هستیم. امروزه بسیاری از اندیشمندان و صاحب‌نظران بر این باورند که مذهب تأثیر انکارناپذیری بر سلامت روح و جسم و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد، و در میان ادیان الهی، دستورات اسلام پیرامون بهداشت جسم، روان و سایر امور... کامل‌ترین فرامین است، به ترتیبی که طبقه‌بندی رفتار از نظر اسلام متأثر از مفاهیم بهنجار و نابهنجار است. افزون بر آن، رفتار دارای دو بعد دیگر شامل: (۱) بعد اعتقادی؛ یعنی موضع‌گیری فلسفی در قبال هستی و (۲) بعد روانی است. تا زمانی که سلامت و بهنجاری اعتقادی حاصل نشود، سلامت روانی هم حاصل نمی‌شود. باید گفت که این دو صفت به‌طور اجمالی رفتار اسلامی فرد مقید و پایمند را نشان می‌دهند، یعنی رفتار سالم و بهنجار را در تمامی معانی آن (مطهری، ۱۳۷۵).

بسیاری از فرهنگ‌ها افزون بر درمان‌های پزشکی کلاسیک، روش‌های سازمان‌یافته‌ای برای مقابله با بیماری‌های بدنی و روانی در خود دارند. در این راستا همواره ایمان و اعتقاد دینی دارای اهمیت بوده و درمان مبتنی بر ایمان به خداوند به عنوان نیروی مافوق طبیعت، سابقه‌ای دیرینه در بین پیروان ادیان گوناگون داشته است (نس و وینتروب، ۱۹۸۱). گرچه امروزه درمان بیماری‌های بدنی و روانی در پزشکی مبتنی بر استفاده از روش‌های مرسوم پزشکی، فیزیکی و





شیوه‌های متداول روان‌درمانی است و بیشترین تأکید در این روش‌ها در کتب آموزشی مشاهده می‌شود، بررسی‌های بین‌فرهنگی که توسط روان‌پزشکان، روان‌شناسان و متخصصین مردم‌شناسی انجام شده نشان می‌دهد که رابطه ایمان و اعتقاد دینی با بهبودی نه تنها در جوامع شرقی بلکه در پیروان ادیان سراسر جهان موضوعی ثابت شده است. بنابراین، استفاده از این نیروی بالقوه در بهبودی بیماری‌های بدنی و اختلالات هیجانی و رفتاری آثار مؤثر درمانی را دربر دارد (فاوازا، ۱۹۸۲).

باید به یاد داشت که بروز بیماری صرفاً تحت تأثیر عوامل فیزیکی و زیستی نبوده و جسم و روان هر دو در بروز بیماری مؤثرند. تردیدی نیست که پزشکی نوین پیش‌رفت‌های زیادی نموده و سیر شتابانی نیز در دست‌یابی به دقیق‌ترین روش‌ها برای درمان بیماران دارد. تکنولوژی جدید پزشکی با پیچیده‌ترین ابزارها به کمک پزشکان آمده و آخرین روش‌های تشخیصی جراحی و طبی از یک سو؛ و شیوه‌های دقیق روان‌درمانی مبتنی بر تازه‌ترین یافته‌های روان‌شناختی از سوی دیگر برای درمان و کاستن دردهای جسمی-روانی انسان به کار گرفته می‌شود، با این حال انسان دردمند در چنگال بسیاری از بیماری‌ها اسیر مانده و این پیش‌رفت‌ها گره‌گشای مشکلات نمی‌گردد. از آن‌جا که بینش و ارتقاء انسان به دین و ایمان به اصول الهی در بهبود سیر بیماری، کاستن از درد و رنج و افزایش تحمل عوارض بیماری نقش تعیین‌کننده دارد، به کارگیری این نیروهای بالقوه و ارزش‌مند، دارای اهمیت است.

بهترین شیوه برای بررسی نقش دین در سلامت روان و فرآیندهای روان‌درمانی این است که کنش دین را از لحاظ روان‌شناختی به چند جنبه تقسیم نماییم. آن‌گاه در هر جنبه به بررسی شواهد پژوهشی موجود بپردازیم تا نتیجه‌گیری آسان شود. می‌توان شواهد پژوهشی و تجربی نقش دین از لحاظ روان‌شناختی را در شش محور زیر طبقه‌بندی کرد:

۱. دین و بهداشت روانی؛
۲. دین و مقابله با فشار روانی؛
۳. مقابله‌های دینی و سلامت روان؛
۴. دیدگاه افراد دینی در مورد جهان؛
۵. چگونگی پاسخ افراد متدین به مداخله‌های روان‌درمانی و مشاوره‌ای؛
۶. فنون دینی مورد استفاده در روان‌درمانی.

## ۱. دین و بهداشت روانی

همان‌طور که قبلاً ذکر گردید الیس (۱۹۸۱) معتقد بود که دین با غیر منطقی بودن در ارتباط است. این اعتقاد الیس، برخی از اندیشمندان را بر آن داشت تا به کنکاش در مورد درستی یا نادرستی این فرضیه بپردازند. برگین، رینولدز و سالیوان (۱۹۹۱) با فراتحلیل، ۲۴ مقاله پژوهشی، به بررسی رابطه بین دین و بهداشت روانی پرداختند و نتیجه گرفتند که پژوهش‌های انجام شده در این مورد به‌طور کلی نشان داده‌اند که مذهب تأثیر منفی بر بهداشت روانی ندارد. در مجموع، رابطه بین دین و بهداشت روانی مثبت است. با این وجود، افرادی که دارای دین درونی هستند؛ یعنی معتقدند که دین در ذات آنها ریشه دارد، در مقایسه با افرادی که دین بیرونی دارند؛ یعنی دین را وسیله‌ای برای دست‌یابی به چیز دیگری می‌دانند، بهداشت روانی مثبت‌تری دارند. افراد دارای مذهب درونی، سلامت روان بالاتری دارند و افراد دارای دین بیرونی احتمالاً پی‌آمدهای منفی‌تری را تجربه می‌کنند (دوناهو، ۱۹۸۵). لیکن آنچه در این پژوهش‌ها مبهم است عدم صراحت در تعریف بهداشت روانی است. پژوهش‌ها درابتدا، بهداشت روانی را یا به صورت فقدان مشکلات روان‌شناختی و یا به صورت وجود رفتار جامعه‌گرایانه (یا هر دو) در نظر می‌گرفتند. یافته عمده چنین پژوهش‌هایی این است که مفهوم بهداشت روانی مقوله‌ای پیچیده بوده و ارتباط آن با دین به تعریف بهداشت روانی یا دین هر دو بستگی دارد. برگین، بهداشت روانی مثبت را با جایگاه مهار درونی، صفات انگیزشی ذاتی، جامعه‌گرایی، احساس بهزیستی، مسئولیت، کنترل خویش، توانایی تحمل، میل به برداشت و تفسیر خوب و مثبت، پیشرفت از طریق هم‌رنگی و کارآمدی عقلانی برابر می‌داند. به نظر می‌رسد که این ویژگی‌های بهداشت روانی مثبت مورد توافق اغلب متخصصان بهداشت روانی است (جنسن و برگین، ۱۹۸۸). برگین (۱۹۹۱) به این نتیجه رسیده است که دین‌گرایی درون‌زاد با ویژگی‌های فوق در ارتباط است. به همین دلیل نیز تجربه افراد دارای دین درونی و بیرونی از رویدادهای زندگی متفاوت است. طبیعی است که افراد دارای دین درونی سعی دارند رویدادها را به شکل مثبت‌تر و به شکل آزمایش‌های الهی در نظر بگیرند و در نتیجه آنها را فرصتی برای رشد و پیشرفت به شمار آورند. این افراد به دلیل قابلیت‌هایی که دارند سعی می‌کنند تا از الگوهای شخصیتی مشابه به سخت‌کوشی روان‌شناختی برای مبارزه با بحران‌های زندگی استفاده کنند.



می‌دانیم که سخت‌کوشی روان‌شناختی دارای سه مؤلفه مشارکت، کنترل و مبارزه است. به همین دلیل نیز با توجه به ویژگی‌های سخت‌کوشی روان‌شناختی و صفات مطرح شده فوق‌در خصوص افراد دارای دین‌درونی، این افراد توانایی بهتری برای مقابله با فشار روانی و رویدادهای زندگی دارند.

افزون بر این، پژوهش دیگری نشان داده است که افراد دارای دین‌درون‌زاد موقعیت آزمایشی را به صورت دینی توصیف می‌کنند. در حالی که افراد غیر دینی چنین موقعیتی را به شکل غیر دینی توصیف می‌نمایند (هودا و همکاران، ۱۹۹۰). هم‌چنین افراد دارای گرایش بالای دینی، خشنودی بیشتری از زندگی دارند، شادمانی بیشتری دارند و در مواجهه با رویدادهای رنج‌زای زندگی پی‌آمدهای روانی-اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند (الیسون، ۱۹۹۱).

گارتنر و همکاران (۱۹۹۱) در زمینه سلامت روانی و اعتقادات مذهبی شش مقاله را بررسی کرده و دریافته‌اند که در تمام این مطالعات بین اعتقادات دینی و سلامت روانی رابطه مثبتی وجود دارد (به نقل از پهلوانی و همکاران، ۱۳۷۶).

وتیر و همکاران (۱۹۸۵) نشان دادند که ۲۰ تا ۶۰ درصد متغیرهای سلامت روانی افراد بالغ توسط باورهای دینی تبیین می‌شود (به نقل از نیلمن و پرساد، ۱۹۹۵). در مطالعه دیگری ویلیتس و کریدر (۱۹۸۸) نشان دادند که در یک نمونه ۱۶۵۰ نفری با میانگین سنی ۵۰ سال، نگرش‌های دینی با سلامت روانی رابطه مثبتی دارند.

چامبرلیند و همکاران (۱۹۸۷) طی مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که بین دین‌دار بودن، معنی‌داری زندگی و سلامت روانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (به نقل از پین و همکاران، ۱۹۹۲).

در یک مطالعه که در آن ۸۳۶ بزرگ‌سال با میانگین ۷۳/۴ سال شرکت داشتند روشن شد که بین سه شاخص دین‌دار بودن (فعالیت‌های مذهبی غیر سازمان‌یافته، فعالیت‌های دینی سازمان‌یافته و دین‌دار بودن درونی) و روحیه داشتن و دل‌گرمی به زندگی هم‌بستگی مثبتی وجود دارد. به ویژه میان دین‌دار بودن درونی و فعالیت‌های دینی سازمان‌یافته با دل‌گرمی به زندگی هم‌بستگی مثبتی وجود دارد (کونینگ و همکاران، ۱۹۸۸؛ به نقل از پین و همکاران، ۱۹۹۲).

نتیجه سایر پژوهش‌ها نیز حاکی از وجود تأثیر مثبت دین بر سازگاری و بهداشت روانی است. نس و وینتروب (۱۹۸۰)؛ براون، ندیبوس و گری (۱۹۹۰)؛ برگین، ماسترز و



ریچاردز (۱۹۸۸)؛ لويس و مارکیدز (۱۹۸۸)؛ ویلیامز، لارسون و هکمان (۱۹۹۱)؛ هانس برگر (۱۹۸۵)؛ هاندل، بلاکر-لوپز و مورگن (۱۹۸۹)؛ کامستاک و پارتویگ (۱۹۷۲)؛ پولوما و پن دلتون (۱۹۹۱) تأثیر مثبت دین بر سلامت روانی، کاهش علایم بیماری، کاهش ناراحتی و آشفتگی را گزارش داده و از وجود یک رابطه مثبت بین دین و بهداشت روانی حمایت کردند.

در مجموع احتمالاً تأثیر مثبت دین بر بهداشت روانی به دلایل زیر است:

۱. دین می‌تواند موجب ایجاد معنی شود. بنابراین، دین به زیستن و مردن انسان معنی می‌بخشد (اسپیلکا، شارر و کیرک پاتریک، ۱۹۸۵). آنها ۳۶ مطالعه تجربی در مورد مرگ و درگیری دینی را مرور کردند و نتیجه گرفتند که ایمان قوی‌تر یا معتقد بودن به زندگی پس از مرگ با ترس کمتر از مرگ هم‌بستگی دارد. هم‌چنین افرادی که نمره بالاتری در شاخص دین‌دار بودن درونی داشتند، ترس کمتری را از مرگ گزارش کردند.

۲. دینی موجب امیدواری می‌شود و خوش‌بینی افراد را افزایش می‌دهد (شی‌یر و کارور، ۱۹۸۷؛ سلینگمن، ۱۹۹۱).

۳. دین به افراد متدین نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد که ریشه‌خداایی دارد و می‌تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند (پارگامنت و همکاران، ۱۹۸۷).

۴. دین نوعی سبک زندگی سالم‌تر برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامت و بهداشت روانی تأثیر مثبت دارد.

۵. دین مجموعه‌ای از هنجارهای اجتماعی مثبت است که اطاعت از آن موجب تأیید، پشتیبانی و پذیرش از سوی دیگران می‌شود.

۶. دین نوعی احساس فراطبیعی به شخص می‌دهد که بدون تردید تأثیر روان‌شناختی دارد (برگین و پین، ۱۹۹۳).

رضضانی، نوایی‌نژاد و بوالهروی (۱۳۷۶) پژوهشی با هدف بررسی ارتباط جهت‌گیری دینی درونی و برونی با سلامت روانی پیروان سه دین زرتشت، مسیح و اسلام انجام دادند. وسیله سنجش مقیاس جهت‌گیری دینی آلپورت و آزمون SCL-90-R بود. نمونه پژوهش شامل ۵۰۰ مرد و زن ۷۵-۵۵ ساله زرتشتی، مسیحی و مسلمان بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از نواحی پنج‌گانه، ناحیه مرکزی شهر تهران و از پنج منطقه (مناطق ۶، ۷ و ۱۲) به عنوان





خوشه‌های اولیه؛ و از مناطق فوق واحدهایی از هر منطقه به عنوان خوشه ثانویه و از هر واحد، نمونه مورد نظر انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از ضریب هم بستگی پیرسون، تحلیل واریانس یک متغیره و دو متغیره و آزمون تعقیبی شفه، تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که: ۱. بین جهت گیری دینی درونی با سلامت روانی رابطه وجود دارد و هرچه نمره GSL کم می‌شود، نمره AROS بالا می‌رود (درونی می‌شود). بنابراین، هرچه فرد، دین داری درونی شده‌ای داشته باشد، سالم تر است. ۲. بین جهت گیری دینی برونی و سلامت روانی رابطه وجود دارد و هر چه نمره AROS کم می‌شود (برونی)، نمره GSL بالا می‌رود. آنها نتیجه گرفتند که کسانی که دین را در جهت رفع نیازهای اجتماعی خود می‌خواهند و به اصل آن توجه ندارند، از سلامت روانی برخوردار نیستند.

جلیلود (۱۳۸۰) پژوهشی با هدف بررسی رابطه سلامت روانی و پای بندی به تقیدات دینی (نماز) بر روی ۹۴۸ دانشجوی پزشکی (۴۴۷ نفر پسر) و (۴۸۲ نفر دختر) با استفاده از پرسش نامه GHQ و پرسش نامه ۲۸ سؤالی سنجش میزان پای بندی عملی به تقیدات دینی (نماز) انجام داد. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب هم بستگی اسپرمن انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین سلامت روانی و نماز رابطه وجود دارد.



## ۲. دین و مقابله با فشار روانی کامپیوتر علوم اسلامی

رویداد فشارزای روانی یک رویداد منفرد یا مجموعه‌ای از رویدادها یا شرایط زندگی است که انسان در مقابل آنها نیاز به سازگاری دارد. پاسخ انسان به فشار روانی تحت تأثیر برداشت از رویداد فشارزای روانی قرار می‌گیرد. فشار روانی شبکه‌ای از محرک، برداشت‌ها و واکنش‌هایی است که مستلزم این است که انسان از منابع سازش خود استفاده کند تا بتواند با این خواسته‌های درونی و بیرونی انطباق یابد (مونات و لازاروس، ۱۹۸۵). به نظر می‌رسد که افراد متدین و غیر متدین میزان فشار روانی مشابهی را تجربه می‌کنند (شافر و کینگ، ۱۹۹۰). ولی افراد متدین بهتر می‌توانند با رویدادهای منفی زندگی و عوامل فشارزای روانی مقابله کنند. باورهای مذهبی مانند یک «سپر» در برابر استرس‌های زندگی عمل می‌کنند و از این طریق به راهبردهای مقابله‌ای فرد کمک می‌کنند. فرد متدین در بحران‌ها به عبادت و ستایش خدا می‌پردازد و برای رهایی، تقویت شدن، دریافت یک شفای مقدس آ و هم چنین برای دریافت کمک به مؤسسات دینی مراجعه می‌کند (پارک، کوهن

و هرب، ۱۹۹۰). پژوهش پارک و همکاران (۱۹۹۰) نیز از تأثیر مثبت دین در سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی حمایت می‌کند.

مکین توش (۱۹۹۲) نقش دین را در سازگاری افراد با یک رویداد منفی زندگی بررسی کرد. او با ۱۲۴ پدر و مادری که کودک خود را به علت سندرم مرگ ناگهانی از دست داده بودند مصاحبه کرده و دریافت که متدین بودن با یافتن معنی در مرگ ارتباط مثبتی دارند. به علاوه متدین بودن با افزایش سلامت روانی و کاهش ناراحتی در بین والدین طی ۱۸ ماه پس از مرگ کودکانشان، ارتباط داشت.

دین در تمامی عواملی که می‌توانند نقش مؤثری در استرس داشته باشند از قبیل ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی خود فرد، فعالیت‌های مقابله، منابع حمایتی و... نقش کاهش دهنده فشار روانی را ایفا می‌کند.

به اعتقاد پارگامنت (۱۹۹۰) دین نقش مهمی در رویارویی با استرس‌های زندگی دارد و می‌تواند اثر بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند. از نظر وی افراد متدین در هنگام ارزش‌یابی نوع اول (آیا این رویداد به صورت بالقوه خطرناک است؟) و ارزش‌یابی نوع دوم (آیا من می‌توانم با این رویداد مقابله کنم؟) برای مقابله با فشار روانی به خوبی از دین استفاده می‌کنند، زیرا واکنش آنها به فشار روانی تحت تأثیر عواملی مانند حمایت اجتماعی، سخت‌کوشی شخصی، سبک مشکل‌گشایی و مانند آن قرار می‌گیرد، که در افراد متدین موجب کاهش فشار روانی می‌گردد. پس مهم‌ترین تأثیر دین برای مقابله با فشار روانی به خاطر نقشی است که در فرآیند ارزش‌یابی فشار روانی دارد. هم‌چنین دین از طریق عوامل تعدیل‌کننده پاسخ به فشار روانی که در بالا بیان گردیده، در سبک مقابله با فشار روانی تأثیر می‌گذارد. افزون بر این، اعتقادهای شناختی افراد متدین به آنان در مقابله با فشار روانی کمک می‌کند. اعتقادهایی مانند این که خداوند بر حق است، خداوند مهربان است، خداوند انسان را از بدبختی نجات می‌دهد. هم‌چنین افراد متدین از طریق نیایش، آداب و مناسک دینی می‌توانند تجدید قوای روان شناختی کنند. افزون بر این نیایش‌ها، صداقت و راز و نیاز حقیقی با خداوند باعث ایجاد اطمینان و آرامش در افراد می‌گردد. طبیعی است که پس از انجام چنین مناسکی افراد می‌توانند بهتر بیندیشند، راه‌حل‌های جای‌گزین بهتری پیدا کنند و همین‌طور از طریق گریستن بخش زیادی از فشار روانی خود را تخلیه نمایند. هم‌چنین اعتقاد افراد به این که خداوند انسان را آزاد آفریده است



و او را مسئول رفتار خودش قرار داده، موجب می‌شود تا افراد دارای دین درونی، کنترل بیشتری بر اوضاع و احوال خود داشته باشند. این راهبرد می‌تواند بر واکنش عاطفی-شناختی و رفتاری انسان دارای دین درون‌زاد در مقابله با فشار روانی تأثیر بگذارد.

ابوالقاسمی (۱۳۷۶) پژوهشی با هدف بررسی نقش گرایش‌های دینی در اتخاذ شیوه‌های مقابله با استرس دوره سال‌خوردگی و نیز مقایسه آن در سال‌مندان زن و مرد انجام داد. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۱۰۰ سال‌مند ساکن تهران بودند که به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. ابزارها شامل پرسش‌نامه مقابله با استرس، چک لیست سنجش نگرش و گرایش‌های مذهبی (خودساخته) بودند. نتایج نشان داد که بیشتر سال‌مندان برای تقویت خود جهت حل مشکل، دعا کرده و به خدا توکل می‌کنند. سال‌مندانی که گرایش‌های مذهبی بیشتر و محکم‌تری دارند، از شیوه‌های مقابله مناسب‌تری استفاده می‌کنند و خیلی راحت‌تر با مسایل دوره سال‌مندی کنار می‌آیند.

صولتی، نجفی و نوری قاسم‌آبادی (۱۳۸۰) رابطه بین نگرش دینی، مهارت‌های مقابله و سلامت روانی را در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بررسی کردند. آنها ۲۰۰ دانشجوی را به صورت تصادفی انتخاب نمودند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل آزمون مقابله دینی «خودساخته»، آزمون سلامت عمومی GHQ، آزمون نگرش سنج دین و آزمون پاسخ‌های مقابله بود. نتایج نشان داد که بین نگرش دینی و سلامت روانی رابطه وجود دارد. افراد با نگرش دینی بیشتر از سلامت روانی بهتری برخوردار بودند. بین نگرش دینی و پاسخ‌های مقابله رابطه وجود دارد. ۶۵٪ از افراد در مقابل استرس‌های شدید از مقابله دینی و ۳۵٪ از مقابله غیردینی استفاده کرده بودند. بیشترین مقابله دینی مورد استفاده آزمودنی‌ها توکل و استعانت از خداوند و کمترین آن طلب مغفرت از خداوند بود.

### ۳. مقابله‌های دینی و سلامت روانی

شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که توسط فرد در معرض استرس به منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی که فشارآور بوده و فراتر از منابع فردی می‌باشند، به کار گرفته می‌شوند (هینز و همکاران، ۱۹۹۱). در همین راستا مقابله دینی به عنوان روشی که از منابع دینی مانند دعا، نیایش، توکل و توسل به خداوند و... برای مقابله استفاده می‌کند، تعریف شده است.



یافته‌های اخیر نشان داده‌اند، از آن‌جا که این نوع مقابله‌ها هم به عنوان منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند و می‌توانند به کارگیری مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند، از این رو به کارگیری آنها برای بیشتر افراد مفید است (کارور و همکاران، ۱۹۸۹).

به طور کلی مقابله دینی متکی بر باورها و فعالیت‌های دینی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به افراد کمک می‌کند. داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، روحانی و... همگی از جمله منابعی هستند که افراد متدین با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند.

کوئینگ و همکاران (۱۹۸۸) دریافتند که افرادی که همیشه از مقابله‌های دینی استفاده می‌کردند نسبت به افرادی که کمتر و گاهی از این مقابله‌ها استفاده می‌کردند در ۹ شاخص از ۱۲ شاخص سلامت روان شناختی، نمرات بالاتری کسب کردند (به نقل از کوئینگ و همکاران، ۱۹۹۲).

پژوهش‌های دیگری نیز در مورد رابطه بین مقابله‌های دینی و سلامت روان انجام شده است که بر وجود رابطه‌ای مثبت بین مقابله‌های دینی و سلامت روانی صحنه‌گذارده‌اند (کان وی ۸۶-۱۹۸۵؛ کوئینگ، جورج و سیگلر، ۱۹۸۸؛ کوئینگ، سیگلر، میدور و جورج، ۱۹۹۰؛ سیلبر و رایلی، ۱۹۸۵؛ کوک و ویمبلی، ۱۹۸۳؛ به نقل از پارک و همکاران، ۱۹۹۰).

پارک و همکاران (۱۹۹۰) گزارش دادند که تعهدات دینی بر سازگاری والدینی که به‌تازگی فرزندشان را به علت سرطان یا بیماری‌های خونی از دست داده‌اند، اثر می‌گذارد. باورهای دینی بر ارزیابی اولیه اثر گذارده و از همین طریق نحوه مقابله با این رویدادها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به این ترتیب، بر اثر دیدگاه‌های متفاوت دینی، افراد رویدادهای زندگی را به گونه‌ای متفاوت ارزیابی می‌کنند. در همین رابطه تیلور (۱۹۸۳)؛ نقل از همان منبع) در مطالعه بر روی بیماران سرطانی گزارش داد که افراد متدین مبتلا به سرطان، بیماری را یک مبارزه یا چالش ارزیابی می‌کنند در حالی که افراد غیرمتدین سرطان را یک تهدید ارزیابی می‌کنند. باورهای دینی ارزیابی ثانویه را نیز تحت تأثیر خود قرار می‌دهند و در نتیجه بر ادراک فرد و استفاده از فرصت‌های مقابله‌ای<sup>۳</sup> وی نیز تأثیر دارند.



پهلوانی، دولت‌شاهی و واعظی (۱۳۷۶) رابطه بین به‌کارگیری مقابله‌های دینی و سلامت روانی را بررسی کردند. آنها پرسش‌نامه سلامت عمومی و پرسش‌نامه مقابله دینی را بر روی ۳۰ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی ایران (۱۵ زن و ۱۵ مرد) اجرا کردند. نتایج نشان داد که رابطه معنی‌دار منفی بین به‌کارگیری مقابله‌های دینی و سلامت روانی وجود دارد؛ یعنی افرادی که از مقابله‌های دینی بیشتر استفاده می‌کنند از سلامت روانی بهتری برخوردارند و افرادی که از این نوع مقابله‌ها کمتر استفاده می‌کنند، سلامت روانی پایین‌تری دارند.

عظیمی، لولتی و ضرغامی (۱۳۸۰) رابطه بین مقابله دینی و اضطراب را بررسی کردند. نمونه‌های پژوهش شامل ۳۱۶ دانشجو بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه اضطراب حالت-صفت اشمیل برگر و پرسش‌نامه مقابله دینی بود. نتایج نشان داد که بین اضطراب حالت-صفت و مقابله دینی هم‌بستگی معکوس و معنی‌دار وجود دارد. میانگین نمرات اضطراب حالت-صفت به‌طور معنی‌داری در افرادی که مقابله دینی ضعیف داشتند بالاتر بود.

یوسفی (۱۳۸۰) پژوهشی با هدف بررسی رابطه نگرش دینی و به‌کارگیری رفتارهای مقابله‌ای دینی با سلامت روانی در خانواده بیماران بستری در بخش فوریتهای بیمارستان انجام داد. ابزار پژوهش شامل مقیاس اضطراب SCL-90، پرسش‌نامه رفتارهای مقابله‌ای و پرسش‌نامه نگرش دینی بود. نتایج نشان داد که ۷۳/۳٪ افراد رفتارهای مقابله‌ای دینی را همیشه در مواجهه شدن با استرس به‌کار می‌برند. میانگین سطح اضطراب و شدت اضطراب در افرادی که از رفتارهای مقابله‌ای دینی استفاده می‌کردند در مقایسه با سایر رفتارها به‌صورت معنی‌داری کاهش داشت. بین شدت اضطراب با نگرش دینی ارتباط منفی معنی‌دار وجود داشت. بین میزان نگرش با رفتارهای مقابله‌ای دینی رابطه مثبت معنی‌دار نشان داد.

#### ۴. دیدگاه افراد متدین در مورد جهان

اعتقادات و اعمال دینی، نیاز انسان در جهان هستی است. نیاز به فهمیدن مبدأ وجود، نیاز به فهمیدن هدف زندگی و نقش انسان در زندگی، نحوه ارتباط انسان با دیگران و پاسخ انسان به جهان هستی از جمله این نیازهای دینی است. این نیاز بشر در تمام دوران‌ها و در تمام جوامع مطرح بوده است (ساجمن و ماتیوز، ۱۹۸۸).



شاید بهترین توصیه برای بررسی دیدگاه افراد متدین در مورد جهان توجه به علوم باطنی و ادیان شرق باشد، زیرا طبیعی است که دیدگاه افراد متدین و غیرمتدین و ضددین در مورد جهان متفاوت است. افراد بسیار متدین، افراد دیگر را بر حسب سه معیار مورد ارزش‌یابی قرار می‌دهند که عبارتند از: ۱. اهمیتی که به نوشته‌های دینی می‌دهند؛ ۲. اهمیتی که به رهبران دینی می‌دهند؛ و ۳. اهمیتی که به اولویت دین فردی می‌دهند. در حالی که افراد غیرمتدین و ضددین در هنگام ارزیابی دیگران دارای چنین معیارهایی نیستند (ورتینگتون، ۱۹۸۸).

هم چنین برداشت‌های افراد متدین از پدیده‌های جهان و روابط اجتماعی، تحت تأثیر ساختار ارزشی آنان قرار می‌گیرد. به اعتقاد ورتینگتون (۱۹۸۸) افراد متدین از طرح‌واره دینی‌تر، یعنی ساختارهای شناختی «دینی‌گونه» برای ادراک جهان استفاده می‌کنند. ولی این موضوع برای افراد غیرمتدین و ضددین مصداق ندارد.

### انتظارها و ارجحیت‌های مربوط به مذهب در مشاوره و روان‌درمانی

به اعتقاد ورتینگتون (۱۹۹۱) افراد بسیار متدین درمان‌گرانی را ترجیح می‌دهند که ارزش‌های دینی مطابق با خودشان داشته باشند. ولی برای افراد متدین متوسط یا غیرمتدین چنین امری مصداق ندارد. خلاصه این که افراد بسیار متدین، روان‌درمان‌گران دینی را ترجیح می‌دهند و از مشاوره دینی استقبال می‌کنند. این افراد، درمان‌گران متدین را حتی اگر از لحاظ تخصص پایین‌تر باشند ترجیح می‌دهند، ولی علی‌رغم ترجیح دادن درمان‌گران متدین، نمی‌خواهند که فرآیند روان‌درمانی و مشاوره، به طور کلی بر دین مبتنی باشد. هنگامی که مشاوران و روان‌شناسان شروع به ابراز عقاید و ارزش‌های دینی خودشان برای این افراد می‌کنند، رازگشایی آنها نیز از لحاظ انتظاراتها و رفتار مراجع در مورد فرآیند روان‌درمانی و بازده آن تحت تأثیر قرار می‌گیرد. چنان‌چه عقاید و ارزش‌های دینی روان‌شناس و مراجع کاملاً مشابه باشد، خود فاش‌سازی روان‌شناس می‌تواند موجب تسهیل درمان شود، البته به شرط آن‌که تأکید عمده بر دین نباشد. ولی چنان‌چه عقاید دینی روان‌شناس و مراجع متفاوت باشد، یا این‌که مراجع از افشا کردن خود در یک موقعیت حرفه‌ای بیمناک باشد، یا در مورد افراد متدین یا مشاوره دینی کلیشه‌های منفی قوی داشته باشد و یا در جلسات درمانی بر دین تأکید بیش از حد شود می‌تواند در فرآیند روان‌درمانی و بازده آن اختلال ایجاد کند (ورتینگتون و همکاران، ۱۹۹۶).



برخی از پژوهش‌گران پیشنهاد کرده‌اند که درمان‌گران و مشاورانی که خود متدین هستند، بهتر از سایر درمان‌گران می‌توانند با مراجعان و بیماران متدین رابطه برقرار کنند و احساس همدلی بیشتری از خود نشان دهند (برگین و جنسن، ۱۹۹۰).

## ۵. چگونگی پاسخ افراد متدین به مداخله‌های مشاوره‌ای و روان‌درمانی

به طور کلی، به نظر می‌رسد که در روان‌درمانی و مشاوره موفق، مراجعان تمایل دارند که ارزش‌های درمان‌گر خود، به ویژه ارزش‌های سلامت روانی و شخصی را بپذیرند (کلی و استروپ، ۱۹۹۲). هرچند که به نظر می‌رسد میزان پذیرش ارزش‌های درمان‌گر به وسیله مراجع تحت تأثیر میزان شباهت بین نظام ارزشی درمان‌گر قرار می‌گیرد (کلی و استروپ، ۱۹۹۲؛ ورتینگتون، ۱۹۹۱b). به همین دلیل، در رویکرد روان‌شناختی نسبت به دین در روان‌شناسی ژرفای خویشتن، اعتقاد بر این است که مفاهیم سنتی از خدا برای بسیاری از کسانی که هرگز احساس دینی قوی را تجربه نکرده‌اند، قابل درک نیست. این افراد نیازمند طریقه‌ای در دین هستند که بتوانند نمودهای واقعی آن را در درون خودشان بشناسند. گسترش‌دهندگان معاصر روان‌شناسی ژرفا مانند کوریبت (۱۹۹۶) از طریق رویکرد روان‌شناختی نسبت به دین به افراد کمک می‌کنند تا بتوانند ضمن حل مشکلات مربوط به آسیب‌شناسی روانی در زندگی روزمره نیز از دین بهره‌جویند (به نقل از خدایرحیمی و جعفری، ۱۳۷۸).

## ۶. فنون دینی مورد استفاده در روان‌درمانی

پژوهش‌ها نشان داده است که از فنون مختلفی در فرآیندهای مشاوره‌ای و روان‌درمانی استفاده می‌شود. گاهی این فنون به شکل منفرد به کار گرفته می‌شوند، مانند نماز و نیایش، گذشت و بخشایش و مراقبه. گاهی نیز از این فنون به همراه سایر فنون روان‌درمانی استفاده شود (ورتینگتون و همکاران، ۱۹۹۶). به طوری که پژوهش‌های تجربی و مطالعه‌های میدانی، کارآمدی درمانی نماز و نیایش را در افراد متدین به اثبات رسانیده‌اند (فینی و مالونی، ۱۹۸۵). گذشت و ایثار نیز به عنوان یک مؤلفه درمانی در شرایط بالینی به کار گرفته شده‌اند (جونز و همکاران، ۱۹۹۲). از این روش در موارد درمان‌های انفرادی، خانوادگی و زناشویی استفاده شده است.



به طور کلی، در ارتباط با به‌کارگیری این روش در فرآیندهای روان‌درمانی نتایج زیر به دست آمده است:

الف) پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که گذشت و بخشش فواید بسیار دارد (مک کولاف و ورتینگتون، ۱۹۹۴؛ اینریت و همکاران، ۱۹۹۴؛ هوانگ، ۱۹۹۰؛ هیل و اینریت، ۱۹۹۳).

ب) مشاوران و روان‌درمان‌گران مطالعات موردی و مقاله‌های نظری در مورد تأثیر این موضوع نگاشته‌اند.

ج) مطالعات مختلفی گزارش داده‌اند که روان‌شناسان از مذهب در درمان‌های انفرادی، زناشویی و خانوادگی استفاده می‌کنند (دی بلاسیو، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳؛ دی بلاسیو و پراکتور، ۱۹۹۳).

د) بدون تردید ایثار و گذشت در تقویت روابط بین فرد و بهداشت روانی مثبت نقش دارد و در این مورد شواهد روان‌شناختی، اجتماعی و بالینی زیادی وجود دارد (باسیت و همکاران، ۱۹۹۰؛ واینر و همکاران، ۱۹۹۱).

در مورد نقش مراقبه در فرآیندهای روان‌درمانی نیز در طی دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ مطالعاتی انجام شده است. این مطالعات بیشتر در مورد کارآمدی مراقبه مبتنی بر آیین‌های هندو و بودا در درمان اختلالات روان‌شناختی بوده‌اند (اسمیت، ۱۹۷۵). امروزه از این روش همراه با سایر فنون روان‌درمانی استفاده می‌شود و کارآیی مطلوبی نیز دارد (گریببرگ، ۱۹۹۰؛ کارلسون و همکاران، ۱۹۸۸؛ الکساندر و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از خدارحیمی و جعفری، ۱۳۷۸).

تأثیرات درمان‌کننده سوگواری روحانی بررسی شده است. این روش اغلب در سیاه‌پوستان آمریکایی وجود دارد. براساس این روش، فرد داغ‌دیده به مدت ۷ روز از سایر بستگان منزوی می‌شود و به نیایش و روزه می‌پردازد. مشخص شده است که این نوع سوگواری باعث تسکین خلق منفی، جلوگیری از رنجش‌ها و تعارض‌های بیشتر، بهبود تصمیم‌گیری، افزایش توانایی برای ارتباط با خداوند و درمان اختلال می‌شود (گریفیث و مهی، ۱۹۸۴).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از افراد متدین، از نوعی آرامش و کنترل نفس برخوردارند و این توان را دارند که فشارهای عاطفی را تحمل کنند. این پرسش برای بسیاری از درمان‌گران پیش می‌آید که آیا می‌توان با ارائه یک «توصیه دینی» به بیمار، درجاتی از آرامش روانی را به او بخشید؟







کسانی که بر نقش سنتی دین در روان‌درمانی تأکید دارند، باور دارند که لازمه درمان مؤثر، گسترش ایمان دینی است (آلستون و همکاران، ۱۳۷۶). بررسی‌های روان‌شناختی در زمینه مکتب‌های روحانی شرق به ویژه ذن، بودیسم و یوگا نشان داده‌اند که پدیده‌هایی چون تنظیم نفس، مراقبه، ذکر و مانند آنها، از شیوه‌های مؤثر تلقی می‌شوند (الیاده، ۱۳۷۵).

در بررسی مشابه که به روش بالینی انجام شد، پروپست و همکاران (به نقل از ونتیس، ۱۹۹۵)، به درمان افسردگی چهار گروه از آزمودنی‌ها با یکی از روش‌های زیر اقدام کردند:

۱. درمان شناختی-رفتاری با ارضای دینی. بدین معنا که درمان‌گران در این روش به شناخت‌ها و نگرش‌های دینی و تأثیر آنها نیز توجه می‌کردند.

۲. درمان شناختی-رفتاری مرسوم در روان‌درمانی.

۳. درمان مشاوره‌ای به کمک پیشوای دینی. <sup>۴</sup> در این نوع مداخله درمانی، کار درمان با تکیه بر دین و جلسات دینی صورت می‌گیرد و درمان‌گر خود یک پیشوای دینی است.

۴. گروه کنترل.

پس از هجده جلسه یک ساعته، گروه اول یعنی درمان شناختی-رفتاری با ارضای دینی، تنها گروه درمانی بود که بر اساس آزمون افسردگی بک نتایج بهتری، نسبت به گروه گواه نشان داد.

یافته‌های گوناگونی در مورد ارتباط بین دین و طول مدت درمان اختلالات روانی گزارش شده‌اند. در این مورد رازالی و همکاران (۱۹۹۸) با مطالعه طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب که دارای زمینه دینی قوی بودند، به این نتیجه رسیدند که این گروه سریع‌تر بهبود می‌یابند (به نقل از خسروپور و ساردویی، ۱۳۸۰).

در برخی از بررسی‌های انجام شده مؤثر بودن مداخلات دینی را در کاهش اضطراب و تحمل فشار روانی پس از بهبودی نشان داده‌اند. رابطه متدین بودن با اضطراب و ناراحتی‌های روانی در مطالعات همه‌گیری‌شناسی بررسی شده است. برای نمونه در دو بررسی، نتایج نشان داد افرادی که به اعتقادات دینی پای‌بند بودند، دارای اضطراب و ناراحتی‌های روانی خیلی کمتری از کسانی بودند که به این اعتقادات پای‌بند نبودند (لیندنتال و همکاران، ۱۹۷۹؛ استارک، ۱۹۷۱؛ به نقل از جلیلونند و اژه‌ای، ۱۳۷۶).

یونگ (۱۹۳۳) در جریان فعالیت‌های روان‌درمانی خود دریافت که اعتقاد دینی می‌تواند موجب بالا بردن یکپارچگی و معنا دادن به شخصیت فرد گردد. وی متوجه شد که تمام افرادی که

مبتلا به بیماری روانی شده‌اند، فاقد آن معنا، استواری و انسجامی هستند که اعتقاد دینی قادر است به افراد بدهد (نقل از همان منبع).

تیلچ (۱۹۵۷) هشدار می‌دهد که چنان‌چه اساس زندگی انسان صراحتاً روی ارزش‌های مافوق انسانی و متعالی قرار نگیرد، اساسی متزلزل و ناستوار است (همان منبع).

الکسیس کارل ثابت کرد که نماز سبب ایجاد نشاط معنوی مشخصی در انسان می‌گردد و همین حالت است که احتمالاً منجر به شفای سریع برخی از بیماران در زیارتگاه‌ها و معابد می‌شود (همان منبع).

بررسی‌های انجام شده در فرهنگ‌ها و ادیان دیگر، غالباً تأثیرات مثبت دعا و عبادت را بر ویژگی‌هایی چون میل به زندگی، احساس خوب بودن و شادی، کاهش اضطراب و تنش عضلانی، اثربخشی روان‌درمانی و تقویت فرآیند درمانی تأیید کرده‌اند (فینی و مالونی، ۱۹۸۵؛ کارلسون و همکاران، ۱۹۸۸؛ پولوما و پن‌دلتون، ۱۹۹۱؛ برد، ۱۹۸۸؛ اشنایدر و کاستنبام، ۱۹۹۳؛ کولپ، ۱۹۶۹، به نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۸۰).

در زمینه دعا ویلیام جیمز می‌گوید: «هرگونه دعا و نمازی نشانه این اعتقاد است که با ارتباط با خداوند نیز ملکوتی که غذای روح می‌باشد به دست آمده و قیافه دنیا طور دیگری جلوه می‌کند (به نقل از بیان معمار، ۱۳۸۰).

یونگ می‌گوید: «از میان همه بیمارانم در زمینه دوم زندگی (یعنی بالای ۳۵ سال) یک نفر وجود نداشت که مسئله او پس از نومییدی از همه مسایل دیگر، یافتن چشم‌اندازی دینی به زندگی نبوده باشد. به جرأت می‌توان گفت که هر یک از آنان به جهت محرومیت از آن‌چه ادیان موجود در هر عصری به پیروانش می‌دهند، دچار مرض شده بود. هیچ‌یک از آنان که مجدداً آن عقیده دینی‌شان را به دست‌نیاوردند، واقعاً بهبود نیافتند» (به نقل از همان منبع).

مانسون (۱۹۹۸) با مرور جامعی از بررسی‌ها، دعا را یکی از رفتارهای دینی مرتبط با سلامت و تن‌درستی گزارش می‌دهد. گریفیث (۱۹۹۹) گزارش داد که بهبود عمل‌کرد جسمی و روانی با ایمان و اعمال دینی رابطه دارد (به نقل از شجاعیان و زمانی منفرد، ۱۳۸۰).

پژوهش‌های مربوط به اثربخشی باورهای دینی در مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی نیز بسیار زیاد است (فرانک، ۱۹۷۷). به‌ویژه در درمان و بهبود نشانه‌ها در مبتلایان به اختلالات اضطرابی و افسردگی (گالانتر، ۱۹۷۸)، هم‌چنین سوگ‌ناشی از فقدان‌ها و از دست دادن





عزیزان، اختلالات روان‌تنی (گریفیث، ۱۹۸۳)، اختلالات شخصیتی و اختلالات روانی جنسی (پتیسون و پتیسون، ۱۹۸۵) با استفاده از درمان‌های دینی به نحو بارزی مؤثر شناخته شده‌اند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افزون بر تأثیرات مثبت ایمان به خداوند و باور به قدرت او در درمان بیماری‌های جسمی و روانی، تأثیر مراسم ویژه در درمان مذهبی دارای اهمیت است (کوآکلی و مکتا، ۱۹۸۶). در این گونه مراسم که شفای ایمانی<sup>۵</sup> خوانده می‌شود با کمک خواستن از خداوند شفای بیماری خواسته می‌شود (تالبوت، ۱۹۸۳). استفاده از روش درمان دینی در جوامع دارای ادیان الهی به ویژه مسیحیت شایع است. مراسم درمان جمعی در پایان برنامه‌های معمول مذهبی در کلیسا انجام می‌گیرد. ابتدا دعا و خواندن بخش‌هایی از کتاب مقدس در فضایی روحانی صورت گرفته و رهبر مذهبی نقش درمان‌گر را ایفا می‌کند. بیمارانی که در جمع حضور دارند و توسط پزشکان مختلف جواب شده‌اند و یا به درمان‌های پزشکی پاسخ مطلوب نداده‌اند خداوند را می‌خوانند و با ندای درمان‌گر مذهبی که «خداوند قادر مطلق شفا دهنده بیماری‌ها و قدرتش ماوراء جهان مادی است» یک دل و یک صدا می‌شوند. در این حالت‌ها تأکید بر تقویت ایمان و باور بیشتر به شفایابی مذهبی است، نه کاهش نشانه‌های بیماری (پتیسون، لپنیز و دوئر، ۱۹۷۳؛ اسنو، ۱۹۷۴).

گریفیث و همکارانش در دو پژوهش گسترده دست‌آوردهای درمان‌جویی دینی را در کسانی که مدت‌ها از رفتارهای پرخطرانه، اضطراب، افسردگی و دردهای مزمن جسمانی شکایت داشته‌اند، بسیار چشم‌گیر گزارش کرده‌اند. در پی‌گیری‌های بعدی، درمان‌جویان احساس بهبودی خلق، آرامش، افزایش عزت نفس، افزایش قدرت تصمیم‌گیری و از میان رفتن دردهای مزمن بدنی را از جمله دست‌آوردهای درمان دانسته‌اند (گریفیث، مپی و یانگ، ۱۹۸۶؛ پتیسون و پتیسون، ۱۹۸۰).

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 و کلین (۱۹۸۵) گزارش نموده‌اند که مدت بستری بیماران اسکیزوفرنیکی که به کلیسا می‌رفتند، به مراتب کمتر از گروه کنترل بوده است. هم‌چنین بر پایه تحقیقات دیگری، شرکت در مراسم مذهبی باعث پایین آمدن نشانه‌های مرض روانی به‌طور معنی‌دار شده است (فینی و مالونی، ۱۹۸۵؛ موریس، ۱۹۸۵).

اظهر و وارمه (۱۹۹۵) پژوهشی با هدف تعیین تأثیر روان‌درمانی دینی در بیماران دچار داغدیدگی انجام دادند. این پژوهش در بیمارستان دانشگاهی سانیز مالزیا (USMH)<sup>۶</sup> انجام شد.

همه بیماران دارای تشخیص افسردگی اساسی مطابق با DSM-III-R در کلینیک روان‌درمانی بیمارستان فوق بین سال‌های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۳ با استفاده از پرسش‌نامه دینی ۲۳ سؤالی درباره اعتقاد به خداوند، قرآن کریم و حضرت رسول (ص) سرند شدند. بعد از واریسی دقیق سبب‌شناسی، مشخص شد که ۳۰ بیمار یک علت محیطی ویژه داشتند (از دست دادن فرد مورد علاقه). همه این بیماران نمونه مطالعه را تشکیل دادند. از این ۳۰ بیمار، ۱۵ نفر به طور تصادفی به دو گروه کنترل و گروه آزمایشی تقسیم شدند و بر روی همه بیماران مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون در خط پایه یک ماهه، سه ماهه، و شش ماهه به وسیله یک روان‌پزشک (خارج از کادر پژوهش) که نسبت به گروه بیماران بی‌اطلاع بود، اجرا شد. هر دو گروه بیماران داری ضدافسردگی و هر هفته روان‌درمانی حمایتی کوتاه‌مدت را دریافت نمودند. به گروه آزمایشی علاوه بر سایر درمان‌ها روان‌درمانی به شکل بحث در قواعد دینی ویژه (مثل خواندن سوره‌های قرآن و حدیث، تشویق به خواندن بیمار و غیره) ارائه گردید. بحث‌های دینی در یک رویکرد شناختی-رفتاری انجام شد و با استفاده از تجربه‌نگری توأم با همکاری ۱۲ تا ۱۶ جلسه روان‌درمانی به همه بیماران ارائه شد. تحلیل داده‌ها با آزمون t انجام گرفت. نتایج نشان داد که بیماران گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در پایان ۶ ماهه به نحو پایداری بهبودهای معنی‌دار نشان دادند. آنها پیشنهاد کردند که در بیماران متدین دچار سوگ و داغ‌دیدگی، وقتی که روان‌درمانی دینی با رویکردی شناختی-رفتاری به درمان آنها اضافه گردد، سریع‌تر بهبود پیدا می‌کنند.

اظهر، وارمه و داراب (۱۹۹۴) پژوهشی با هدف تعیین تأثیر روان‌درمانی دینی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی انجام دادند. این پژوهش در بیمارستان دانشگاهی ساینز مالزی (USMH) انجام شد. همه بیماران دارای تشخیص اختلالات اضطراب DSM-III-R با استفاده از پرسش‌نامه دینی مورد ارزیابی قرار گرفتند. این پرسش‌نامه در مالای تهیه شده که شامل ۲۳ سؤال در خصوص عقاید بیماران درباره خداوند، قرآن کریم و حضرت رسول (ص) است. هر سؤال طبق یک مقیاس ۱۰ امتیازی درجه‌بندی شد. ۱ امتیاز برای پاسخ خیلی ضعیف و ۱۰ امتیاز برای پاسخ خیلی قوی. افرادی که ۵ امتیاز یا بیشتر در حداقل ۷۰٪ از سؤالات بدست آوردند در مطالعه گنجانیده شدند. همه بیماران مسلمان بودند. مطالعه در یک محیط فرهنگی، مکانی که جمعیت غالباً مسلمان بودند انجام شد. کل ۷۷ بیمار معیارهای دینی بودن و نیز معیارهای تشخیصی DSM-III-R را برای اختلال اضطراب منتشر داشتند. بیماران بعداً به طور تصادفی به



دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. ۱۵ نفر از بیماران مدت کامل درمان را تکمیل نمودند و درمان را ترک کردند. بالاخره ۶۲ بیمار نمونه مطالعه را تشکیل دادند و از این تعداد ۳۱ بیمار به دو گروه تقسیم شدند. هر دو گروه درمان را با بنزودیازپین ها شروع کردند که بیشتر از ۸ هفته به آنها دارو داده نشد. برای هر دو گروه نیز به طور هفتگی روان درمانی برای کاهش اضطراب ارائه گردید. این درمان شامل روان درمانی حمایتی بود. به کلیه بیماران هفته‌ای یک بار هر دفعه حدود ۴۵ دقیقه درمان ارائه گردید. آنها به ۱۶-۱۲ جلسه درمان احتیاج داشتند. در گروه مطالعه، روان درمانی دینی علاوه بر دو روش قبلی به شکل بحث روی موضوعات خاص دینی برای بیماران (مثل خواندن سوره‌های قرآن کریم، تشویق به عبادت به عنوان شکلی از آرام‌سازی) ارائه گردید. همه بیماران با استفاده از مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون به وسیله روان‌پزشک دیگری که از گروه بیماران بی‌اطلاع بود، در شروع درمان، سپس در پایان ماه سوم و ششم مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل شد. نتایج نشان داد که بیمارانی که روان درمانی دینی را دریافت کردند، به طور معنی‌داری بهبود سریع‌تری را در علائم اضطراب نشان دادند تا بیمارانی که فقط روان درمانی حمایتی و دارو دریافت نمودند. آنها نتیجه گرفتند که بیماران متدین امکان دارد به شکل یا نوع متفاوتی از روان درمانی احتیاج داشته باشند.

اظهر و وارمه (۱۹۹۵) در پژوهش دیگری جهت تعیین تأثیر روان درمانی دینی بر روی بیماران افسرده، با چهارچوب دقیقاً مشابه گروه‌های پژوهش قبلی، دو گروه آزمایشی و کنترل را انتخاب کردند. در هر دو گروه ۳۲ نفر وجود داشتند. بیماران با مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون و پرسش‌نامه دینی برای تعیین میزان متدین بودن مورد ارزیابی قرار گرفتند. این پرسش‌تسابهی از لحاظ روش تلفیقی اتخاذ شده در پژوهش قبلی را نشان می‌دهد، هر دو گروه یک دوز متوسط داروی ضد افسردگی دریافت کردند. بیماران روان درمانی حمایتی هفتگی به مدت ۴۵ دقیقه یک بار در هفته به مدت ۲۰ جلسه و روان درمانی که شامل قرائت قرآن، نقل حدیث، روایات و آموزش باز مسائل دینی و ترغیب به نماز و دعا به عنوان یک نوع مراقبه را دریافت داشتند. روش آنها مثل پژوهش قبلی بود که توضیح داده شد. تکنیک شناخت درمانی با تأکید بر مضمون دینی و با استفاده از آموزش‌های دینی بود. نتیجه‌ای که از این پژوهش به دست آمده نشان می‌دهد که آزمون ۱ یک ماهه و سه ماهه تفاوت معنی‌داری نشان داد، ولی در پایان ۶ ماه تفاوت معنی‌دار نبود. سرعت بهبود در بین افرادی که از این روش استفاده می‌کنند به طور



چشم‌گیری زیاد است. آنها توصیه کردند که مطالعات بیشتری روی نحوه ارائه این نوع روان‌درمانی و به‌ویژه از نظر اجزاء و ریز محتوی برنامه روان‌درمانی صورت گیرد.

کن وی ضمن تحقیقی که در زمینه تأثیر دین بر سلامت روان در سال ۱۹۸۵-۶ روی اشخاص سال‌مند انجام داد دریافت که شرایط طبی استرس‌زا در بین اشخاص سال‌مند شایع‌تر بوده ولی اعتقادات و اعمال دینی شامل نماز خواندن، فکر کردن در مورد خداوند و عقاید درونی فرد به عنوان مکانیزم‌های مهم برای کم کردن استرس و بهتر کردن توانایی سازش با اینها در بین بیماران سال‌مند به‌ویژه سیاه‌پوستان به کار می‌روند (به نقل از طهماسبی‌پور و کمانگری، ۱۳۷۶).

کونینگ، جورج و سیگلر ضمن پژوهشی بر روی ۱۰۰ نفر بیمار بالغ گزارش دادند که استراتژی‌های سازگاری دینی در نحوه اداره و کنترل وقایع استرس‌زای زندگی خصوصاً در بالغین اهمیت زیادی داشته‌اند. این مطالعه نشان داد که شایع‌ترین رفتارهای سازگاری مورد استفاده با ماهیت دینی شامل ایمان و اعتقاد به خدا، نمازگزاران به درگاه خداوند و تقاضای کمک و نیرو از خداوند (به صورت دعا و نیایش) بود (به نقل از همان منبع).

موریس (۱۹۸۲) تأثیر زیارت دینی را روی افسردگی و اضطراب ۲۴ بیمار سال‌مند بررسی کرد. او دریافت که علائم بیماران بعد از زیارت رفتن کاهش معنی‌داری داشته و حداقل تا ده ماه بعد از برگشتن از زیارت هم این تأثیر ادامه دارد.

گاس (۱۹۸۴) در بررسی رابطه سلامت روان با ارزش‌های مذهب ارتدکس، پژوهشی بر روی ۱۰۰ دانشجوی ارتدکس و ۱۰۴ غیر ارتدکس انجام داد. نتایج نشان داد که بین ایمان مذهبی، دعا و تعلیمات انجیلی با اختلالات عاطفی و روانی رابطه منفی وجود دارد؛ یعنی دین و ارزش‌های دینی به عنوان روش‌های مقابله با ناراحتی‌ها و اختلالات عاطفی و روحی کاربرد دارد (به نقل از رمضان، نوابی‌نژاد و بوالهروی، ۱۳۷۶).

ابو، ریچ من و چفتسز (۱۹۸۴)؛ به نقل از پارک، کوهن و هرب، ۱۹۹۰) دریافتند که کاتولیک‌های کریس ماتیک<sup>۷</sup> بیش از مسیحیان ساینتیستز<sup>۸</sup> در موقعیت‌های بحرانی به عبادت می‌پردازند و برای دریافت حمایت اجتماعی به گروه‌های مذهبی خودی مراجعه می‌کنند.

پژوهش براون و هریس (۱۹۷۸)؛ به نقل از سلیگمن و روزنهان، ۱۹۸۹) چهار عامل را مطرح می‌کنند که حتی در صورت وجود عوامل مستعدکننده افسردگی و وجود رویدادهای مربوط به فقدان، از ایجاد افسردگی جلوگیری می‌کنند. این عوامل عبارتند از: ۱. وجود رابطه صمیمانه با همسر، ۲. داشتن



یک شغل تمام وقت یا نیمه وقت، ۳. حضور کمتر از ۳ فرزند در منزل، و ۴. وجود تعهدات جدی دینی. فیضی و بوالهروی (۱۳۷۶) مقایسه‌ای با هدف بررسی رابطه اعتقادات مذهبی و برخی از رفتارهای بیماران وسواسی بین ۳۰ بیمار متدین مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و ۳۰ مسلمان غیر بیمار انجام دادند. نتایج نشان داد که رفتارهایی مانند رعایت بیش از حد طهارت، پرهیز بیمارگونه از نجاسات، رعایت غیر معمول مخارج تجوید، و شک زیاد در نماز، همگی در کنار سایر علائم اختلال وسواسی-جبری قرار دارند و این رفتارهای دینی در گروه بیمار نسبت به گروه کنترل، تفاوت معنی داری (بر اساس آزمون‌های آماری) داشت. در گروه بیماران این رفتارها بیشتر تکرار می‌شد. میزان آگاهی از مسئله کثیرالشک بسیار پایین بود (۱۰٪ در گروه بیمار و ۲۰٪ در گروه کنترل). منبع کسب اطلاعات شرعی گروه بیمار در درجه اول «دوستان و آشنایان» بودند. در گروه کنترل منبع کسب اطلاعات شرعی بیشتر افراد، توضیح المسائل بود.

اسکندری و کرمی (۱۳۸۰) جهت بررسی نقش مشاوره دینی در بیماران وسواسی-جبری، از میان مراجعین به مرکز خدمات مشاوره‌ای مهر زنجان و مطب روان پزشکی ۸۶ بیمار را انتخاب کردند. بعد از تأیید تشخیص مطابق با معیارهای تشخیصی DSM-IV، برای همه بیماران درمان دارویی شروع کردند و به تصادف نصف بیماران به مشاور دینی نیز معرفی شدند. جلسات مشاوره دینی به طور متوسط دو جلسه با تأکید بر روی انگاره‌های دینی بود. از تعداد ۸۶ بیمار، ۳۵ نفر به علت عدم مراجعه، پی‌گیری مجدد، یا عدم پذیرش مشاوره دینی و غیره از مطالعه حذف شده و نهایتاً ۵۱ نفر به عنوان جمعیت آماری مورد بررسی درمان را ادامه دادند که از این تعداد ۲۳ نفر توأمآ درمان دارویی و مشاوره دینی؛ و ۲۸ نفر فقط درمان دارویی را دریافت داشتند. ارزیابی بالینی و رضایت‌مندی از درمان حداقل دو ماه پس از شروع درمان نشان‌دهنده اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه درمانی بود.

احمدی ابهری (۱۳۷۶) از بین بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک روان پزشکی در یک سال گذشته سه مورد از بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی انتخاب نمود و مورد روان‌درمانی دینی فردی قرار داد، هیچ‌یک از بیماران در معاینه اولیه برای الکترو شوک درمانی، درمان‌های دارویی یا روان‌درمانی مناسب شناخته نشدند و یا درمان‌های پیشین مؤثر واقع نشده بود. متدین بودن بر اساس یک پرسش‌نامه ۵نمره‌ای تشخیص داده می‌شد. تکنیک درمان مبتنی بر تقویت اعتقاد به رحمت خداوند و این که خداوند بندگان گناه کار خود را می‌بخشاید و بیان و تفسیر آیات رحمت



(آیه ۵۴، سوره ۳۹؛ ۲۱۵، سوره ۲؛ ۱۲، سوره ۳۹؛ ۱۵۰، سوره ۷؛ ۱۰۲ سوره ۶؛ ۵۴، سوره ۶) و پذیرش مشیت الهی و یاری جستن از او در تقویت ایمان (۱۶، سوره ۶؛ ۹، سوره ۴۰؛ ۳۱، سوره ۴۳؛ ۸۶، سوره ۱۰؛ ۱۹، سوره ۲۷) بود. ارزیابی روان شناختی براساس مورد شامل مصاحبه، آزمون افسردگی بک و اضطراب و جلسات درمان هفتگی بین ۴۰ تا ۴۵ دقیقه بود. نتایج نشان داد که تکنیک فوق موجب کاهش افسردگی و اضطراب بیماران گردید.

خدایاری فرد (۱۳۷۹) کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمان‌گری را با تأکید بر دیدگاه اسلامی بررسی کرده است. وی در یک کار بالینی روی هشت خانواده که یک یا چند نفر از اعضای آنها دچار افسردگی و ناسازگاری‌های رفتاری بودند و هم‌چنین پنج نفر از دانشجویانی که دچار احساس حقارت و یا افسردگی بوده و به یکی از مراکز مشاوره دانشجویی برای درمان مراجعه کرده بودند، با استفاده از روش مثبت‌نگری از دیدگاه اسلام به درمان پرداخت. در این روش مراجع تشویق می‌شد تا نقاط قوت خود و دیگران را شناسایی و روی آنها تکیه کند.

خسروپور و ساردویی (۱۳۸۰) با هدف بررسی تأثیر ارزش‌های دینی در طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، ۵۰ بیمار مرد در دامنه سنی ۶۰-۵۰ سال را با تشخیص اختلال افسردگی اساسی به وسیله روان‌پزشک براساس ملاک‌های DSM-IV از مرکز روان‌پزشکی شهید بهشتی کرمان انتخاب کردند. بیماران همگی تحت درمان ECT قرار گرفتند و پس از بهبودی به وسیله پرسش‌نامه بررسی ارزش‌های آلپورت، ورتون-لیندزی ارزیابی شدند. براساس نتایج اجرای آزمون ۲۰ نفر در گروه با «ارزش‌های دینی قوی» و ۱۴ نفر در گروه «با ارزش‌های دینی ضعیف» جای‌گزین شدند. پرسش‌نامه تجدیدنظر شده افسردگی در دو گروه نیز اجرا گردید. تحلیل داده‌های حاصل با استفاده از آزمون t نشان داد که گروه «با ارزش‌های دینی قوی» از لحاظ متوسط طول مدت درمان و میانگین نمرات BDI به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه «با ارزش‌های دینی ضعیف» بود. در کل بیماران مورد مطالعه بین متغیرهای طول درمان و ارزش‌های دینی هم بستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت. پژوهش‌گران نتیجه گرفتند که با توجه به یافته‌های پژوهش توجه به عقاید دینی بیماران روانی و تقویت آن خصوصاً در بیماران افسرده می‌تواند در کاهش طول مدت درمان مؤثر باشد.

سرگلزایی، بهدانی و قربانی (۱۳۸۰) در پاسخ به این پرسش که آیا فعالیت‌های دینی می‌توانند از افسردگی، اضطراب و سوء‌مصرف مواد در دانشجویان پیش‌گیری کنند، اقدام به





یک مطالعه کنترل شده کردند. آنها تعداد ۲۵۰ نفر از دانشجویان رشته‌های مختلف در دانشگاه‌های مختلف شهر سبزوار را به صورت تصادفی انتخاب نمودند. کلیه دانشجویان پرسش‌نامه افسردگی بک، پرسش‌نامه اضطراب حالت-صفت اشمیل برگر را برای سنجش افسردگی و اضطراب و پرسش‌نامه سبک زندگی بالدی<sup>۹</sup> را که شامل زیرآزمون فعالیت‌های دینی و زیرآزمون مواد بود به همراه پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و تحصیلی پر نمودند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور خی و t نشان داد که هرچه میزان وقت صرف شده جهت فعالیت‌های دینی بیشتر باشد، افسردگی، اضطراب حالتی، اضطراب صفتی و احتمال سوءمصرف مواد کاهش می‌یابد.

نوغانی و محتشمی (۱۳۸۰) یک مطالعه نیمه تجربی را به منظور تعیین تأثیر آموزش فرهنگ عرفانی بر میزان افسردگی دو گروه از معلمان مدارس راهنمایی دخترانه شهر تهران انجام دادند. نمونه پژوهش شامل ۸۰ نفر معلم زن بود که به صورت تصادفی از میان مراجعانی که به کلینیک‌ها و مراکز آموزشی درمانی (روانی) مراجعه کرده بودند و تشخیص افسردگی آنان به وسیله روان‌پزشک محرز شده بود، انتخاب شدند. هر دو گروه مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایشی در کلاس ویژه آموزش عرفان شرکت کردند و پس از پایان کلاس مجدداً مورد ارزیابی مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون به اضافه پرسش‌نامه محقق ساخته، قرار گرفتند، تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور خی و t صورت گرفت. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و گروه آزمایشی، افسردگی کمتری نسبت به گروه کنترل پس از شرکت در کلاس‌های ویژه آموزش عرفان دارند. هم‌چنین گروه آزمایشی که تحت عنوان روان‌درمانی دینی بودند سریع‌تر از گروه کنترل نسبت به سایر درمان‌ها، پیش‌رفت نشان دادند.

گله‌دار و ساکی (۱۳۸۰) پژوهشی نیمه تجربی را با هدف کلی تعیین تأثیر آوای قرآن بر کاهش اضطراب پیش از آزمون ۸۰ نفر از دانشجویان علوم پزشکی لرستان انجام دادند. این مطالعه در دو گروه آزمایشی و کنترل انجام شد. هر دو گروه در شروع آزمون با پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه اضطراب حالت-صفت اشمیل برگر ارزیابی شدند. سپس گروه آزمایشی به مدت ۷ دقیقه آیات منتخب قرآن کریم را استماع کردند. گروه کنترل به مدت ۷ دقیقه هیچ‌گونه عامل مداخله‌گر دریافت نمودند. دو گروه مجدداً مورد ارزیابی آزمون فوق‌القرار



گرفتند. تحلیل داده با استفاده از آزمون t نشان داد که کاهش اضطراب در گروه آزمایشی بیشتر از گروه کنترل می‌باشد و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است.

قهرمانی، توقایی و توکلی‌زاده (۱۳۸۰) پژوهشی در شهر گناباد بر روی ۲۰۰ نفر از افرادی که سابقه قبلی بیماری روانی نداشتند و در طی ماه مبارک رمضان روزه می‌گرفتند، انجام دادند. نمونه از گروه‌های سنی مختلف شامل ۱۱۴ زن و ۸۶ مرد انتخاب شدند. کلیه افراد پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) در دو مرحله قبل و بعد از ماه مبارک رمضان را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها توسط آزمون t و X2 صورت گرفت. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین وضعیت سلامت روانی افراد در قبل و بعد از روزه‌داری وجود داشته و وضعیت سلامت روانی افراد بهتر شده است. میزان اختلالات روانی در قبل از روزه‌داری ۵/۱۷٪ بوده که بعد از روزه‌داری به ۱۲٪ کاهش یافته است و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. هم‌چنین روزه‌داری باعث کاهش علائم اضطراب، افسردگی و بهبود عمل‌کرد اجتماعی افراد شده و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. پژوهش‌گران نتیجه گرفتند که انجام عمل دینی نظیر روزه، در «ریتیم»های زمانی تکرارشونده با متوجه کردن افراد به سوی خداوند باعث ایجاد نوعی آرامش روحی و روانی در انسان شده که می‌تواند در خودسازی، روش‌های مقابله با استرس و در نتیجه کاهش اختلالات روانی مؤثر باشند.

سردار پورگودرزی، سلطانی زرنندی و خضرائیان (۱۳۸۰) به منظور ارزیابی روزه‌داری در ماه مبارک رمضان بر سلامت روانی، تعداد هفتاد و چهار نفر مرد مسلمان ظاهراً سالم که تصمیم به روزه‌داری در ماه مبارک رمضان ۱۴۱۸ (دی ماه ۱۳۷۶) را داشتند و این فرضیه را در دو سال پی‌درپی قبل از آن نیز انجام داده بودند، طی یک دوره زمانی دو ماهه مورد بررسی قرار دادند. نمونه‌ها با استفاده از نسخه استاندارد شده ایرانی پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) در سه مرحله، ابتدا، انتها و یک ماه پس از ماه رمضان از نظر سلامت جسمانی و روانی مورد ارزیابی قرار گرفتند و تغییرات حاصله در هر یک از مقیاس‌های GHQ-28 در طی ماه رمضان و یک ماه پس از آن را محاسبه و با استفاده از آزمون آماری t مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار دادند. هرچند روزه‌داری در ماه رمضان با کاهش میانگین نمره تمامی مقیاس‌ها به جز افسردگی و عدم روزه‌داری، به جز در مقیاس افسردگی، با افزایش در میانگین نمره سایر مقیاس‌ها همراه بود. هیچ‌یک از این تغییرات از نظر آماری معنی‌دار نبود.



زهروی و پهلوانی (۱۳۸۰) نقش مراسم عبادی روزه‌داری به عنوان یک رفتار دینی را در سلامت روانی بررسی کردند. بدین منظور نمونه‌ای متشکل از ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان را به طور تصادفی انتخاب و سپس با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) قبل و بعد از ماه مبارک رمضان از لحاظ سلامت روانی ارزیابی کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون t انجام شد. نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین روزه‌داری و سلامت روانی وجود نداشت.

روحی عزیزی و روحی عزیزی (۱۳۸۰) تأثیر نماز را بر روی سلامت جسمی-روانی مورد بررسی کردند. در این پژوهش پرسش‌نامه‌های حاوی سؤالات گوناگون درباره نماز و تأثیرات آن در اختیار ۴۵ دانشجوی دختر و پسر با میانگین سنی ۲۰ سال قرار گرفت. نتایج حاصله نشان داد که تقریباً ۱۰۰٪ نمازگزاران معتقد بودند که پس از انجام این فریضه الهی به حالت سکون و آرامش روحی می‌رسند، سختی‌ها و شداید زندگی را راحت‌تر تحمل کرده و نیروی مبارزه با مشکلات، امید و ایمان در آنها تقویت می‌گردد و در راه کسب فضایل و دوری از رذایل گام برمی‌دارند و به طور کلی به دستورات خداوند متعال که در جهت بهتر زندگی کردن انسان ارائه شده گردن می‌نهند که نهایتاً منجر به سلامت روانی و جسمی آدمی شده، سلامت اجتماعی او تأمین می‌گردد.

شجاعیان و زمانی منفرد (۱۳۸۰) پژوهشی با هدف تعیین رابطه بین دعا، سلامت روانی و عمل کرد شغلی کارکنان یک مجتمع صنعتی بزرگ در شهر تهران انجام دادند. جهت سنجش سلامت روانی از پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) و برای عمل کرد شغلی و دعا از پرسش‌نامه‌های محقق ساخته استفاده گردید. به منظور تعیین پایایی با روش بازآزمایی و حجم نمونه در یک بررسی مقدماتی، ۳۰ نفر از کارکنان به طور تصادفی انتخاب و پس از دو هفته مورد آزمون مجدد قرار گرفتند. ضرایب پایایی پرسش‌نامه‌های GHQ، دعا و کارآیی با روش بازآزمایی، به ترتیب، ۹۴٪، ۸۶٪ و ۷۲٪ بدست آمد. حجم نمونه نیز با خطای ۴ درصد ۳۰۶ نفر تعیین شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون t و ضریب هم‌بستگی پیرسون انجام شد. نتایج نشان داد که بین استفاده از دعا با عمل کرد شغلی رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

واعظی، قدسی و فراغتی (۱۳۸۰) رابطه دعا و اضطراب حالتی و صفتی در گروهی از نوجوانان و جوانان مقطع متوسطه مناطق آموزش و پرورش شهر تهران را بررسی کردند. روش



نمونه‌گیری از نوع مرحله‌ای خوشه‌ای بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از آزمون اضطراب پنج‌حالتی-صفتی اشپیل برگر و به منظور بررسی میزان دعا از پرسش‌نامه محقق ساخته و اعتباریابی شده، استفاده کردند. نتایج نشان داد که افرادی که به میزان بیشتری از دعا استفاده می‌کردند، اضطراب کمتری را گزارش دادند.

موسوی و همکاران (۱۳۸۰) پژوهشی با هدف تعیین رابطه نحوه به‌پاداری نماز با اختلال افسردگی اساسی بر روی ۱۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان خورشید (۱۳۷۵) اصفهان انجام دادند. بدین ترتیب پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته در مورد نحوه به‌پاداری نماز را بر روی بیماران و همزمان ۱۰۰ نفر از افراد غیر بیمار تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها توسط آزمون  $t$  و  $X^2$  صورت گرفت نتایج نشان داد که رابطه معنی‌داری بین نحوه به‌پاداری نماز در ۶ ماه قبل از ابتلاء به اختلال افسردگی اساسی با ابتلاء به این بیماری بود.

رادفر و عروجی (۱۳۸۰) در پژوهشی با هدف نقش پای‌بندی عملی به نماز در میزان شیوع اضطراب انجام دادند. در این پژوهش ۴۰۰ دختر دانش‌آموز از نواحی ۳ گانه آموزش و پرورش شهر قم به وسیله پرسش‌نامه اضطراب کتل و فرم سؤالاتی که جهت ارزیابی پای‌بندی عملی به نماز طراحی شده بود، آزمون شدند. نتایج نشان داد که افرادی که نمره نماز بالاتری دارند (توجه و پای‌بندی بیشتری نسبت به اقامه نماز دارند) از اضطراب کمتری برخوردارند.

جلیلووند و اژه‌ای (۱۳۷۶) پژوهشی با هدف بررسی رابطه پای‌بندی عملی به تقییدات مذهبی (نماز) و اضطراب دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران در سال تحصیلی ۷۶-۷۵ انجام دادند. در این پژوهش ۵۰۱ دانش‌آموز دختر و پسر از مناطق ۱۹ گانه آموزش و پرورش شهر تهران با پرسش‌نامه اضطراب کتل و پرسش‌نامه سنجش میزان پای‌بندی عملی به تقییدات دینی (نماز) آزمون شدند. نتایج نشان داد که بین نماز و اضطراب رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد.

غباری بناب و همکاران (۱۳۸۰) پژوهشی با هدف تعیین رابطه بین توکل به خدا و اضطراب در دانشجویان دانشگاه تهران انجام دادند. سایر اهداف پژوهش آنها بررسی ارتباط بین توکل و امیدواری، ارتباط بین توکل و صبر و تحمل بود. آنها تعداد ۵۱۳ نفر از دانشجویان دوره کارشناسی از دانشکده‌های مختلف به‌طور تصادفی خوشه‌ای انتخاب نمودند و بر روی آنها پرسش‌نامه‌های «راهیابی در حوادث و رخداد‌های زندگی» و اضطراب صفت اشپیل برگر را اجرا کردند. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین گروه‌های دانشجویی با «توکل بالا» و «توکل پایین» مقاومت



معنی دار از لحاظ اضطراب صفت وجود دارد. دانشجویانی که میزان توکل آنها در سطح بالا بود، از گروه دیگر به مراتب اضطرابشان پایین تر بود. هم بستگی مثبت و معنی داری بین توکل به خدا و امیدواری؛ و هم چنین توکل به خدا و صبر و تحمل مشاهده گردید.

امیرزاده و امیرزاده (۱۳۸۰) پژوهش توصیفی به منظور بررسی فراوانی حضور در اجتماعات دینی در بیماران خودسوز بیمارستان امام خمینی ارومیه انجام دادند. نمونه های پژوهش به صورت نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسش نامه های بود که بر روی ۵۰ بیمار خودسوز اجرا شد. جهت تحلیل داده ها از آمار توصیفی استفاده شد. نتایج نشان داد که به ترتیب ۷۵٪ و ۷۴٪ مردان و زنان خودسوز اعلام کردند که اعتقادات دینی ضعیفی داشته و در اجتماعات حضور فعالی نداشته اند.

صادق زاده (۱۳۶۹) تحت عنوان «مذهب و ایجاد اختلالات روانی پژوهشی» بر روی یک گروه ۹۲ نفری از بیماران چند بیمارستان تهران و یک گروه نمونه ۷۰ نفری سالم از میان افراد مسلمان و اقلیت های مذهبی زن و مرد بدون در نظر گرفتن سن آنها انجام داد. هدف این بود که مشخص شود آیا افراد غیر مذهبی دچار اختلالات روانی می گردند یا افراد مذهبی. نتایج آزمون مجذور خی نشان داد که افراد مذهبی دارای گرایش کمتری به بیماری های روانی هستند.



مرکز تحقیقات کامپیوتر علوم اسلامی

### پی نوشت ها:

1. Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
2. holy intercession
3. coping options
4. Pastoral counselling
5. faith healing
6. University Sains Malasia Hospital
7. Catholic charismatics
8. Christian scientists
9. Baldi Life Style Inventory

## کتاب نامه:

قرآن کریم.

آلستون، پتر، بیکر، ملتون و محمد لنگهاوزن (۱۳۷۶). دین و چشم اندازهای نو، ترجمه غلامحسین ترکی، قم، انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم.

آهنگر، طلعت (۱۳۷۵)، دعا و نیایش و تأثیر آن بر بهداشت روانی، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران.

ابوالقاسمی، عباس (۱۳۷۶)، «نقش گرایش های مذهبی در اتخاذ شیوه های مقابله با استرس در سال مندان تهرانی»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

احمدی ابهری، سید علی (۱۳۷۵)، «نقش ایمان و اعتقاد مذهبی در درمان بیماری ها و معرفی سه مورد درمان با روان درمانی مذهبی»، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، ص ۴-۱۱.

اسداللهی، قربانعلی (۱۳۷۶)، «رابطه اعتقادات مذهبی در درمان بیماری های افسردگی»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

اسکندری، محمدرضا، و صغری کریمی (۱۳۸۰)، «بررسی مقایسه ای تأثیر دارودرمانی همراه مشاوره مذهبی در بیماران دارای اختلال وسواس-اجبار»، ارائه شده در اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روانی، تهران ۲۷-۳۰ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

الیاده، میرچاد (۱۳۷۵). دین پژوهشی (جلد اول). ترجمه بهاء الدین خرمشاهی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

امیرزاده، جمیله و نوریه امیرزاده (۱۳۸۰)، «بررسی فراوانی حضور در اجتماعات مذهبی در بیماران خودسوز بیمارستان امام خمینی ارومیه سال (۱۳۷۹-۱۳۷۸)»، ارائه شده در اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روانی، تهران ۲۷-۳۰ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

امینی، فریبا و فریده ملکشاهی (۱۳۸۰)، «بررسی تأثیر دعا بر کاهش اضطراب قبل از امتحان دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی خرم آباد سال ۱۳۷۹»، ارائه شده در اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روانی، تهران ۲۷-۳۰ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

اوستا، (۱۳۷۴). ترجمه ابراهیم پور داود. تهران: دانشگاه تهران.

بوآلهری، جعفر (۱۳۷۶)، «موضوعات و زمینه های پژوهش در موارد مشترک روان شناسی، روان پزشکی و





مذهب، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، ضمیمه شماره ۹ و ۱۰، ۴۸-۴۴.

بیان زاده، سید اکبر (۱۳۷۵)، «روان‌درمانی مذهبی در درمان بیماری‌های مضطرب و افسرده»، مجموعه سخنرانی‌ها در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روانی، انستیتو روان پزشکی تهران.

بیان زاده، سید اکبر (۱۳۷۶)، «ضرورت نگاه به ارزش‌های دینی در انتخاب رویکرد مشاوره و روان‌درمانی»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

بیان معمار، احمد (۱۳۸۰)، «نقش دین در بهداشت روانی: مراسم دینی، عبادات و مکان‌های دینی در بهداشت روانی»، ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

پور داود، ابراهیم (۱۳۷۴)، یشتها (جلد ۱ و ۲)، تهران، انتشارات طهوری.

پهلوانی، هاجر؛ دولتشاهی، بهروز و سیداحمد واعظی (۱۳۷۶)، «بررسی رابطه بین به‌کارگیری مقابله‌های مذهبی و سلامت روانی»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

جلیلووند، محمدامین (۱۳۸۰). بررسی رابطه سلامت روانی و پای‌بندی به تقیدات دینی (نماز) در دانشجویان پزشکی. مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه.

جلیلووند، محمدامین و جواد اژه‌ای (۱۳۷۶)، «مطالعه رابطه نماز و اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران ۷۶-۷۵»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

جیمز، ویلیام (۱۳۷۲)، دین و روان، ترجمه مهدی قائنی، تهران، انتشارات آموزش انقلاب اسلامی.

حیسنی، ابوالقاسم (۱۳۷۹)، «مکانیزم بروز اضطراب دیدگاه روان‌شناسی اسلامی»، فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره هفتم و هشتم، سال دوم، ۶۴-۵۸.

خندارحیمی، سیامک و غلامرضا جعفری (۱۳۷۸). «نقش مذهب بر بهداشت روانی، روان‌درمانی و روان‌شناسی بالینی»، فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۴، سال اول، ۱۹۷-۱۸۵.

خدایاری فرد، محمد (۱۳۷۹)، «کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمان‌گری با تأکید بر دیدگاه اسلام»، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، شماره ۵، ۱۶۴-۱۴۱.

خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۰)، «کاربرد عفو و گذشت در روان درمان گری با تأکید بر دیدگاه اسلامی»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

خدیبوی زند، محمدمهدی (۱۳۸۰)، «هنگامه های دعا و درمان»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

خسرویپور، فرشید و غلامرضا ساردوئی (۱۳۸۰)، «بررسی تأثیر ارزش های مذهبی در طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

دادفر، محبوبه (۱۳۷۶)، «روان درمانی مذهبی در درمان بیماران مضطرب و افسرده»، ارائه شده به دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روانی، انستیتو روان پزشکی تهران.

داویدیان، هاراطون (۱۳۷۶)، «بهداشت روانی از دیدگاه ادیان توحیدی»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

دولت‌شاهی، بهروزو؛ زهروی، طاهره و هاجر پهلوانی (۱۳۸۰)، «بررسی نقش زیارت در سلامت روانی افراد»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

رادفر، شکوفه و زهرا عروجی (۱۳۸۰)، «بررسی نقش نماز در میزان شیوع اضطراب دختران دانش آموز مقطع دبیرستان شهرستان قم در سال تحصیلی (۱۳۷۹-۱۳۷۸)»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

رمضانی، ولی الله؛ نوایی نژاد، شکوه و جعفر بوالهیری (۱۳۷۶)، «بررسی ارتباط جهت گیری دینی درونی و بیرونی با سلامت روانی پیروان سه دین زرتشت، مسیح و اسلام»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

روحی عزیز، مهتاب و مریم روحی عزیز (۱۳۸۰)، «تأثیر نماز به عنوان یکی از ارکان دین مبین اسلام بر سلامت جسمی-روانی نسل جوان»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

زهروی، طاهره و هاجر پهلوانی (۱۳۸۰)، «مطالعه نقش روزه داری در سلامت روانی گروهی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه.





آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

سردار پورگودرزی، شاهرخ؛ سلطانی زرنندی، احمد و حمیده خضرانیان (۱۳۸۰)، «بررسی تأثیر روزه داری در ماه مبارک رمضان بر ارزیابی فرد از سلامت جسمانی-روانی خود»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

سرگلزایی، محمدرضا؛ بهدانی، فاطمه و اسماعیل قربانی (۱۳۸۰)، «آیا فعالیت های مذهبی می توانند از افسردگی، اضطراب و سوءمصرف مواد در دانشجویان پیش گیری نمایند؟»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

شجائیان، رضا و افشین زمانی منفرد (۱۳۸۰)، «بررسی رابطه استفاده از دعا در زندگی روزمره و سلامت روانی و عمل کرد شغلی کارکنان فنی یک مجتمع صنعتی بزرگ در شهر تهران»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

صادق زاده، حمیرا (۱۳۶۹)، مذهب و ایجاد اختلالات روانی. پایان نامه کارشناسی روان شناسی مشاوره، دانشگاه آزاد رودهن.

صولتی، کمال؛ نجفی، مصطفی و ربابه نوری قاسم آبادی (۱۳۸۰)، «بررسی رابطه بین نگرش مذهبی، مهارت های مقابله و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

طهماسبی پور، نجف و مرتضی کمانگری (۱۳۷۶)، بررسی ارتباط دگرگش مذهبی با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روانی گروهی از بیماران بیمارستان های شهدای هفتم تیر و مجتمع حضرت رسول اکرم (ص) در نیمه اول ۱۳۷۵، پایان نامه دوره دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

عظیمی لولتی، حمیده و مهران ضرغامی (۱۳۸۰)، «مقابله مذهبی و اضطراب»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

غباری بناب، باقر (۱۳۷۶)، «باورهای مذهبی و اثرات آنها در بهداشت روان»، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، ضمیمه شماره ۹ و ۱۰، ۳۸-۴۳.

غباری بناب، باقر؛ خدایاری فرد، محمد؛ شکوهی یکتا، محسن و علی علی نقی فقیهی (۱۳۸۰)، «رابطه توکل به خدا با اضطراب و صبر و امیدواری در شرایط ناگوار در دانشجویان دانشگاه تهران»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.



فرانکل، ویکتور (۱۳۷۳)، پزشک و روح، ترجمه فرخ سیف بهزاد، تهران: رسا.  
فروم، اریک (۱۳۶۸)، روانکاوی و دین، ترجمه آرسن نظریان، تهران: پوشش.  
فیضی، اسماعیل و جعفر بوالهیری (۱۳۷۶)، «بررسی رابطه اعتقادات مذهبی و برخی از رفتارهای بیماران  
وسواسی»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۴-۲۷ آذرماه، دانشگاه علوم  
پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

قهرمانی، محمد؛ دلشاد نوقابی، علی و جهانشیر توکلی زاده (۱۳۸۰)، «بررسی تأثیر روزه داری بر وضعیت  
سلامت روانی»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۴-۲۷ آذرماه، دانشگاه  
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

گله دار، نسرين و ماندانا ساکی (۱۳۸۰)، «تأثیر آوای قرآن بر کاهش اضطراب پیش از آزمون دانشجویان»، ارائه  
شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۴-۲۷ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی ایران.

مطهری، مرتضی (۱۳۷۵)، طهارت روح، انتشارات ستاد اقامه نماز.

مطهری، مرتضی (۱۳۷۵)، انسان و ایمان، قم: انتشارات صدرا.

موسوی، سید غفور؛ شیخ سجادیه، حسین؛ رحیمی، حجت اله؛ فرهمند، محمد؛ ابراهیمی، امراه و محمد  
یعقوبی (۱۳۸۰)، «رابطه نحوه به پاداری نماز با اختلال افسردگی اساسی»، ارائه شده در اولین همایش نقش  
دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۴-۲۷ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

نوغانی، فاطمه و جمیله محتشمی (۱۳۸۰)، «تعیین تأثیر آموزش فرهنگ عرفانی»، ارائه شده در اولین همایش  
نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۴-۲۷ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

واعظی، سید احمد؛ قدسی، صهبا و مریم فراغتی (۱۳۸۰)، «بررسی رابطه دعا و اضطراب»، ارائه شده در اولین  
همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۴-۲۷ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
ایران.

یوسفی، هادی (۱۳۸۰)، «رابطه نگرش مذهبی و بکارگیری رفتارهای مقابله ای مذهبی با سلامت روانی در خانواده  
بیماران بستری در بخش های فوری بیمارستان»، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی،  
تهران، ۲۴-۲۷ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

یونگ، کارل گوستاو (۱۳۷۷)، روان شناسی و کیمیاگری، ترجمه پروین فرامرزی، تهران: آستان قدس رضوی.

یونگ، کارل گوستاو (۱۳۷۰)، روان شناسی و دین، ترجمه فواد رحمانی، تهران: کتابهای جیبی.



- Azhar, M. Z., Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 63, 165-680.
- Azhar, M. Z., Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy as management of breavement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 233-35.
- Azhar, M. Z., Varma, S. L. & Dharap, A. S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3.
- Basset, R. L., Hill, P.C., Pogel, M.C. & Lee, M. (1990). Comparing psychological guilt and godly sorrow: Do christian recognize the difference: *Journal of Psychology and Teology*, 18, 244-254.
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
- Bergin, A. E., Payne, I. R. (1993). Proposed agenda for a spiritual strategy in personality and psychotherapy. In E. L. Worthington, J. R. (ed). *Psychotherapy and religious values* (pp: 243-60). Grand Rapids. M. I. Baker.
- Bergin, A. E., Jensen, J. P. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. Special issue: Psychotherapy and religion. *Psychotherapy*, 27, 3-7.
- Calabress, J. (1987). Alternation in immunocompetence during stress, breavement and depression, focus on neuroendocrine regulation. *American Journal of Psychiatry*, 144, 9-16.
- Chu, C. & Klein, H. E. (1985). Psychological and environmental variables in outcome of black schizophrenics. *Journal of National Medical Association*, 77, 793-796.
- Coakley, D. V., & Mekenna, G. W. (1986). Safety of faith healing. *Lancet*, 1, 444-445.
- Collip, P. H. (1960). The efficacy of prayer: Artiple blinet study, *Medical Times*, 97, 201-204.
- Diblasio, F. A. & Proctor, J. H. (1993). Therapists and the clinical use of forgiveness. *American Journal of Family Therapy*, 21, 175-185.
- Diblasio, F. A. (1992). Forgiveness in psychotherapy: Comparison of older and younger therapists. *Journal of Psychology and Christianity*, 11 (2), 181-187.
- Diblasio, F. A. (1993). The role of social workers, religious beliefs in helping family members. *Forgive, Families in Society*, 74, 163-170.
- Donahue, M. J. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 400-16.



- Ellis, A. (1981). Science religiosity and rational-emotive psychology. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 155-58.
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99.
- Favazza. A. R. (1982). Modern christian healing of mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 139, 728-735.
- Finny, J. R., Malony, H. N. (1985). An empirical study of contemplative prayer as an adjunct to psychotherapy. *Journal of Psychology and Theology*, 13, 284-29.
- Frank, J. D. (1977). The two face of psychotherapy. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 164, 3-7.
- Galanter, M. (1978). The "relief effect": American sociobiological model for neurotic distress and large grouptherapy. *American Journal of Psychiatry*, 135, 288-291.
- Galanter, M. (1982). Charismatic religious sects and psychiatry, an overview. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1533-48.
- Griffith, E. E. H. (1983). The significance of ritual in church based healing model. *American Journal of Psychiatry*, 149, 598-72.
- Griffith, E. E. H., & Mahy, G. H. (1984). Laidrips of stifeneb lacigolothcys "mourning". *American Journal of Psychiatry*, 141, 269-273.
- Griffith, E. E. H., & Mahy, C. E., Young, J. L. (1986). Psychological benefits of spiritual baptism "mourning" it an empirical assessment; *American Journal of Psychiatry*, 143, 226-229.
- Hebl, J. & Engifhlt, R. D. (1993). Forgiveness as a psychotherapeutic goal with elderly females. *Psychotherapy*, 30, 657-668.
- Hood, R. W., Morris, R. J., Watson, P. J. (1990). Quasi-experimental elicitation of the differential report of religious experience among intrinsic and indiscriminately proreligious types. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 29, 164-72.
- Huang S. T. (1990). *Cross-cultural and relife validations of the theory of forgiveness in Taiwan*. The Republic of China. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Wisconsin. Madison.
- Jenesen, J. P., Bergin, A. E. (1988). Mental health values of professional therapists: A national interdisciplinary survey. *Professional psychology: Research and Practice*, 19-290-97.



- Jones, S. L., Watson, E. J. & Wolfran, T. J. (1992). Results of the rech conference survey of religious faith and professional psychology. *Journal of Psychology and Theology*, 20, A.
- Kelly, T. A. & Strupp, H. H. (1992). Patient and therapist values in psychotherapy: Perceived changes, assimilation, similarity, and outcome. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 60, 34-40.
- Kroll, J., & Sheehan, W. (1989). Religious beliefs and practices among 52 psychiatric inpatient in Minnesota. *American Journal of Psychiatry*, 109, 673.
- Larson, D. B., Pattison, E. M., Blazer, D. G., Omran, A. R., & Kaplan, B. H. (1986). Systematic analysis of research of religious variables in four major psychiatric Journals, 1978-82. *American Journal of Psychiatry*, 143, 3, 329-334.
- Monat, A., Lazarus, R. S. (1985). *Stress and Coping: An introduction*. NewYork: Colombia University Press.
- Morris, P. A. (1982). The effect of pilgrimage on anxiety, depression, and religious attitude. *Psychological Medicine*, 12, 2, 91-294.
- Morris, P. A. (1982). The effect of pilgrimage on anxiety and religious attitude. *Psychological Medicine*, 12, 1115-1121.
- 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., Echemendia, R. J., Johnson, S., Cook, P., McGath, C., Mayers, J., Brannick, M. (1987). The conservative church: Psychosocial advantages and disadvantages. *American Journal of Community Psychology*, 15, 269-86.
- Park, G., Chohen, L. H. & Herb, L. (1990). Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for catholics versus protestants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (3), 562-574.
- Pattison, E. M., Pattison, M. L. (1985). Religiosity mediated, change in homosexuals. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1553-1562.
- Priester, P. E. (2001). *Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder with religious features*. 1st International Congress on Religion and Mental Health, Tehran, I. R. 16-19 April.
- Salkovskis, P., & Jakes, I. (1989). Cognitive behavioral factors and the persistence of intrusive



- thoughts in obsessional problems. *Behavioral Research and Therapy*, 27, 677-684.
- Schafer, W. E., King, M. (1990). Religiousness on stress among college students: American survey report. *Journal of College Student Development*, 31, 336-41.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1987). Disposition optimism and physical well-being; the influence of generalized outcome expectancies of health. *Journal of Personality*, 55, 169-120.
- Seligman, M. E. P. & Rosenban, D. (1989). *Abnormal psychology*. (second ed.), Norton & company Inc.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned of optimism psychotherapy*: American review of the literature. NewYork: Random House.
- Snow, L. F. (1974). Folk medical and their implications for case of patients. *Annual International Medicine*, 81, 82-96.
- Spilka, B., Sharer, P., Kirkpatrick, L. A. (1985). A general; attribution theory for the psychology of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 24, 1-20.
- Suchman, A. L. & Mathews, D. A. (1998). What makes the doctor-patient relationship therapeutic exploring the commxioual dimensions of patient care. *Annals of Internal Medicien*, 108, 125-130.
- Talbot, N. A. (1983). The position of the christian science church. *The New England Journal of Medicine*, 26, 1641-44.
- Weiner, B., Grahan, S., Peter, O. & Zumuidinas, M. (1991). Public confessions and forgiveness. *Journal of Personality*, 59, 263-312.
- Wentis, W. L. (1995). The relationship between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 15, 33-48.
- Worthington, E. L. (1991b). Psychotherapy and religiousness: An update. *Journal of Psychology and Chri*, 10(2), 211-223.
- Worthington, E. L., Kursusu, T. A. Mc Cullough, M. E. & Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: American 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 3, 448-487.
- Worthington, E. L. (1988). Understanding the values of religious clients: Model and its application of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 166-174.

