



روان شناسی دین و نقش دین در سلامت جسم و روان

نویسندگان: کولینز، جی.آر؛ وودز، تی.ای؛ مترجم: حیدری، مجتبی
ادیان و عرفان :: معرفت :: اسفند 1382 - شماره 75
از 78 تا 83

آدرس ثابت : <http://www.noormags.com/view/fa/articlepage/21428>

دانلود شده توسط : کتابخانه مرکز تحقیقات حج حوزه نمایندگی ولی فقیه
تاریخ دانلود : 1393/07/05 08:24:14

مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی (نور) جهت ارائه مجلات عرضه شده در پایگاه، مجوز لازم را از صاحبان مجلات، دریافت نموده است، بر این اساس همه حقوق مادی برآمده از ورود اطلاعات مقالات، مجلات و تألیفات موجود در پایگاه، متعلق به "مرکز نور" می باشد. بنابر این، هرگونه نشر و عرضه مقالات در قالب نوشتار و تصویر به صورت کاغذی و مانند آن، یا به صورت دیجیتالی که حاصل و بر گرفته از این پایگاه باشد، نیازمند کسب مجوز لازم، از صاحبان مجلات و مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی (نور) می باشد و تخلف از آن موجب پیگرد قانونی است. به منظور کسب اطلاعات بیشتر به صفحه [فوانین و مقررات](#) استفاده از پایگاه مجلات تخصصی نور مراجعه فرمائید.

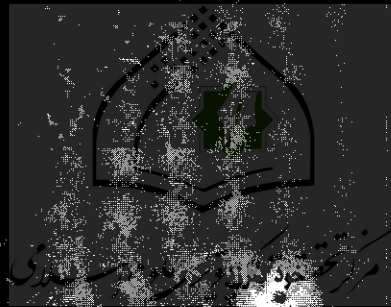


پایگاه مجلات تخصصی نور

روان‌شناسی دین

و نقش دین در سلامت جسم و روان*

حی.ار. کولینز
تی.ای. وودز
مترجم: مجتبی حیدری



نکته مهمی برای
روان‌شناسی دین
در بحث سلامت جسم و روان
است. در این زمینه
مطالعات متعددی
انجام شده است.
یکی از این مطالعات
مربط به نقش دین
در سلامت روانی است.
محققان نشان داده‌اند
که دین می‌تواند
به بهبود سلامت روانی
کمک کند. این موضوع
به دلیل تأثیرات مثبت
دین بر احساس امنیت
و امیدواری است.
علاوه بر این، دین
می‌تواند به کاهش
استرس و اضطراب
کمک کند. این امر
به دلیل تأکید دین
بر بخشش و کمک به
دیگران است. همچنین
دین می‌تواند به
تقویت حس مسئولیت
و تعهد کمک کند.
این عوامل می‌توانند
به بهبود سلامت جسم
و روانی منجر شوند.
بنابراین، دین می‌تواند
به عنوان یک عامل
مؤثر در سلامت جسم
و روانی در نظر گرفته
شود.

مذهبی و فلسفی است. این
موضوع در طول تاریخ
بسیار مورد بحث و
مطالعه قرار گرفته است.
یکی از نویسندگان
مشهور در این زمینه
رابرت ه. ترولس (Robert H. Thouless) است.
او در کتاب «مطالعه روان‌شناسی دین»
(The Psychology of Religion) به بررسی
رابطه بین دین و سلامت روانی
پرداشه است. او معتقد است
که دین می‌تواند به
تقویت حس امید و
توانمندی کمک کند.
این امر می‌تواند به
بهبود سلامت جسم و روانی
منجر شود. علاوه بر این،
دین می‌تواند به
کاهش استرس و اضطراب
کمک کند. این موضوع
به دلیل تأکید دین
بر بخشش و کمک به
دیگران است. همچنین
دین می‌تواند به
تقویت حس مسئولیت
و تعهد کمک کند.
این عوامل می‌توانند
به بهبود سلامت جسم
و روانی منجر شوند.
بنابراین، دین می‌تواند
به عنوان یک عامل
مؤثر در سلامت جسم
و روانی در نظر گرفته
شود.

مذهب و روان‌شناسی
برای بسیاری از مردم دارای اهمیت است. این موضوع
مذهبی می‌تواند به
تقویت حس امید و
توانمندی کمک کند.
این امر می‌تواند به
بهبود سلامت جسم و روانی
منجر شود. علاوه بر این،
دین می‌تواند به
کاهش استرس و اضطراب
کمک کند. این موضوع
به دلیل تأکید دین
بر بخشش و کمک به
دیگران است. همچنین
دین می‌تواند به
تقویت حس مسئولیت
و تعهد کمک کند.
این عوامل می‌توانند
به بهبود سلامت جسم
و روانی منجر شوند.
بنابراین، دین می‌تواند
به عنوان یک عامل
مؤثر در سلامت جسم
و روانی در نظر گرفته
شود.

روان‌شناسان، مجدداً ظهور کرده است. بخش ۳۶ انجمن روان‌شناسی آمریکا^(۸) یک گروه جالب توجه برای «روان‌شناسانی است که به موضوعات دینی علاقه‌مند می‌باشند.» در کمتر از ده سال، این بخش به سرعت رشد و توسعه یافته است، به گونه‌ای که تعداد روزافزونی از روان‌شناسان توجه خود را به شناخت رفتار و تفکر مذهبی معطوف کرده‌اند.

هرچند فریوید دین را یک «توهم»^(۹) «روان‌آزردگی جهانی»^(۱۰) و «مخدر»^(۱۱) توصیف می‌کند که امید دارد انسان‌ها بر آن غلبه کنند (آینده یک توهم)، با این وجود، وی علاقه شدیدی به رفتار مذهبی داشت و مقالات متعدد و سه کتاب مهم درباره این موضوع نگاشته است. در اوایل ظهور جنبش «روان‌تحلیل‌گری»^(۱۲) یونگ (Jung, C.G)، آدلر (Adler, A) و دیگران، به مطالعه مذهب، اغلب از یک چشم‌انداز کمتر انتقادی و بیشتر تأکیدکننده ارزش روان‌شناختی عقاید کلامی ادامه دادند.

در ایالات متحده آمریکا، مطالعه مذهب، یک شاخه مهم از روان‌شناسی عمومی اولیه شمرده می‌شد. برای مثال، جی استنلی هال (G. Stanley Hall)، یک مربی برجسته، سردمدار روان‌شناسی کودک و اولین رئیس «انجمن روان‌شناسی آمریکا» می‌باشد. او با هوشیاری، روش‌های علمی را برای مطالعه دین به کار برد، مجله روان‌شناسی مذهبی^(۱۳) را پایه‌گذاری کرد، و در سال ۱۹۱۷ کتابی تحت عنوان عیسی مسیح در پرتو روان‌شناسی^(۱۴) منتشر نمود. کار مشهورتر و بسیار مؤثرتر، سخنرانی‌های ویلیام جیمز (William James) در گیفورد (Gifford) است. این مجموعه سخنرانی در سال ۱۹۰۲ در قالب کتابی تحت عنوان گونه‌های تجربه مذهبی چاپ و منتشر شد. کتاب جیمز احتمالاً تنها بررسی

روان‌شناختی سنتی مذهب می‌باشد. با ظهور رفتارگرایی، روان‌شناسی دین، به عنوان یک حوزه تحقیق برای روان‌شناسان، به سرعت افول کرد. رفتارگرایی با منطبق ساده و جذاب خود، روان‌شناسی را از مطالعه موضوعات پیچیده‌ای مانند تأثیر عقاید، رشد و تحول معیارهای اخلاقی و دلایل درگیر شدن افراد در رفتار مذهبی، منحرف نمود. تنها تعداد اندکی از نویسندگان روان‌شناسی (از جمله آلپورت "Allport, G.W"، آش "Asch"، مورر "Mowrer"، میل "Meehl"، مازلو "Maslow, A"، فرروم "Fromm, E"، میننجر "Menninger") کتاب‌ها یا مقاله‌هایی درباره رفتار مذهبی نگاشتند. این امر این رشته را تا نو پدیدایی اخیر آن به عنوان یک رشته فرعی مهم روان‌شناسی زنده نگه داشت.

هر تلاشی برای تقسیم روان‌شناسی دین به حوزه‌های کوچک‌تر مورد علاقه، بدون تردید، کاری سلیقه‌ای است. با این وجود، ما می‌توانیم نتیجه بگیریم که روان‌شناسانی که در این رشته فعالیت می‌کنند به موضوعات گوناگونی می‌پردازند؛ از قبیل روش‌شناسی^(۱۵)، خاستگاه‌های روان‌شناختی دین، رشد و تحول مذهبی، تجربه دینی، پویایی‌های رفتار مذهبی، دین و رفتار اجتماعی، تلاش‌هایی که برای ادغام روان‌شناسی والپیئات با یکدیگر انجام می‌گیرند، و نظریه‌های روان‌شناختی دین.

برخی از زمینه‌های مورد علاقه روان‌شناسی

۱. پیچیدگی رفتار و تجربه مذهبی روان‌شناسان را واداشته است تا از ابزارهای اندازه‌گیری متنوعی استفاده کنند. این ابزارها شامل تجزیه و تحلیل گزارش‌ها و درون‌نگری‌های^(۱۶) شخصی، مشاهده بالینی، طبیعی و

مشارکتی، استفاده از نظرسنجی‌ها، پرسش‌نامه‌ها، و مصاحبه‌های شخصی دقیق؛ استفاده از اسنادی از قبیل دفتر خاطرات و زندگی‌نامه شخصی افراد مذهبی، استفاده از آزمون‌های شخصیت، مطالعه اسناد و مدارک مذهبی مانند کتاب مقدس و به کار بردن فنون آزمایشگاهی می‌شوند.^(۱۷) مطالعه علمی مذهب رو به پیشرفت است، اما این پیشرفت به کندی و به سختی صورت می‌گیرد؛ چون تعریف و سنجش دقیق بسیاری از پدیده‌های مذهبی (مانند «ایمان»، «اعتقاد»، «روی آوردن به دین» و «تعهد») به آسانی ممکن نیست.

۲. خاستگاه‌های روان‌شناختی

دین دین یک پدیده گسترده (به این معنا که فرهنگ‌های بی‌شماری را در برمی‌گیرد و افراد را در هر سن، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و سطح تحصیلی تحت تأثیر قرار می‌دهد)، بسیار بادوام و تأثیرگذار است. به گفته فریوید، دین با انسان‌های تکانه‌های جنسی در چالش بودند. روان‌شناسان متأخر تحقیق راجع به خاستگاه‌های تاریخی دین را کنار گذاشته و در عوض، بر یافتن ریشه‌های روانی خاستگاه و تداوم دین در انسان‌های عصر جدید متمرکز شده‌اند. برخی از این ریشه‌ها عبارتند از: تأثیرات اجتماعی^(۱۸) (مانند تجارب دوران کودکی انسان، تماس با افراد مذهبی، واکنش به قدرت تلقین)، ارضای نیازها^(۱۹) (این دیدگاه که دین به معتقدان کمک می‌کند تا اموری از قبیل امنیت، معنا در زندگی و مرگ، وجهی برای حرمت خود،^(۲۰) قدرت برای اوقات تنیدگی‌زا و بحرانی، و هدفی برای زندگی بیابند)، تأثیر طبیعت (که منجر به این باور می‌شود که خدا زیبایی و نظم را آفریده است) و بنیان‌های کلامی^(۲۱) (این اعتقاد

که همه مردم احتمالاً توسط نیروهای مافوق طبیعی، به سوی ماوراءالطبیعه سوق داده می‌شوند.)

۳. رشد و تحول مذهبی

به موازات عبور افراد از چرخه زندگی، در دیدگاه خود نسبت به جهان و در تصور خود از خدا تجدیدنظر می‌کنند. ایمان کودکان

رویاها، ماهیت روان‌شناختی مراقبه،^(۲۷) حالات تغییر یافته هشیاری،^(۲۸) قدرت اعتراف،^(۲۹) و گذشت، تأثیر دو پدیده علوم غریبه^(۳۰) و عبادت، تبیین معجزات، استفاده از داروها برای برانگیختن تجارب مذهبی، و تأثیرات مذهبی در آسیب‌شناسی روانی.^(۳۱)

۵. پویایی‌های رفتار مذهبی

تعدادی از نویسندگان تلاش کرده‌اند که با کار یا طرحی فرضیاتی مانند این دیدگاه که «همه چیز واقعیت خداوند است» و اینکه بین اقسام گوناگون واقعیت، تعارضی نمی‌توان یافت، روان‌شناسی را با الهیات ادغام نمایند. در حال حاضر، به نظر می‌رسد فعال‌ترین کار در این حوزه، به فرقه مسیحیان پروتستان انجیلی، تعلق دارد. از رهبران این حوزه پژوهشی، می‌توان کارتر (Carter)، کولینز (Collins)، نارامور (Narramore)، فلک (Fleck) و دیگران را می‌توان نام برد.

۸. نظریه‌های روان‌شناختی

در باره دین

تا به امروز، تعداد کمی از نظریه‌های روان‌شناسی دین به خوبی بسط و توسعه یافته‌اند. بیشتر کار فروید و نیز برخی از نوشته‌های یونگ، فروم، مازلو، پرویسر (Pruyser, P.W) و آلپورت ماهیت نظری دارند. ظاهراً نویسندگان متأخر، پیش از بسط نظریه‌های معاصر، منتظر رسیدن تحقیقات بیشتر هستند. به عنوان یک مثال از مطالعات روان‌شناختی راجع به دین، توجه به موضوع «نوگرایی دینی»^(۳۳) می‌تواند مفید واقع شود. ویلیام جیمز، نوگرایی دینی را فرایندی می‌داند که می‌تواند به طور تدریجی یا دفعی صورت گیرد و طی آن یک «خود» دو پاره و آگاهانه خطا کار، فرومایه و اندوهگین، به دلیل تسلط پیشین فرد بر حقایق دینی، به صورت یکپارچه، و آگاهانه درستکار، عزیز، و خشنود درمی‌آید.

نویسنده بعدی، لئون سالزمن (Leon Salsman)، این نظریه را مطرح کرد که نوگرایی دینی می‌تواند برای بعضی از افراد «پیش‌رونده»^(۳۴) و بالنده^(۳۵) و برای برخی دیگر، «پس‌رونده» و آسیب‌روانی باشد. برخی از



پاول پرویسر (Paul Pruyser) در کتابی مهم تحت عنوان روان‌شناسی پویای دین^(۳۲) اظهار داشت که مذهب بر ادراک فرایندهای عقلی، تفکر، کنش‌های زبانی، هیجان، رفتار حرکتی، روابط بین شخصی و رابطه فرد با اشیا، عقاید، و خود تأثیر می‌گذارد و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد.

در حال حاضر، هرچند این موضوعات حجم کمی از روان‌شناسی دین را به خود اختصاص داده‌اند، اما رابطه بین روان‌شناسی و مذهب از ظرفیت بالایی برای پژوهش‌های آینده برخوردار است.

۶. مذهب و رفتار اجتماعی

روان‌شناسان اجتماعی به سازمان اجتماعی کلیساها و کنیسه‌ها، ساختار اجتماعی و تأثیر هیئت‌های مذهبی، نقش رهبران مذهبی، و ماهیت عبادات دینی و گروه‌های پژوهش دینی، توجه ویژه‌ای دارند.

۷. ادغام دین و روان‌شناسی

احتمالاً ساده و به صورت جادویی است. به تدریج که سن فرد بالاتر می‌رود، ارزش‌های اخلاقی، مفاهیم مربوط به ماوراءالطبیعه و درگیر شدن در رفتارهای مذهبی، همگی تغییر می‌کنند. روان‌شناسان دین این تغییرات را مطالعه می‌کنند. نویسندگان بعدی مانند آلپورت «فرد و مذهب او»^(۳۲) به این نتیجه رسیدند که دینداری می‌تواند بالغانه^(۳۳) یا نابالغانه^(۳۴) باشد.

۴. تجربه دینی

این حوزه یکی از عمده‌ترین موضوعات مورد علاقه روان‌شناسانی است که راجع به دین مطالعه می‌کنند. ویلیام جیمز، علل و تأثیرات روی آوردن به این تجربه عرفانی، پرهیزگاری و دعا را مورد تجزیه و تحلیل قرار داد. پژوهش‌های بعدی مطالعه راجع به این موضوعات را نیز بر آن افزودند: غریبه گفتاری^(۲۵) (سخن گفتن به زبانی ناشناخته، در نتیجه برانگیختگی مذهبی^(۲۶))، محتوای دینی موجود در

نویسندگان انواع مختلف نوگرایی دینی، علل متفاوت نوگرایی دینی (مانند فشار اجتماعی، واکنش در مقابل ترس، تمایل به پذیرفته شدن از سوی خدا و معتقدان، تمایل به رهایی از احساس گناه و نیز یافتن معنا برای زندگی خود) و نتایج مثبت و منفی نوگرایی دینی را توصیف کرده‌اند. توصیف بحث‌برانگیز ویلیام سارگانت (William Sargant) از فنون تشویق مذهبی (در کتاب نبرد سه خاطر عقیده^(۳۶)) به مطالعات بعدی راجع به «بی‌برنامگی» و دیگر شیوه‌هایی منجر شد که مردم را به دست کشیدن از گروه‌های مذهبی و کنار گذاشتن عقاید دینی تشویق می‌کنند. تأثیرات نوگرایی دینی و نیز ارزیابی تفاوت‌های فردی در نحوه پذیرفتن، رد کردن و تحت تأثیر قرار گرفتن از سوی عوامل مذهبی، مورد مطالعه و بررسی قرار می‌گیرند.

«روان‌شناسی دین» مورد علاقه خالصانه روان‌شناسان و نیز ملحدان و لادری‌یان می‌باشد. در حوزه‌ای که به تازگی مجدداً مورد علاقه مجدد قرار گرفته، پیش‌بینی گرایش آینده آن کار مشکلی است. موضوعاتی از قبیل تجربه دینی، نیازها و فروض تشکیل‌دهنده زیربنای باورها و رفتارهای دینی، تأثیر اجتماعی سازمان‌های اجتماعی، جنبش‌های دینی دارای گرایش سیاسی و مفاهیم دینی مربوط به مشاوره، احتمالاً مورد توجه قرار خواهند گرفت. به موازات بسط و توسعه این رشته، احتمالاً پژوهش‌های تجربی بیشتری جایگزین برخی از گرایش‌های کنونی به مشاهدات غیرحضوری خواهند گردید.

ب. مذهب و سلامتی^(۳۷)

مدت‌هاست که مذهب و پزشکی، در پاسخ به بیماری و مرگ با یکدیگر آمیخته شده‌اند. در اغلب جوامع، شفا دهندگان پیش‌مدرن، شخصیت‌های مذهبی بودند.

قربانی، زیارت، دعا و تسکین^(۳۸) معنوی، به صورت متداول برای بسیاری از بیماری‌های جسمی توصیه می‌شدند. یک عقیده مشترک در همه فرهنگ‌های قدیمی این بود که بیماری، نتیجه زیرپا گذاشتن معیارهای اخلاقی یا مذهبی است. خلاصه اینکه، بیماری نتیجه گناه



شمرده می‌شد. (کینسلی Kinsley, D, ۱۹۹۶). امروزه علی‌رغم کاهش احتمالی ارتباطات بین مذهب و سلامت بدنی، ما شاهد تداوم این ارتباطات می‌باشیم. غالباً تمایل داریم برای سلامتی‌مان از خدا تشکر کنیم یا برای بیماری یا مرگ خود دعا نماییم. در واقع، بسیاری از معتبرترین دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های ما، توسط مذاهب رسمی بزرگ به وجود آمده‌اند و حمایت می‌شوند. اخیراً سؤال از رابطه مذهب - سلامتی از بررسی‌های علمی دقیق بهره‌مند گشته است. علی‌رغم مشکلات روش‌شناختی، کیفیت تحقیق در این موضوع، در حال افزایش بوده، از تألیفات بی‌پایه و اساسی به سوی گزارش‌های همبستگی و مطالعات کنترل شده می‌رود.

مذهب و بهزیستی روانی^(۳۹)

مطالعات آزمایشی انجام شده به منظور تعیین نوع بهزیستی روانی در طول حیات

هر فرد، پیوسته از مذهب به عنوان یک ویژگی ضروری برای سلامت مطلوب نام برده‌اند. فرانکل و هویت، ۱۹۹۴؛ ویلکوک و همکاران، ۱۹۹۹؛ ویترو و سویین، ۱۹۹۲؛ آیل (Ayele, H)، مولیگان (Mulligan, T)، جورجیو (Gheorghiu, S) و ریس - اورتیز (Reyes - Ortiz, c, ۱۹۹۹) گزارش کردند که در بررسی‌شان درباره ۱۵۵ مرد، فعالیت مذهبی درونی^(۴۰) (مثل دعا، خواندن کتاب مقدس) به طور معناداری با رضایت از زندگی، رابطه مثبت دارد. رابطه مثبت بین مذهب و بهزیستی روانی عمومی در طول پیوستار پیر شدن انسان آشکار است. هولت (Holt, M) و جنکینز (Jenkins, m) (۱۹۹۲) بر اهمیت مذهب برای افراد مسن تأکید کردند و بر این امور اصرار ورزیدند که لازم است پیری‌شناسان^(۴۱) نشان دهند که آگاهی بیشتر از مذهب، عامل مهم در بهبود سلامتی است. مطالعات دیگر به این نتیجه رسیده‌اند که اعتقادات و رفتارهای سنتی یهودی - مسیحی احتمالاً با بهزیستی در زندگی آینده رابطه دارند (بوربانک، ۱۹۹۲؛ کونینگ، ۱۹۹۱؛ ۱۹۹۳؛ لویسن و کاترتز، ۱۹۹۸) - پژوهشی (جانسون، ۱۹۹۵) اهمیت خوب یا به سن گذاشتن را از طریق مطالعه اهمیت مذهب در زندگی افراد مسن مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه قطعی رسید که مذهب در زمانی که امید انسان از همه جا قطع شده است به افراد مسن امید می‌دهد.

مذهب و بهداشت روانی^(۴۲)

رابطه بین مذهبی بودن افراد و بهداشت روانی در جمعیت‌های گوناگون گزارش شده است. نتایج این مطالعات حاکی از آن است که میزان شرکت در کلیسا با افسردگی رابطه‌ای منفی (معکوس) دارد، به گونه‌ای که میزان افسردگی در بین کسانی که به کلیسا می‌روند، تقریباً نصف میزان آن در

افرادی است که به کلیسا نمی‌روند. کونیک، هایز، جرج و بلازر، (۱۹۹۷)

روان را از لحاظ ارتباط آن با متغیرهای خانواده، (۴۸) حرمت خود، سازگاری

شخصی، (۴۹) و رفتار

اجتماعی، گزارش کردند.

به علاوه، گارتنر

(Gartner, I)، لارسون

(Larson, D) و آلن

(Allen, G) (۱۹۹۱)

مشخص کردند که

سطوح پایین دیندار

بودن اغلب با اختلافات

مربوط به کنترل نکردن

تکانه‌ها (۵۰) رابطه دارند.

مذهب و سلامت جسمی

مذهب می‌تواند از طریق افزایش توانایی

افراد در حفظ بهزیستی کلی، به ویژه در

بین افراد مسن، در محافظت از سلامت

جسمی افراد سهیم باشد. (کونیک،

۱۹۹۹؛ ویستمر و سربینی، ۱۹۹۲)

مطالعه‌ای نشان می‌دهد خطر ابتلا به

«آنفارکتوس میوکاردیال» (MI) (۵۱) در

آزمودنی‌هایی که خود را «غیر مذهبی»

توصیف می‌کنند، به طور معناداری بیش از

احتمال آن در آزمودنی‌هایی است که خود

را «مذهبی» توصیف می‌نمایند. و این

عامل از عوامل دیگری که احتمال ایجاد

این بیماری را باعث می‌شوند مستقل

می‌باشد. (فریدلندر، کارک و استین،

۱۹۸۶) بررسی دیگری نشان می‌دهد که

فقدان توانایی و آرامش منبعث از مذهب

در افرادی که تحت عمل جراحی باز و

اختیاری قلب قرار گرفته‌اند مرگ و میر را

بیشتر می‌کند. (آکسمن، فریمن و

منهیمر، ۱۹۹۵)

سازوکارها

۱. دستگاه ایمنی بدن (۵۲)

دستگاه ایمنی بدن احتمالاً سازوکاری

است که مذهب از طریق آن، در حفظ

سلامت جسمانی مشارکت می‌کند.

علی‌رغم قلت پژوهش‌ها درباره تأثیر

مذهب بر دستگاه ایمنی بدن، این

پژوهش‌ها از لحاظ روش‌شناختی صحیح

می‌باشند و نتایج جالب توجهی ارائه

می‌دهند. یکی از این پژوهش‌ها رابطه‌ای

معکوس بین میزان حضور در مراسم

مذهبی و اینترلوکین - ۶ (Interleukin

۶) را که یک سیتوکین التهابی (۵۳) و

تنظیم‌گر دستگاه ایمنی شناخته شده

است، نشان می‌دهد. (کرنیک و همکاران،

۱۹۹۷)

مطالعه دیگری (وردز و همکاران،

۱۹۹۹) گزارش می‌کند که آزمودنی‌هایی

که دارای رفتار مذهبی (مانند شرکت در

مراسم مذهبی، دعا خواندن) سطح بالایی

هستند، به طور معناداری سطوح بالاتری

از تعداد سلول‌های تولیدکننده کمک کار T

(CDA+) (۵۴) و نیز درصدهای بالاتر از

آن را دارا می‌باشند.

۲. حمایت اجتماعی (۵۵) بیشتر

توجه بیشتر به شعائر مذهبی، چون باعث

افزایش (احتمالی) شبکه حمایت

اجتماعی می‌شود، با سطح بالاتری از

سلامت رابطه دارد. شعائر مذهبی غالباً به

صورت جمعی و همراه دیگران انجام

می‌شود. یک سنت قدیمی تحقیق در

زمینه اپیدمیولوژی اجتماعی (۵۶) سودمند

بودن حمایت اجتماعی را نشان داده است.

(هاوس، لندیس و آمبرسون، ۱۹۸۸)

همچنین نشان داده شده که حمایت

اجتماعی قادر است بر توانایی افراد در

مقابله با بیماری‌های وخیم و بهبود یافتن

از آن‌ها تأثیری قوی و مثبت بگذارد.

(کوهن و ویلیس، ۱۹۸۵؛ تاپلور، فالک،

شاپتاو و لیچمن، ۱۹۸۶)

۳. ترس کمتر از مرگ (۵۷)

غالب مذاهب بزرگ درباره یک وجود

دایمی و خشنود، پس از پایان حیات بر

روی زمین، صحبت می‌کنند. به معنای



وردز (Woods, T)، آنتونی

(Antoni, M)، ایرونسون (Ironson, G) و

کلینگ (Kling, D)، ۱۹۹۱، ۱۹۹۹ (ب)

گزارش می‌کنند که استفاده زیاد از مذهب

به عنوان یک سازوکار برای کنار آمدن، در

دو نمونه مجزا از افراد مبتلا به بیماری

HIV متجر به بروز نشانگان (۴۳) کمتری

از افسردگی و اضطراب گردید. مطالعه

دیگری (میکلی، کارسون، و سوکن، ۱۹۹۵)

این نظریه را مطرح می‌کند که مذهب

می‌تواند تأثیری مثبت (مثل ترغیب افراد

به همبستگی اجتماعی، (۴۴) کمک به

ایجاد معنا در زندگی) یا منفی (پروراندن

احساس گناه یا شرمساری بیش از حد در

ذهن، به کاربردن مذهب به عنوان یک راه

فرار از مواجه شدن با مشکلات زندگی) بر

سلامت روانی داشته باشد. این پژوهش

همچنین گزارش داد که افراد برخوردار از

دین‌داری درونی سطح بالا، افسردگی و

اضطراب کمتری دارند و کمتر در

جست‌وجوی توجه نارسای کنش‌ورانه

هستند. (۴۵) این افراد همچنین سطوح

بالایی از قوی بودن من، (۴۶) همدلی و

رفتار اجتماعی انجام یافته (۴۷) را به

نمایش می‌گذارند. پین (Payne, I)، برگین

(Bergin, A)، بیلما (Bielma, R) و

جنکینز (Jenkins, P) (۱۹۹۱) در بررسی

خود درباره مذهب و بهداشت روانی،

تأثیرات مثبت دیندار بودن بر بهداشت

1. Religion and Psychology.
2. Episcopalian.
3. Self - condemnation.
4. Value clarification.
5. Psychology of religion.
6. An Introduction to the Psychology of Religion.
7. Parapsychological.
8. American Psychological.
9. Illusion.
10. Universal neurosis.
11. Narcotic.
12. Psychoanalytic movement.
13. Journal of Religious Psychology.
14. Jesus, the Christ, in the light of Psychology.
15. Varieties of Religious Experience.
16. Methodology.
17. Experimental techniques.
18. Social influences.
19. need satisfaction.
20. Self - esteem.
21. Theological foundations.
22. *The Individual and His Religion*.
23. Mature.
24. Immature.
25. Glossolalia.
26. Religious arousal.
27. Meditation.
28. Consciousness.
29. Confession.
30. Occult.
31. Psychopathology.
32. A Dynamic Psychology of Religion.
33. Conversion.
34. Progressive.
35. Maturational.
36. Battle for the mind.
37. Religion and Health.
38. Appeasement.
39. Well - being.
40. Intrinsic Religious Activity.
41. Gerontologists.
42. Mental health.
43. Symptoms.
44. Social cohesiveness.
45. Dysfunctional attention seeking.
46. Ego strength.
47. Integrated social behavior.
48. family variables.
49. personal adjustment.
50. uncontrol of impulse.
51. Myocardial Infarction (MI)
52. The immune system.
53. Inflammatory Cytokine.
54. T- helper inducer cell (CDA+)
55. Social support.
56. Social epidemiology.
57. fear of death.
58. Methodological Considerations.

معنویت در بیماران، گزارش کردند: بیمارانی که خود را «مذهبی» می‌دانستند، بیش از بیمارانی که خود را «مذهبی» توصیف نمی‌کردند، اعتقادات مذهبی را عامل سیگار نکشیدن، شراب نخوردن، و انتخاب غذاهای سالم ذکر می‌کردند.

ملاحظات روش‌شناختی (۵۸)

در حالی که بررسی نقش مذهب و معنویت به عنوان عامل سلامت جسمی و روانی، پیوسته نتایج مثبتی به بار آورده است، اما نگرانی‌های روش‌شناختی چندی نیز مطرحند: در درجه اول، تعریف یک سازه، خود برای عملیاتی کردن اصطلاحات به کار رفته و اطمینان از اعتبار و تعمیم‌پذیری یافته‌ها امری ضروری است. برای مثال، برخی از پژوهش‌ها مذهب را به عنوان تعداد دفعاتی که یک فرد در مراسم مذهبی شرکت می‌کند تعریف می‌کنند. عده‌ای هم اعتقاد به خدا را به عنوان تعریف خود از مذهب، به کار می‌برند. تعریف دقیق سازه‌ها نه تنها موجب تسهیل ارزیابی می‌شود، بلکه ماهیت غالباً گیج‌کننده آنچه را که در هنگام سنجش و ارزیابی مذهب مورد سنجش قرار می‌گیرد، مشخص می‌نماید. نگرانی دیگری که در هنگام بررسی رابطه مذهب و سلامتی وجود دارد به کنترل نامناسب متغیرهای بالقوه تعدیل‌کننده یا میانجی در اغلب مطالعاتی که تا به امروز منتشر شده‌اند، مربوط می‌شود. آنچه در نگاه اول، به نظر می‌رسد، آن است که رابطه بین مذهب و سلامت از عوامل و متغیرهای دیگر مانند حمایت اجتماعی و غذای سالم (که متغیرهای مزاحم و غلط‌اندازی هستند) تأثیر پذیرفته باشد.

پی‌نوشت‌ها

* Craighead, W.E. & Nemeroff. C.B. (Ed.2001), *The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science*. (3rded.) New York: John Willy & Sons.

دقیق کلمه، سازوکار دیگر در حلقه بین مذهب و سلامتی، ترس کاهش یافته‌ای از مرگ است که افراد مذهبی از خود نشان می‌دهند. مدل (Modell, J) و گورا (Guerra, F, ۱۹۸۰) گزارش کردند که در ۷۵٪ از بیماران مورد مطالعه آنان، ترس از مرگ، منجر به عوارض شدید مربوط به پس از عمل جراحی گردید. پریسمن (Pressman, P)، لارسون، لیونز (Lyons, J) و هسیونز (Humes, D) در یک مطالعه موردی بر روی پیرمردانی که به دلیل ابتلا به سرطان مزمن حنجره تحت درمان قرار گرفتند شواهدی یافتند مبنی بر اینکه نبود اضطراب مرگ، که با اعتقاد به خدا تبیین می‌شود، در مقایسه با دیگر توانایی‌های کنار آمدن، نقش مهم‌تری در کاهش اضطراب جراحی ایفا می‌کند.

۴. رفتارهای مخاطره‌آمیز

کمتر برای سلامتی

با این حال، عامل دیگر در ساز و کار پیونددهنده مذهب و سلامتی، احتمالاً این امر است که رفتار مذهبی، کمتر به رفتارهایی منجر می‌شود که در تقابل مستقیم با سلامتی می‌باشند. جارویس (Jarvis, G) و نورثکات (Northcott, H, ۱۹۸۷) رفتار پیروان نه مذهب بزرگ را مورد بازبینی قرار داده و به تفاوت‌های چشمگیری در زمینه کنترل‌های غیررفتاری در دو حوزه عمده دست یافتند. آنان دریافتند که مذهب خطر بیماری یا مرگ را به دو طریق کاهش می‌دهد:

۱. تجویز رفتاری که مانع از بیماری یا مرگ می‌شود، یا به درمان بیماری کمک می‌کند؛
۲. ممنوع کردن رفتاری که برای زندگی مضر است یا مانع درمان می‌شود. وودز و ایرونسون (۱۹۹۹) در بررسی‌شان درباره نقش دین‌داری و