

## فرا تحلیل رابطه باورهای مذهبی و معنویت با سلامت روان

نیلوفر میکائیلی<sup>۱</sup> / فریما عنبری<sup>۲</sup> / الناز انصافی<sup>۳</sup>

### چکیده

**بیان مسئله:** باورهای مذهبی و معنویت از جمله عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامتی روانی افراد هستند و به افراد در رویارویی با روی دادهای زندگی کمک می‌کنند. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف محاسبه اندازه اثر ترکیبی پژوهش‌های انجام شده در حوزه باورهای مذهبی و معنویت با سلامت روان انجام شد.

**روش:** روش مورد استفاده در این پژوهش فراتحلیل می‌باشد. جهت دستیابی به هدف مطالعه، از میان پژوهش‌هایی که در این حوزه در بانک‌های اطلاعاتی موجود بودند، بعد از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، ۱۳ مطالعه انتخاب شدند و اندازه اثرهای هم‌بستگی پژوهش‌های منتخب با نرم افزار CAM2 مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن بود که اندازه اثر ترکیبی ۰/۳۸ بود. مقدار اندازه اثر ترکیبی بر اساس شاخص کوهن، متوسط ارزیابی شد. هم‌چنین، نتایج مربوط به تحلیل ناهمگنی دلالت بر وجود متغیری تعدیل کننده، در پژوهش‌ها داشت. این مطالعه حاکی از وجود رابطه بین سلامت روانی و داشتن باورهای مذهبی و معنویت بود.

**بحث و تفسیر:** به منظور بهبود سطح بهزیستی روانی افراد جامعه، می‌توان بر مؤلفه‌های معنوی و باورهای مذهبی ایشان تمرکز نمود.

**کلیدواژه‌ها:** فراتحلیل، باور مذهبی، معنویت، سلامت روان.

## مقدمه

پیرامون حوزه مذهب انجام داده‌اند که از جمله پیشگامان آن می‌توان فروید<sup>۲</sup> (۱۹۰۷)، یونگ<sup>۳</sup> (۱۹۶۵-۱۸۷۵) و جیمز<sup>۴</sup> (۱۹۲۹) را نام برد.

با توجه به تعریف سازمان بهداشت جهانی از انسان به عنوان موجودی با مؤلفه‌های زیستی، روانی- اجتماعی و معنوی و افزایش تأکید بر نقش و جایگاه مذهب و باورهای دینی، امروزه تلاش می‌شود تا هم‌سو با روان‌درمانی و شناخت پارامترهای مؤثر بر آن، رابطه بین مذهب و معنویت با سلامت روان نیز بیشتر مورد بررسی قرار گیرد (مولر، پلوک و رامنز،<sup>۵</sup> ۲۰۰۱).

داشتن اعتقادهای مذهبی و باورهای معنوی از جمله عواملی هستند که می‌تواند در پیش‌گیری و کاهش اختلال‌های روانی و همچنین مشکلات ناشی از آن مانند خودکشی، اعتیاد به مواد، افسردگی، اضطراب و غیره نقش مؤثری داشته باشد (جعفری، دهشیری، اسکندری، نجفی، حشمتی و حسینی‌فر، ۲۰۱۰).

اخیراً پژوهش‌های زیادی توسط محققین جهت بررسی تأثیر مذهب بر سلامت روان انجام شده است که نتایج این تحقیقات نشان می‌دهد که در بسیاری از موارد اعتقادات مذهبی باعث کاهش علائم بیماری‌های جسمی شده و تأثیر مثبتی بر سلامت روانی افراد داشته است (برای مثال صادقی، لداری و حق‌شناس، ۲۰۱۰؛ خرامه، شریفی‌فرد، علی‌زاده، وحیدابی، میرحسینی و امیدی، ۲۰۱۶).

در دو مطالعه نیز نشان داده شد که در موقعیت‌های استرس‌زا، مذهب با بهبود سلامت روانی افراد رابطه مثبت و معناداری دارد (اسمیت، مک‌کلو و پل<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳؛ پارگامنت<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷)، و همچنین مذهب در هنگام مرگ فردی عزیز، راهکارهای مقابله‌ای را بر می‌انگیزاند که انطباق مثبت با فقدان را تسهیل می‌کند (فرانتز، ترولی و جال<sup>۸</sup>، ۱۹۹۶).

تحقیقاتی دیگر نیز نشان می‌دهد که ایمان و باورهای مذهبی پیامدهای مثبتی در سلامت جسم و روان افراد دارد.

از گذشته تا به امروز کمک به حفظ سلامت جسمی افراد همواره، دغدغه پرننگ درمان‌گران بوده، از طرفی با گذشت زمان، جایگاه سلامت روان جامعه نیز اهمیت فراوانی پیدا کرده است و امروزه شاهد آن هستیم که سلامت جسم و روان به شکل رشته‌هایی ناگسستنی، تار و پود بهداشت فردی و گروهی هر جامعه را تشکیل می‌دهند (نوربالا، یزدی و یسامی، ۲۰۰۴).

در جوامع بشری امروز هیچ‌کس از ابتلا به اختلالات روانی مصونیت ندارد و امکان ابتلای بسیاری از افراد به ناراحتی‌های روانی وجود دارد. هدف اصلی بهداشت روانی، جلوگیری از وقوع ناراحتی‌ها و حفظ سلامت روانی است تا محیط فردی و اجتماعی سالم و مناسبی ایجاد گردد و در کنار درمان اختلال‌های روانی، از مزمن شدن این بیماری‌ها پیشگیری شود (صالحی، سلیمانی‌زاده، باقری‌یزدی و عباس‌زاده، ۱۳۸۶).

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> (WHO) نیز سلامت روان به عنوان یکی از مؤلفه‌های بنیادی سلامت در نظر گرفته شده است به گونه‌ای که از نظر این سازمان، سلامتی به عنوان حالتی تعریف شده که در آن هر فرد به طور کامل احساس آسایش و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی داشته باشد (نوربالا، یزدی و یسامی، ۲۰۰۴).

توسعه‌یافتگی بیشتر و صنعتی شدن از یک سو و افزایش تنش‌ها و استرس ناشی از روزمرگی از سوی دیگر، باعث افزایش چشم‌گیر اختلالات روانی در جوامع بشری گردیده است. تلاش برای یافتن راه‌کارهای مناسب به منظور برطرف نمودن این مشکلات منجر به بهبود شرایط روانی افراد جامعه خواهد شد.

مذهب و باورهای دینی از جمله مهم‌ترین نیازهای روانی بشر است که از دیرباز به عنوان تکیه‌گاهی محکم در زندگی مطرح بوده است. محققان بسیاری نیز مطالعات وسیعی

6. Smith, McCullough & Poll.  
7. Pargament.  
8. Frantz, Trolley & Jahl.

1. World Health Organization.  
2. Freud.  
3. Jung.  
4. James.  
5. Muller, Plevak & Rummans.

در مواجهه با این اطلاعات علمی متعدد و پراکنده، لازم است که مطالعاتی که تاکنون صورت گرفته به طور سازمان یافته مورد بررسی قرار گیرند و سوگیری‌ها و خطاهای موجود در هر مطالعه به کم‌ترین حد برسد تا بتوان با اطمینان بیشتری نتیجه را به کار بست.

در این پژوهش با توجه به نقش مهم معنویت و مذهب در سلامت روان و بررسی‌های متعددی که در این زمینه صورت گرفته، به بررسی فراتحلیلی این عوامل پرداخته شده است. سودمندی این‌گونه تحقیقات این است که راهبردی عملی و الگویی روشن، برای حفظ و تقویت سلامت روانی در پرتو تعلیمات دینی فراهم می‌آورد.

### روش

در این مطالعه، از فراتحلیل به عنوان یک فن آماری جهت تعیین، جمع‌آوری، ترکیب و خلاصه کردن یافته‌های پژوهشی مرتبط با رابطه مذهبی بودن و معنویت با سلامت روان استفاده شد.

در این مطالعه، نخست از مرور ساختار یافته استفاده شد و داده‌ها از طریق نتایج چاپ شده، پژوهش‌های مرتبط جمع‌آوری گردید. جامعه آماری پژوهش، پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد و دکترا و پژوهش‌ها و مقاله‌های چاپ شده در مجلات داخلی و مجلات انگلیسی زبان خارجی بود که از سال ۱۳۸۰ تا اواسط سال ۱۳۹۵ در مورد تأثیر متغیرهای معنویت و داشتن باورهای مذهبی بر سلامت روان افراد انجام شده است.

با استفاده از فهرست مجلات داخلی وزارت بهداشت و وزارت علوم، به سایت تک تک مجلات مراجعه شد و سایت‌های داخلی دیگری که مورد بررسی قرار گرفتند عبارت بودند از Irandoc و SID، از میان سایت‌های خارجی Scimedirect، Pubmed، GoogleScholar با به کارگیری کلیدواژه‌های معنویت / Spirituality، سلامت روانی معنویت Spirituality Mental Health/، بهزیستی معنویت / Spirituality Well-Being، مذهبی بودن / Religiosity، سلامتی روانی مذهبی بودن / Religiosity Mental Health، بهزیستی مذهبی بودن

گود و همکاران میزان اعتقادات معنوی افراد را با پرسش درباره اعتقاد به خداوند یکتا و میزان مذهبی بودن افراد را از طریق حضورشان در اماکن مذهبی مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد که بدون در نظر گرفتن اعتقادات معنوی، رابطه مثبت و معناداری بین اعتقادات مذهبی و سازگاری وجود دارد (گود و ویلوگی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶) و همچنین گزارش شده که مذهبی بودن با زندگی طولانی‌تر و سلامت بیشتر جسمانی و روانی مرتبط است (ژیمر، جاگر، چپو، افستدال، روجو و ساتیو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۶).

بیرمن<sup>۱۱</sup> با بررسی افراد ۲۵ تا ۷۴ ساله به این نتیجه رسید که در افراد سیاه‌پوست رابطه مستقیمی بین میزان اعتقادات و اعمال مذهبی و بهداشت روانی وجود دارد (بیرمن، ۲۰۰۶). حسنویک و پاژویک نقش باورهای مذهبی را در سربازان قدیمی جنگ بوسنی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که پس از جنگ، باورهای مذهبی و معنوی منجر به کاهش اختلالاتی از قبیل اضطراب، افسردگی و اعتیاد به الکل شده است (حسنویک و پاژویک<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰).

پردینی و همکاران نیز به بررسی رابطه بین مذهب و باورهای معنوی با وضعیت بهداشت روان پرداختند. در مطالعه ایشان ۲۳۶ نفر که مصرف مواد را ترک کرده بودند بررسی شدند و نتایج نشان داد که افراد با ایمان مذهبی بیشتر، خوش‌بینانه‌تر زندگی می‌کردند (پردینی، پلنته، شرمین و استامپ<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۰).

در سال‌های اخیر موضوعات مشترک بین روان‌شناسی و مذهب و کشف رابطه این دو با یکدیگر، بسیار مورد توجه پژوهش‌گران قرار گرفته و تاکنون تحقیقات متعددی به بررسی نقش دستورات مذهبی در ارتقاء سطح سلامت روانی انسان‌ها پرداخته است (برای مثال لوچته، ایرونسون، پارگامنت و کراسه<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۶؛ لوچته، ۲۰۱۴؛ دیویسون و ژاگاری<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۳؛ کینگ، مارستون، مکمانوس، بروگا، ملتزر و بیبینگتون<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۳؛ خسروی، ضرابی‌ها و نعمتی، ۲۰۱۱؛ مجاهد، کلانتری، مولوی، نشاط‌دوست و شکیبیا، ۱۳۹۰).

13. Pardini, Plante, Sherman.

14. Krause & Lucette, Ironson, Pargament.

15. Davison & Jhangri.

16. King, Marston, Mcmanus, Brugha, Meltzer, Bebbington.

9. Good & Willoughby.

10. Zimmer, Jagger, Chiu, Ofstedal, Rojo & Saito.

11. Bierman.

12. Hasanovic & Pajevic.

پژوهش‌هاست. چک لیست مورد استفاده چهار بخش دارد: ۱. شناسه و عنوان پژوهش، سال انجام پژوهش؛ ۲. مشخصات نمونه پژوهش (جامعه آماری، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، جنسیت و گروه سنی نمونه مورد بررسی؛ ۳. شاخص‌های کیفی پژوهش (روش پژوهش و آزمون به کار رفته)؛ ۴. شاخص‌های آماری پژوهش (آماره توصیفی، متغیرهای مورد اندازه‌گیری، نتایج آماری آزمون فرضیه‌ها و سطح معناداری آماره‌ها) (قادری، نامداری، انتظاری و همتی، ۱۳۹۴). به منظور به دست آوردن میزان اندازه اثر، از نرم‌افزار CAM2<sup>۱۷</sup> استفاده شد. به این سیاهه به صورت خلاصه در جدول ۱ اشاره شد.

Religiosity Well-Being جستجو انجام شد.

همواره سعی شد که از تمامی مطالعات انجام شده در این حیطه در فراتحلیل استفاده شود. با این حال نمی‌توان ادعایی در دست‌یابی به تمامی مطالعات داشت. سرانجام از بین پژوهش‌های موجود، مواردی که از بین متغیرهای مختلف به بررسی رابطه بین معنوی یا مذهبی بودن با سلامت روان پرداخته و بر روی جامعه افراد: ۱. بزرگسال، ۲. سالم از نظر جسمانی و ۳. بدون اختلالات روانی صورت گرفته بودند، انتخاب شده و به فراتحلیل راه یافتند. به منظور گردآوری داده‌ها از فهرست واری فراتحلیل استفاده شد که معادل پرسش‌نامه یا مصاحبه در انواع دیگر

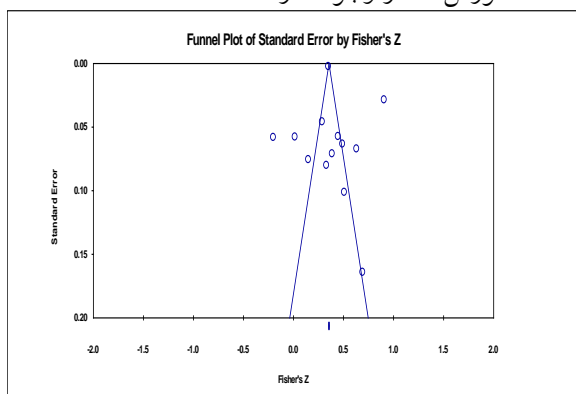
جدول شماره ۱. سیاهه فراتحلیل رابطه معنویت و باورهای مذهبی با سلامت روان

عنوان تحقیق	سال اجرا	پژوهش‌گران	حجم نمونه	ابزار	آماره	سطح معناداری	اندازه اثر
Spiritual wellbeing & mental health in university students	۲۰۱۰	Jafari, Dehshiri, Eskandari, et al.	۲۲۳	1. Spiritual wellbeing 2. GHQ-28	$r = -0.56$	0.01	۰.۶۳۳
وضعیت نگرش مذهبی و سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران	۲۰۰۹	صادقی، باقرزاده لدی، حق‌شناس	۲۲۲	۱. نگرش سنج مذهب ۲. GHQ-28	$r = -0.45$	0.01	۰.۳۸۸
ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی	۱۳۸۳	بهرامی‌احسان، تاشک	۳۱۶	۱. عزت نفس، کوپراسمیت ۲. اضطراب حالت و صفت، اشنپلبرگر ۳. سلامت عمومی، گلدبرگ ۴. SCL-90R	$r = -0.47$	0.01	۰.۵۱
بررسی همبستگی مؤلفه‌های بهزیستی معنوی-مذهبی با سلامت روان در دانشجویان	۱۳۹۵	خرامه، شریفی‌فرد، علیزاده و همکاران.	۱۵۸	۱. مقیاس چند بعدی سلامت ۲. مذهبی- معنوی ۳. GHQ-12	$r = -0.32$	0.05	۰.۳۳۲
Relation between mental health & spirituality in Tehran university students	۲۰۱۰	Ghorabi bonab, Hakimi rad, Habibi	۳۰۴	1. Spiritual experience scale 2. SCL-90R	$F = 69.86$	0.001	۰.۴۴۸
تأثیر آموزش مؤلفه‌های معنوی بر بهزیستی روانی زنان سرپرست خانوار (پایان‌نامه)	۱۳۹۳	حسینی	۴۰	۱. پرسش‌نامه بهزیستی ۲. روان‌شناختی ریف	$F = 1.89$	0.05	۰.۶۹۳
Predicting subjective well-being by religious & scientific attitudes with hope, purpose in life and death anxiety as mediators	۲۰۱۶	Aghababaei, Sohrabi, Eskandari, et al.	۴۷۴	1. Religious orientation scale-revised. 2. Attitudes toward science & technology scal 3. Hope scale 4. Purpose in life test 5. Death anxiety scale 6. Satisfaction with life scale 7. Self-esteem scale 8. Muslim attitudes toward religion scale 9. Subjective happiness scale	$\beta = 0.386$	0.01	۰.۲۸۹

عنوان تحقیق	سال اجرا	پژوهشگران	حجم نمونه	ابزار	آماره	سطح معناداری	اندازه اثر
نقش باورها و عقاید مذهبی در سلامت روان (پایان نامه)	۱۳۸۴	نسابه	۱۷۷	۱. نگرش سنج مذهبی ۲. عمل به باورهای مذهبی ۳. مقیاس جهت گیری مذهبی آپورت ۴. GHQ	$r = -0.15$	0.05	۰,۱۵۱
بررسی رابطه نماز با جهت گیری مذهبی و سلامت روان	۱۳۸۷	آقایانی چاوشی، طالبیان، طرخورانی و همکاران.	۳۰۰	۱. جهت گیری مذهبی آپورت ۲. سلامت عمومی-۲۸	$t = 4.88$	0.01	-۰,۱۹۹
رابطه جهت گیری مذهبی و سلامت روان	۱۳۹۰	صولتی، ربیعی و شریعتی	۲۰۰	۱. نگرش سنج مذهبی ۲. GHQ-28	$r = -0.37$	0.05	۰,۳۸۸
Dimensions of religious/spiritual well-being and their relation to personality & psychological wellbeing	۲۰۱۰	Unterrainer, Ladenhauf & Moazedietal	۱۲۱۰	1. Global religiosity questionnaire 2. Hierarchy of needs 3. sense of coherence 4. Six factor test	$r = 0.72$	0.01	۰,۹۰۸
Leaving my religion: Understanding the relationship between religious disaffiliation, health and wellbeing	۲۰۱۶	Fenelon & Danielsen	۳۴۵۶۵	1. General social survey	$OR = 1.30$	0.01	۰,۳۵۱
Relationship between religious beliefs of students with mental health disorders among the students of Islamic azad university of Ahvaz	۲۰۱۲	Marashian, Esmaili	۳۰۰	1. GHQ-28 2. Arian religiosity questionnaire	$r = -0.017$	0.002	۰,۰۱۷

مقدار پراکندگی حول اندازه اثر مداخله، با افزایش اندازه نمونه، کاهش یابد (لیتل، کوکران و پیلائی<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۸؛ قربانی زاده، رودساز و عباس پور، ۱۳۹۳).

از لحاظ تفسیری در نمودارهای کیفی شکل، مطالعاتی که خطای استاندارد پایین دارند و در بالای قیف جمع می شوند، دارای سوگیری انتشار نیستند؛ اما هر چه مطالعات به سمت پایین قیف کشیده می شوند، خطای استاندارد آنها بالا می رود و سوگیری انتشارشان افزایش می یابد. بنابراین با توجه به شکل ۱ در مطالعات تورش انتشار وجود ندارد.



نمودار ۱. نمودار کیفی تورش انتشار مطالعات تأثیر باورهای مذهبی و معنویت بر سلامت روان (خطای استاندارد بر Z فیشر)

یکی از موضوعات مورد توجه در هر فراتحلیل، ارزیابی سوگیری انتشار است. منظور از سوگیری انتشار، این است که یک مطالعه فراتحلیل، لزوماً شامل تمام مطالعات انجام شده در حیطه مورد بررسی نیست؛ زیرا ممکن است برخی مطالعات به دلایل مختلف منتشر نشده و یا حداقل در مجلات نمایه سازی نشده منتشر شده باشند.

زمانی که سوگیری انتشار وجود دارد، نتایج نهایی فراتحلیل تحت تأثیر قرار گرفته و برآوردهای نهایی حاصل از آن دارای تورش و خطا خواهد بود. پس لازم است سوگیری انتشار در گام های اولیه یک فراتحلیل شناسایی و تصحیح شود تا اعتبار نتایج افزایش یابد (مکاسکیل، والتر، ارویگ<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۰؛ قربانی زاده، رودساز و عباس پور، ۱۳۹۳).

معمول ترین و ساده ترین روش شناسایی تورش انتشار، استفاده از یک نمودار پراکندگی دو بعدی به نام نمودار فانل یا کیفی است که در آن اثر مداخله برآورد شده از هر مطالعه در مقابل اندازه نمونه آن مطالعه رسم می شود. اگر تورش انتشار وجود نداشته باشد، انتظار این است که نمودار متقارن باشد و

## یافته‌ها

ویژگی‌های مطالعات وارد شده به فراتحلیل: ۱۳ مطالعه، فراتحلیل شد که در محدوده زمانی ۱۳۸۰ تا اواسط سال ۱۳۹۵ انجام شده‌اند؛ از این بین ۱۱ مورد (۸۵ درصد) در جامعه ایرانی و ۲ مورد (۱۵ درصد) در خارج از جامعه کشور ایران انجام پذیرفته شده بود. نوع انتشار مطالعات متفاوت بود، به صورتی که ۸ مورد (۶۲ درصد) به عنوان مقاله ژورنال، ۲ مورد (۱۵ درصد) در قالب پایان‌نامه و ۳ مورد (۲۳ درصد) نیز به عنوان مقاله همایشی منتشر شده بودند.

نمونه مورد بررسی در ۹ مطالعه (۷۰ درصد) دانشجویان، در ۲ مطالعه (۱۵ درصد) جمعیت عمومی، در ۱ مطالعه زنان سرپرست خانوار (۷/۵ درصد) و در ۱ مطالعه دیگر (۷/۵ درصد) کارکنان دانشگاه بودند. ۱۲ مورد (۹۲ درصد) از مطالعات از نوع هم‌بستگی و یک مورد (۸ درصد) از نوع شبه آزمایشی بدون

گروه کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود.

برای بررسی رابطه بین داشتن باورهای مذهبی و معنوی بودن با سلامت روان نتایج تلفیق شده از کلیه مطالعات در جدول ۲ ارائه شده است. مقدار اندازه اثر مدل تصادفی برابر با  $(z=0/38)$  که به لحاظ آماری معنادار است  $(p<0/001)$ . در واقع، اندازه اثرهای مربوط به رابطه باورهای مذهبی و معنوی بودن، مربوط به آزمودنی‌های جامعه نرمال از لحاظ آماری معنادار می‌باشند.

به عبارتی می‌توان گفت که بین داشتن باورهای مذهبی و معنویت و سلامت روان، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، به طوری که مذهبی‌بودن و معنویت، سلامت روان را افزایش می‌دهند و براساس معیار کوهن این اندازه اثر متوسط ارزیابی می‌شود (دلاور، ۱۳۸۸).

جدول شماره ۲. اندازه اثر ترکیبی تصادفی مربوط به شاخص‌های داشتن باورهای مذهبی و معنویت با سلامت روان

مدل	تعداد اندازه اثر	اندازه اثر ترکیبی	خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	Z	P	Q کوکران	سطح معناداری	مجذور I
تصادفی	۱۳	۰,۳۸۰	۰,۰۷۴	حد پایین: ۰,۲۲؛ حد بالا: ۰,۵۳۱	۴,۹۳	۰,۰۰۰	۵۳۵,۳۳۵	۰,۰۰۰	۹۷,۷۵۸

شکست‌های خود، تصویری مثبت از خود را می‌آورند، اما در عین حال می‌توانند منجر به احساس گناه، شک، اضطراب و خوداتقادی افزوده نیز شوند (بویرز<sup>۲۱</sup>، ۱۹۶۹؛ موبرگ<sup>۲۲</sup>، ۱۹۷۹). تأثیری که باورهای معنوی و دینی فرد بر چگونگی تعبیر و تفسیر فرد از روی دادها می‌گذارد، فرآیند پذیرش و سازگاری با روی دادها را آسان می‌کند (کاتن، لارکین، هاپس، کرامر و روزنتال<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۵). معنویت بر مقابله با سختی‌ها، داشتن هیجان‌ات مثبت، بهزیستی و شادکامی، خوش‌بینی، داشتن معنا و هدف، عزت نفس، احساس کنترل، کاهش اضطراب، افسردگی و خودکشی، تأثیر داشته (کوینینگ<sup>۲۴</sup>، ۲۰۱۲) و با رفتارهای پرخطر رابطه منفی دارد (یانکلر، اسکنابلراج و دیهان<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۲).

به نظر می‌رسد که معنویت و داشتن باورهای مذهبی بر اساس تأثیراتی که ذکر شد، منجر به افزایش سلامت روان افراد می‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این فراتحلیل نشان داد که داشتن باورهای مذهبی و معنویت در حد متوسطی منجر به افزایش سلامت روان می‌شوند. این یافته با یافته‌های مطالعات قبلی هم‌خوان است (برای مثال جعفری و همکاران، ۲۰۱۰؛ بهرامی‌احسان و تاشک، ۱۳۸۳؛ خرامه و همکاران، ۱۳۹۵؛ آقایانی‌چاووشی، طالبیان، طرخورانی، آزرمی و آشتیانی، ۱۳۸۷).

در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که باورها و فرآیندهای شناختی افراد در چگونگی رویارویی آنها با استرس و مشکلات زندگی تأثیر دارد. داشتن باورهای مذهبی منجر به پذیرش و تاب‌آوری (آرگیل و هالاهمی<sup>۲۰</sup>، ۱۹۷۵) می‌شوند و به دنبال خود آرامش، خودباوری، هدف‌مندی و بخشش نسبت به

23. Cotton, Larkin, Hoopes, Cromer & Rosenthal.

24. Koenig.

25. Yonker, Schnabelrauch & Dehaan.

20. Argyle & Hallahmi.

21. Bowers.

22. Moberg.

قربانی زاده، وجه الله (۱۳۹۳). روش تحقیق فراتحلیل. تهران: بازتاب.

مجاهد، عزیزاله؛ کلاتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ نشاطدوست، حمیدطاهر؛ منصور، شکیبا (۱۳۹۰). «بررسی مقایسه‌ای وضعیت سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان شهر زاهدان». *مجله افق دانش*. دوره ۱۷. شماره ۳. صص ۵۰ - ۴۳.

نسابه (۱۳۸۴). *نقش باورها و عقاید مذهبی در سلامت روان*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شیراز.

Aghababaei, N; Sohrabi, F; Eskandari, H; Borjali, A; Farrokhi, N; & Chen, Z. J (2016). "Predicting subjective well-being by religious and scientific attitudes with hope, purpose in life, and death anxiety as mediators". *Personality and Individual Differences*. Vol. 90. PP 93 - 98.

Beit-Hallahmi, B; Argyle, M (1975). "God as a father-projection: the theory and the evidence". *British Journal of Medical Psychology*. Vol. 48. No. 1. PP 71 - 75.

Bierman, A. (2006). Does religion buffer the effects of discrimination on mental health? Differing effects by race. *Journal for the Scientific Study of Religion*. Vol. 45. No. 4. PP 551 - 565.

Bonab, B.G (2010). Relation between mental health and spirituality in Tehran University 5. Student: *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. Vol. 5. PP 887-891.

Cotton, S; Larkin, E; Hoopes, A; Cromer, B.A; & Rosenthal, S.L (2005). The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 36. No. 6. 529.

Davison, S.N; & Jhangri, G.S (2013). The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *Journal of pain and symptom management*. Vol. 45. No. 2. PP 170 - 178.

Fenelon, A; Danielsen, S (2016). Leaving my religion: Understanding the relationship between religious disaffiliation, health, and well-being. *Social science research*. Vol. 57. PP 49 - 62.

Frantz, T.T; Trolley, B.C; Johll, M.P (1996). Religious aspects of bereavement. *Pastoral Psychology*. Vol. 44. No. 3. PP 151 - 163.

Good, M; Willoughby, T (2006). The role of spirituality versus religiosity in adolescent psychosocial adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*. Vol. 35. No. 1. PP 39 - 53.

Hasanović, M; Pajević, I (2010). Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco and alcohol abuse in comorbidity. *Psychiatria Danubina*. Vol. 22. No. 2. PP 203 - 210.

Jafari, E; Dehshiri, G.R; Eskandari, H; Najafi, M; Heshmati, R; Hoseinifar, J (2010). Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. Vol. 5. PP 1477 - 1481.

Khosravi, Z; Zarabiha, E; & Nemati, A (2011). An Investigation of the Relationship among pathological and non pathological guilt feeling, Religious Attitude and Mental

با توجه به نقش انکارناپذیر مذهب بر سلامت روان، بالین‌گران می‌توانند در برنامه‌ریزی‌های کلان مربوط به ارتقای بهداشت روانی جامعه، از راهبردهای مذهبی و معنوی استفاده نمایند و همواره به درمان‌گران توصیه می‌شود که در محیط‌های بالینی و در هنگام مفهوم‌پردازی مشکلات بیماران، همواره اعتقادات، باورهای مذهبی و معنوی ایشان را در نظر گرفته و از این عوامل در جهت تسریع روند و غنای برنامه درمانی استفاده نمایند.

از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به کم بودن تعداد مطالعات وارد شده به فراتحلیل اشاره کرد و اینکه در بعضی از مقالات یافته شده، تمامی آماره‌های به دست آمده در مطالعه، گزارش نشده بودند و به همین علت از مطالعه کنار گذاشته شدند.

## منابع

آقایانی‌چاوشی، اکبر؛ طالبیان، داوود؛ طرخورانی، حمید؛ صدقی‌جلال، هما؛ آزرمی، هاله؛ فتحی‌آشتیانی، علی (۱۳۸۷). «بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان». *مجله علوم رفتاری*. دوره ۲. شماره ۲. صص ۱۵۶-۱۴۹.

بهرامی‌احسان، تاشک (۱۳۸۳). «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی». *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*. دوره ۳۴. شماره ۲. صص ۶۱ - ۴۳.

حسینی (۱۳۹۳). *تأثیر آموزش مولفه‌های معنوی بر بهزیستی روانی زنان سرپرست خانوار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.

خرامه؛ شریفی‌فرد؛ علیزاده؛ وحیدایی؛ میرحسینی؛ امیدی (۱۳۹۵). «بررسی همبستگی مولفه‌های بهزیستی معنوی - مذهبی با سلامت روان در دانشجویان». *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. دوره ۴، شماره ۱۰. صص ۱۰۴-۱۰۲.

صالحی، لیلا؛ سلیمانی‌زاده، لاله؛ باقری‌یزدی، سیدعباس؛ عباس‌زاده، عباس (۱۳۸۶). «رابطه بین اعتقادات مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان». *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*. دوره ۱. شماره ۴۲. صص ۵۵ - ۵۰.

صولتی، ربیعی و شریعتی (۱۳۹۰). «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان». *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. دوره ۵. شماره ۳. صص ۴۸ - ۴۲.

- Health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. Vol. 30. PP 1370 - 1373.
- King, M; Marston, L; McManus, S; Brugha, T; Meltzer, H; Bebbington, P (2013). Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 202. No. 1. PP 68 - 73.
- Koenig, H.G (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN psychiatry*. 2012.
- Lucchetti, G; Lucchetti, A.L.G (2014). Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999–2013). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. Vol. 48. No. 3. PP 199 - 215.
- Lucette, A; Ironson, G; Pargament, K.I; Krause, N (2016). Spirituality and religiousness are associated with fewer depressive symptoms in individuals with medical conditions. *Psychosomatics*. Vol. 57. No. 5. PP 505 - 513.
- Marashian, F; &Esmaili, E (2012). Relationship between religious beliefs of students with mental health disorders among the students of Islamic Azad University of Ahvaz. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. Vol. 46. PP 1831 - 1833.
- Moberg, D.O (1979). The development of social indicators for quality of life research. *Sociology of religion*. Vol. 40. No. 1. PP 11 - 26.
- Mojahed, A; Kalantari, Mehrdad; Molavi, H; Taher-Neshatdoost, H; Bakhshani, N.M (2010). Comparison of Islamic oriented and classical cognitive behavioral therapy on mental health of martyrs' and veterans' wives. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. Vol. 11. No. 4. PP 282 - 291.
- Mueller, P.S; Plevak, D.J; Rummans, T.A (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *In Mayo clinic proceedings*. Vol. 76. No. 12. pp 1225 - 1235. Elsevier.
- Noorbala, A.A; Yazdi, S.B; Yasamy, M.T; Mohammad, K (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 184. No. 1. PP 70 - 73.
- Pardini, D.A; Plante, T.G; Sherman, A; Stump, J.E (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *Journal of substance abuse treatment*. Vol. 19. No. 4. PP 347 - 354.
- Pargament, K.I (1997). The psychology of religion and coping: Theory, Research. *Practice*. Vol. 1.
- Sadeghi, M.R; BagherzadehLadari, R; Haghshenas, M.R (2010). A study of religious attitude and mental health in students of Mazandaran University of Medical Sciences. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* Vol. 20. No. 75. PP 71 - 75.
- Smith, T.B; Mc Cullough, M.E; Poll, J (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological bulletin*. Vol. 129. No. 4. 614.
- Suchman, A.L; Matthews, D.A (1988). What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Annals of internal medicine*. Vol. 108. No. 1. PP 125 - 130.
- Unterrainer, H.F; Ladenhauf, K.H; Moazedi, M.L; Wallner-Liebmann, S.J; Fink, A (2010). Dimensions of religious/spiritual well-being and their relation to personality and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*. Vol. 49. No. 3. PP 192 - 197.
- Yonker, J.E; Schnabelrauch, C.A; DeHaan, L.G (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of adolescence*. Vol. 35. No. 2. PP 299 - 314.
- Zimmer, Z; Jagger, C; Chiu, C.T; Ofstedal, M.B; Rojo, F; Saito, Y (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM-population health*. Vol. 2. PP 373 - 385.