

یافته های نو در روان شناسی

سال پنجم. شماره ۲۰. پائیز ۱۳۹۰

صفحات مقاله: ۶۷-۵۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۳/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۹/۱

بررسی رابطه جهت گیری مذهبی و باورهای غیر منطقی با افسردگی بیماران MS

دکتر پروین احتشام زاده *

محمدرضا برنا**

مریم یوسفی**

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی جهت گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی به عنوان پیش‌بینی کننده‌های افسردگی در بیماران مبتلا به MS شهر اهواز بود. نمونه شامل ۱۲۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۳۸۹ انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها دربرگیرنده آزمون باورهای غیر منطقی جونز (IBT)، مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت و پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) بود. این تحقیق از نوع همبستگی بود. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون حاکی از وجود رابطه منفی معنی‌دار بین جهت-گیری مذهبی درونی و افسردگی در بیماران ($p < 0/001$) بود. همچنین رابطه مثبت معنی‌دار بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و افسردگی در بیماران ($p < 0/004$) بدست آمد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندمتغیری نیز وجود رابطه چندگانه را بین جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی و باورهای غیرمنطقی با افسردگی در بیماران مورد تأیید قرار داد. سطح معنی‌داری فرضیه‌ها در تحقیق حاضر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

واژه‌های کلیدی: بیماری MS، جهت‌گیری مذهبی درونی، جهت‌گیری مذهبی بیرونی، باورهای غیرمنطقی و افسردگی.

* دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، استادیار گروه روان شناسی، اهواز، ایران

** دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، عضو هیئت علمی گروه روان شناسی، اهواز، ایران

*** دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

بیماری ام اس یا مولتیپل اسکلروز یکی از بیماری های مهم دستگاه عصبی مرکزی و از شایع ترین بیماری منجر به ناتوانی در جوانان است. تاکنون دلیل پیدایش این بیماری مشخص نشده است ولی بنظر می رسد که بروز این بیماری ارتباطی با پاسخهای خود ایمنی داشته باشد. ویروس ممکن است باعث تحریک سیستم ایمنی شده و بدن را وادار به تولید پادتن هایی کند که به اشتباه به عناصر خودی بدن حمله می کنند؛ در بیماری MS این پادتن ها به میلین (پوشش اعصاب) حمله کرده و آنها را نابود می کنند. در مناطق مختلف دنیا شیوع متفاوتی برای این بیماری ذکر گردیده است که مناطق با شیوع بالا عبارت از اروپا، آمریکا، نیوزلند، و استرالیا با شیوعی برابر ۶۰ در صد هزار می باشند. در ایران نیز تخمین زده می شود که حداقل بیست هزار نفر به این بیماری مبتلا باشند. MS در زنان شایع تر از مردان است و حداکثر شیوع سنی آن بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است. از طرف دیگر سیر بالینی آن متنوع بوده و می تواند از یک سیر کاملاً خوش خیم تا سیر پیشرونده و ناتوان کننده متغیر باشد (نبوی، پورفرزام و قاسمی، ۱۳۸۵).

افسردگی در بیماران MS شایع است. سبب شناسی و مکانیزم افسردگی در آن ناشناخته است ولی افسردگی در بیماران MS دچار عارضه مغزی بیشتر از بیماران مبتلا به عارضه نخاع می باشد. ممکن است بیمار دچار خنده و گریه بیمارگون، افسردگی مشخص نباشد. حتی برخی از این بیماران در معرض خودکشی قرار دارند. افسردگی رایج ترین اختلال روانی است که میزان آن در سال های اخیر افزایش یافته است. تقریباً در زندگی همه افراد روزهایی وجود دارد که احساس بی حوصلگی، غمگینی، ناامیدی، دلسردی، تنهایی و نارضایتی بر آنها چیره شده است که همگی از تجربه های رایج افسردگی به شمار می روند؛ اما چیزی که موجب می شود چنین احساس هایی به صورت اختلال های روانی متجلی شوند؛ نوع و تعداد نشانه ها، شدت و طول مدت و هم چنین میزان آسیبی است که به جریان بهنجار زندگی روزمره وارد می شود. این احساس ها و شیوه ادراک آنها در قلمرو زندگی بهنجار و در زمینه تجربه آسیب شناختی، با مفهوم افسردگی ارتباط یافته اند. افسردگی به عنوان شایع ترین علت شناخته شده ایجاد درد و رنج عاطفی در زندگی و علت کاهش قابل توجه کیفیت زندگی مطرح می شود (نووال^۱، ۲۰۱۰). دین از عوامل مهم و تأثیرگذار در سلامت روان است. دین چهره جهان را در نظر فرد دیندار دگرگون می سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می دهد. فرد دیندار خود را تحت حمایت و لطف همه جانبه خداوند، بزرگترین نیروی موجود می بیند و بدین ترتیب احساس اطمینان و آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می دهد. او خداوند را منشأ خیر و برکت می داند. بنابراین، در نظر چنین فردی همه رویدادها حتی بلاها و مصایب نعمت و آزمایشی از جانب خداوند تلقی می شوند. او خود را موظف می داند که سختی هایی را که با قدرت عقل قابل توجه نیستند، با ایمان تحمل نماید تا به تکامل دست یابد. چنین فردی به واسطه ناملايمات و ناکامیهای زندگی دچار ناامیدی و اضطراب نمی گردد، زیرا خداوند را حامی خویش می داند. او

1. depression

2. Nuval

اطمینان دارد که این حوادث و رویدادها گذرا هستند و او پاداش صبر خود را خواهد گرفت. فرد دیندار با هموعان و اطرافیان خود رابطه خوب و مبتنی بر احترام متقابل و محبت برقرار می کند (کروز^۱، ۲۰۰۳). محققان پیشنهاد کرده اند که مداخلات معنوی و مذهبی آگاهانه، در کاهش افسردگی نقش موثری دارد (نووال^۲، ۲۰۱۰). باورهای غیر منطقی جزء آن دسته از باورها به شمار می آیند که یا به طور مستقیم همراه با بازتابهایی نظیر، اندوه، افسردگی و خشم ظاهر می شوند یا به صورت درونی و لحظه ای تظاهر می کنند و حاصل آنها عدم تحرک و بی علاقهگی به کار و فعالیت است. باورهای منطقی را جزء آن دسته از باورهایی می دانیم که بازتاب آنها به شکل منطقی ظاهر می شود. هر فردی در زندگی خود در زمانهای مختلف با یکی از این دو نوع باور مواجه می شود. درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری، به افراد کمک می کند تا آشفتهگی های هیجانی خود را به حداقل برسانند. همچنین، فلسفه تغییر زندگی را به نحوی آموزش می دهد که افراد را از آشفته شدن خود یا افکار غیر منطقی باز می دارد (نقل از جان بزرگی و نوری، ۱۳۸۲).

وارد^۳ (۲۰۱۰) به بررسی رابطه میان مذهبی بودن و مقابله مذهبی در برابر استرس با بهزیستی روان شناختی (افسردگی و اضطراب) پرداخت. میزان استرس در این مطالعه از طریق تغییرات میزان کورتیزول در پاسخ به استرس زهای آزمایشگاهی سنجیده شد. نتایج نشان داد که در سطوح کورتیزول رابطه معنی داری با مذهبی بودن، معنویت، جنسیت، نیايش و یا بخشودگی ندارد. از سوی دیگر جهت گیری مذهبی بیرونی به طور معنی داری میزان افسردگی و اضطراب صفتی و حالتی را پیش بینی کرد.

مسی^۴ (۲۰۱۰) در پژوهش مشابه به بررسی رابطه میان جهت گیری مذهبی، خشنودی و سلامت روان پرداخت. نمونه شامل ۲۴۲ دانشجوی کاتولیک بود. نتایج حاکی از آن بود که جهت گیری مذهبی رابطه منفی معنی داری با میزان افسردگی داشت. از سوی دیگر جهت گیری مذهبی رابطه مثبت معنی داری با بخشودگی داشت.

مولدووان^۵ (۲۰۰۹) در تحقیقی به بررسی روابط متقابل بین بازنمایی بیماری، باورهای غیر منطقی کلی و اختصاصی و سطوح پریشانی در بیماران مبتلا به دیابت و سرطان سینه پرداخت. بازنمایی بیماری ۵۶ بیمار (۳۰ بیمار مبتلا به سرطان سینه و ۲۶ بیمار دچار دیابت) توسط محاسبه های نیمه ساختمند ارزیابی گردید. نتایج آشکار ساخت که باورهای غیر منطقی اختصاصی مربوط به بیماری رابطه بین باورهای غیر منطقی کلی و پریشانی هیجانی را میانجی گری می کند. هم چنین مشخص شد که تفاوت معنی داری بین سطوح پریشانی در بازنمایی های متفاوت از بیماری وجود ندارد.

1. Krause
2. Nuval
3. Ward
4. Messay
5. Moldonan
6. Representation

در تحقیقی مشابه نلسون^۱، جاکوبسون^۲، واینبرگر^۳، باسکاران^۴، زو روزنفیلد^۵، بریتبارت^۶ و روت^۷ (۲۰۰۹) به بررسی رابطه میان جهت گیری های مذهبی، معنویت و افسردگی با تاکید رابطه میان مذهبی بودن و افسردگی روی ۳۶۷ مرد مبتلا به سرطان پروستات به این دست یافتند که رابطه منفی معنی داری میان مذهبی بودن و افسردگی و همچنین معنویت و افسردگی وجود دارد.

بیانی، گودرزی بیانی و کوچکی (۱۳۸۷) در تحقیقی به بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان پرداختند. نمونه شامل ۵۷۱ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر بود. یافته ها حاکی از آن بود که بین جهت گیری مذهبی دانشجویان با اضطراب و افسردگی آنها رابطه معکوس و معنی داری داشت و با افزایش جهت گیری مذهبی دانشجویان، افسردگی و اضطراب آنها کاهش یافت.

جان بزرگی (۱۳۸۶) در تحقیق به مطالعه جهت گیری مذهبی و سلامت روانی پرداخت. نمونه دربرگیرنده ۱۴۰ دانشجو دختر و پسر دانشگاه های تهران بود. نتایج نشان داد بین مذهب و یا مذهبی بودن و افسردگی و اضطراب رابطه مستقیم معنی دار وجود دارد. هر چه جهت گیری مذهبی درونی تر می شود، افسردگی و اضطراب پایین و سلامت روان بالاتر می رود. هر چه جهت گیری فرد در زمینه مذهبی بیرونی تر می شود، افسردگی و اضطراب بالاتر و سلامت روان کاهش می یابد.

تقوی، گودرزی، کاظمی و قربانی (۲۰۰۶) به بررسی باورهای غیر منطقی در نمونه ای از ایرانیان دچار افسردگی عمده و اضطراب منتشر پرداختند. آنها نمرات ۲۹ بیمار افسرده، ۳۱ بیمار مضطرب و ۳۴ نفر در گروه کنترل در آزمون باورهای غیر منطقی در یک نمونه ایرانی مورد مقایسه قرار گرفت. همسو با تئوری الیس، بیماران افسرده و مضطرب در هر ۱۰ خرده مقیاس آزمون باورهای غیر منطقی نسبت به گروه کنترل نمره های بالاتری را کسب کردند.

نوروزی (۱۳۷۷) در پژوهشی دیگر به بررسی ارتباط بین افسردگی، احساس تنهایی و باورهای غیر منطقی در نوجوانان و تفاوت های جنسی در آنها پرداخت. نمونه دربرگیرنده ۱۱۷ پسر و ۱۲۶ دختر دبیرستان بود. نتایج نشان داد که همبستگی معنی داری میان افسردگی و باورهای غیر منطقی در هر دو گروه بدست آمد. تفاوت معنی دار میان دو جنس از نظر افسردگی باورهای غیر منطقی و احساس تنهایی دیده نشد.

فرضیات تحقیق

- فرضیه ۱- بین جهت گیری مذهبی درونی و افسردگی در بیماران مبتلا به MS رابطه وجود دارد.
فرضیه ۲- بین جهت گیری مذهبی بیرونی و افسردگی در بیماران مبتلا به MS رابطه وجود دارد.

1. Nelson
2. Jacobson
3. Weinrger
4. Bhaskaran
5. Rosenfeld
6. Britbart
7. Roth

فرضیه ۳- بین باورهای غیرمنطقی (و مؤلفه های آن) و افسردگی در بیماران مبتلا به MS رابطه وجود دارد.

فرضیه ۴- بین جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی و باورهای غیرمنطقی با افسردگی در بیماران مبتلا به MS رابطه چندگانه وجود دارد.

روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران MS شهر اهواز که در سال ۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفت. برای انتخاب نمونه بیماران MS از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. ۲۰۰ بیمار به عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند که به دلیل تکمیل ناقص و یا عدم ارجاع پرسشنامه ها عملیات آماری روی ۱۲۰ پرسشنامه که ۱۰۰ بیمار آن شامل زنان و ۲۰ بیمار شامل مردان می باشد صورت گرفته است.

ابزارهای پژوهش

- ۱- آزمون باورهای غیرمنطقی جونز (IBT)
 - ۲- مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت
 - ۳- پرسشنامه افسردگی بک-۲ (ADI-II)
- آزمون باورهای غیرمنطقی جونز (IBT):

این آزمون برای اندازه گیری و سنجش عقاید غیرمنطقی ساخته شده است. این آزمون در سال ۱۹۶۸ توسط جونز تهیه گردید. اکثر تحقیقاتی که پیرامون رابطه عقاید و باورهای غیرمنطقی با کنش های رفتاری و عاطفی در زمینه درمان عقلانی-عاطفی صورت گرفته است، از این آزمون استفاده نموده اند. جونز (۱۹۶۸) اعتبار IBT را ۰/۹۲ گزارش کرد و پایایی هر یک از مقیاس های دهگانه آن را از ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ بدست آورد. میانگین پایایی همه زیرمقیاس های آن نیز ۰/۷۴ گزارش شد. ترگسلر و کارست (۱۹۷۲) گزارش نمودند که پایایی کل آزمون ۰/۸۸ و اعتبار زیرمقیاس های آن ۰/۴۵ تا ۰/۹۵ می باشد. IBT از ده قسمت شامل ۱۰۰ عبارت ساخته شده است. هر قسمت مربوط به یکی از باورهای غیرمنطقی است. عبارات آزمون به صورت لیکرت پنج درجه ای است. آزمودنی هر عبارت را خوانده و موافقت یا عدم آن را از به شدت مخالف تا به شدت موافق مشخص می کند. جهت نمره گذاری به طرف غیرمنطقی بودن است. یعنی نمره کمتر نشان دهنده منطقی تر بودن فرد است. نمره گذاری از ۱ تا ۵ است. در پایان نمرات فرد را در هر خرده مقیاس جمع کرده تا نمره کل فرد بدست آید. تحقیقات متعددی روایی این آزمون را مورد تأیید قرار داده اند. تقی پور (۱۳۷۳) با استفاده از یک نمونه ۱۰۶ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی، روایی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش کرد. مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت: این مقیاس در سال ۱۹۵۰ توسط آلپورت^۱ و راس^۲ برای سنجش جهت گیری های درونی و بیرونی مذهب تهیه شد. این آزمون شامل ۲۱ جمله چهار گزینه ای (از کاملاً

1. Allport

2. Ross

مخالفم تا کاملاً موافقم) است. آلپورت و راس همبستگی جهت گیری درونی و بیرونی را ۰/۲۱- گزارش کرد (آلپورت و راس، ۱۹۶۷). مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت در سال ۱۳۷۸ در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است. همسانی درونی آن توسط جان بزرگی (۱۳۷۷) و با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴ گزارش شده است. اعتبار این مقیاس نیز بر روی ۴۵ دانشجوی در دانشگاه های تهران معادل ۰/۷۳۷ گزارش شد (جان بزرگی، ۱۳۷۸). در این مقیاس، گزینه های عبارات ۱ تا ۱۲ که جهت گیری مذهبی بیرونی را می سنجد از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق می باشد. در عبارات ۱۳ تا ۲۱ که جهت گیری مذهبی درونی را اندازه گیری می کند؛ پاسخ ها برعکس است، یعنی پاسخ ها از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف در نظر گرفته می شود. این مقیاس لیکرتی است و به پاسخ ها نمره ۱ تا ۵ داده می شود. جمع عبارات ۱ تا ۱۲ میزان جهت گیری مذهبی بیرونی و مجموع نمرات عبارت های ۱۳ تا ۲۱ نمره جهت گیری مذهبی درونی را مشخص می نماید.

پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II)

این پرسشنامه توسط بک^۲ و همکاران در سال ۱۹۶۱ ساخته شده و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت. پرسشنامه BDI-II شکل بازنگری شده آن است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، براون^۳ و استیر^۴، ۲۰۰۰). این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند. این پرسشنامه به صورت یک پرسشنامه خود گزارشی است و دارای چندین گروه سؤال بوده که هر سؤال بیان کننده حالتی در فرد است. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود و درجات مختلفی از افسردگی از خفیف تا شدید را تعیین می کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل آن صفر است. مطالعات روانسنجی انجام شده بر روی پرسشنامه BDI-II حاکی از اعتبار و پایایی بالای آن است. بک و همکاران (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش کرده اند. ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش شده است. دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ برای دانشجویان به دست آوردند. همچنین ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۳ به دست آمد. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره مربوط به متغیرهای تحقیق، در جدول ایشان داده شده است.

1. Beck Depression Inventory-II

2. Beck

3. Brown

4. Steer

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره در متغیرهای جهت گیری مذهبی، افسردگی و باورهای غیر منطقی

متغیرها	شاخص های آماری	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
جهت گیری مذهبی کلی	۷۱/۵۶	۸/۲۶	۵۱	۸۹	
جهت گیری مذهبی بیرونی	۳۶/۸۴	۷/۰۳	۲۰	۵۴	
جهت گیری مذهبی درونی	۳۵/۰۷	۴/۵۳	۲۱	۴۵	
افسردگی	۲۲/۵۰	۱۱/۷۳	۰	۴۷	
باورهای غیرمنطقی کلی	۳۲۶	۴۴/۴۵	۲۲۸	۴۴۹	
ضرورت تأیید و حمایت از جنب دیگران	۳۲/۱۴	۵/۹۷	۱۴	۴۷	
انتظار بیش از حد از خود	۳۳/۲۷	۵/۳۹	۱۴	۴۴	
تمایل به سرزنش	۳۲/۸۰	۶/۶۰	۲۰	۴۹	
واکنش به ناکامی	۳۲/۴۲	۵/۶۹	۱۹	۴۵	
بی مسئولیتی عاطفی	۳۲/۲۶	۶/۹۲	۱۸	۴۷	
بیش نگرانی توأم با اضطراب	۳۲/۵۱	۵/۲۶	۱۹	۴۵	
اجتناب از مشکلات	۳۱/۹۳	۷/۲۲	۱۵	۵۰	
وابستگی به دیگران	۳۳/۶۶	۶/۳۷	۲۳	۵۰	
درماندگی نسبت به تغییر	۳۲/۸۵	۵/۳۷	۱۲	۴۶	
کمال گرایی	۳۲/۳۴	۶/۳۱	۱۷	۴۸	

(ب) یافته های مربوط به فرضیات تحقیق

فرضیه ۱- بین جهت گیری مذهبی بیرونی و افسردگی در بیماران مبتلا به MS رابطه وجود دارد.
فرضیه ۲- بین جهت گیری مذهبی بیرونی و افسردگی در بیماران مبتلا به MS رابطه وجود دارد.

جدول ۲: ضریب همبستگی ساده میان جهت گیری مذهبی و افسردگی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	ضریب همبستگی r	سطح معنی داری p	تعداد نمونه N
افسردگی	جهت گیری مذهبی بیرونی	۰/۲۶۴	۰/۰۰۴	۱۲۰
	جهت گیری مذهبی درونی	-۰/۳۲۵	۰/۰۰۱	۱۲۰

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، ضریب همبستگی میان نمرات جهت گیری مذهبی بیرونی و افسردگی ۰/۲۶۴ می باشد که در سطح $p < ۰/۰۰۴$ معنی دار است. از سوی دیگر ضریب همبستگی میان نمرات جهت گیری مذهبی درونی و افسردگی -۰/۳۲۵ می باشد که در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی دار است. به عبارت دیگر هر چه جهت گیری مذهبی درونی بالاتر باشد میزان افسردگی پایین تر است. در حالیکه با افزایش میزان جهت گیری مذهبی بیرونی میزان افسردگی بیماران نیز افزایش می یابد.
فرضیه ۳- بین باورهای غیرمنطقی (و مؤلفه های آن) و افسردگی در بیماران مبتلا به MS رابطه وجود دارد.

جدول ۳: ضریب همبستگی ساده میان باورهای غیرمنطقی و افسردگی در بیماران مبتلا به MS

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	ضریب همبستگی r	سطح معنی داری p	تعداد نمونه N
افسردگی	باورهای غیرمنطقی کلی	۰/۱۳۹	۰/۰۳۰	۱۲۰
	ضرورت تأیید و حمایت از جنب دیگران	۰/۰۸۷	۰/۳۴۴	۱۲۰
	انتظار بیش از حد از خود	۰/۳۳۸	۰/۰۰۰	۱۲۰
	تمایل به سرزنش	۰/۲۶۴	۰/۰۰۴	۱۲۰
	واکنش به ناکامی	۰/۰۲۸	۰/۷۶۱	۱۲۰
	بی مسئولیتی عاطفی	۰/۰۵۶	۰/۵۴۵	۱۲۰
	بیش نگرانی توأم با اضطراب	۰/۲۳۴	۰/۰۱۰	۱۲۰
	اجتناب از مشکلات	۰/۳۶۱	۰/۰۰۰	۱۲۰
	وابستگی به دیگران	۰/۳۵۴	۰/۰۰۵	۱۲۰
	درماندگی نسبت به تغییر	۰/۳۹۸	۰/۰۰۰	۱۲۰
	کمال گرایی	۰/۲۳۱	۰/۰۱۱	۱۲۰

با توجه به جدول ۳، ضریب همبستگی میان نمرات باورهای غیرمنطقی و افسردگی ۰/۱۳۹ به دست آمد که در سطح معنی داری ۰/۰۳۰ قرار دارد. بنابراین میان باورهای غیرمنطقی و افسردگی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. به عبارتی دیگر هر چه باورهای غیرمنطقی بیشتر باشد میزان افسردگی بیمار نیز بیشتر می شود. در نتیجه فرضیه سوم تأیید می شود. از سوی دیگر میان افسردگی و خرده مقیاس های انتظار بیش از حد از خود ۰/۳۳۸، تمایل به سرزنش ۰/۲۶۴، بیش نگرانی توأم با اضطراب ۰/۲۳۴، اجتناب از مشکلات ۰/۳۶۱، وابستگی به دیگران ۰/۳۵۴، درماندگی نسبت به تغییر ۰/۳۹۸، کمال گرایی ۰/۲۳۱ رابطه معنی دار وجود دارد. اما در خرده مقیاس های ضرورت تأیید و حمایت از جنب دیگران، واکنش به ناکامی و بی مسئولیتی عاطفی رابطه معنی داری با افسردگی بدست نیامد.

فرضیه ۴- بین جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی و باورهای غیرمنطقی با افسردگی در بیماران مبتلا به MS رابطه چندگانه وجود دارد.

جدول ۴: ضریب همبستگی ساده بین جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی و باورهای غیر منطقی با افسردگی در بیماران مبتلا به MS با استفاده از روش ورود (Enter)

متغیر پیش بین	MR	RS	F P	ضرایب رگرسیونی (B)														
				۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲			
جهت گیری بیرونی	۰/۲۶۴	۰/۰۷۰	۸/۸۶۰	۰/۲۶۴														
جهت گیری درونی	۰/۳۹۹	۰/۱۵۹	۱۱/۰۵۴	۰/۲۳۲	-۰/۳۰۰													
ضرورت تأیید و حمایت	۰/۴۰۸	۰/۱۶۶	۷/۷۰۹	۰/۲۳۳	-۰/۲۹۹	۰/۰۸۵												
انتظار بیش از حد از خود	۰/۵۶۰	۰/۳۱۴	۱۳/۱۳۹	۰/۳۲۱	-۰/۲۴۳	-۰/۲۱۷	۰/۵۰۰											
تمایل به سرزنش خود	۰/۶۲۷	۰/۳۹۳	۱۴/۷۸۲	۰/۲۹۱	-۰/۱۸۴	-۰/۱۰۲	۰/۳۲۲	۰/۵۳۵										
واکنش به ناکامی	۰/۶۳۳	۰/۴۰۱	۱۲/۵۸۴	۰/۲۹۴	-۰/۱۷۵	-۰/۱۱۵	۰/۳۷۸	۰/۵۱۲	۰/۱۱۳									
بی مسئولیتی عاطفی	۰/۶۳۳	۰/۴۰۱	۱۰/۶۹۲	۰/۲۹۴	-۰/۱۷۴	-۰/۱۱۴	۰/۳۷۵	۰/۵۱۳	۰/۱۱۷	۰/۰۰۸								
بیش نگرانی توأم با اضطراب	۰/۶۴۹	۰/۴۲۲	۱۰/۱۱۷	۰/۲۸۰	-۰/۱۸۷	-۰/۱۰۸	۰/۴۰۲	۰/۴۰۸	۰/۱۱۷	۰/۰۴۷	۰/۱۹۰							
اجتناب از مشکلات	۰/۶۹۱	۰/۴۷۷	۱۱/۱۴۸	۰/۲۳۶	-۰/۱۷۳	-۰/۱۳۹	۰/۳۵۳	۰/۲۸۵	۰/۱۶۷	۰/۱۷۳	۰/۳۶۰							
وابستگی به دیگران	۰/۷۱۶	۰/۵۱۳	۱۱/۴۶۲	۰/۲۱۷	-۰/۱۶۹	-۰/۰۹۴	۰/۲۶۸	۰/۲۷۴	۰/۱۶۵	۰/۳۷۹	۰/۲۵۹							
درماندگی نسبت به تغییر	۰/۷۴۳	۰/۵۵۲	۱۲/۰۸۹	۰/۲۴۸	-۰/۱۷۲	-۰/۱۱۷	۰/۲۹۷	۰/۲۹۷	۰/۱۶۷	۰/۲۸۹	۰/۲۸۸							
کمال گرایی	۰/۷۴۶	۰/۵۵۶	۱۱/۱۸۶	۰/۲۴۸	-۰/۱۷۲	-۰/۱۲۱	۰/۲۶۸	۰/۲۲۵	۰/۱۶۷	۰/۳۹۹	۰/۲۵۷							

با توجه به جدول ۴، طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش ورود، ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی و باورهای غیر منطقی با افسردگی در بیماران مبتلا به MS برابر با $MS = 0/746$ و $RS = 0/556$ می باشد که در سطح $P < 0/0001$ معنی دار

می باشد. بنابراین بین جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی و باورهای غیرمنطقی با افسردگی در بیماران مبتلا به MS رابطه چندگانه وجود دارد. بنابراین فرضیه ۴ مورد تأیید قرار می گیرد.

بحث و نتیجه گیری

طبق یافته های بدست آمده از فرضیه اول و دوم، مبنی بر وجود رابطه معنی دار بین جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی و افسردگی بیماران MS تأیید می گردد. به عبارتی دیگر با افزایش جهت گیری مذهبی درونی میزان افسردگی در بیماران MS کاهش می یابد. همچنین با افزایش جهت گیری مذهبی بیرونی در بیماران مبتلا به MS، افسردگی آنان نیز افزایش یافت.

یافته های پژوهش حاضر با پژوهش های وارد (۲۰۱۰)، روزمارین (۲۰۰۹)، کوتون و همکاران (۲۰۰۶)، آبرنتی و همکاران (۲۰۰۲)، جان بزرگی (۱۳۸۶)، بهرامی و رضانی فرانی (۱۳۸۴)، مسی (۲۰۱۰)، روزمارین (۲۰۰۹)، نلسون (۲۰۰۹)، وحید (۲۰۰۹)، موریاء، المیدا و کونینگ (۲۰۰۸)، جوتدی ایلخچی (۱۳۸۷)، بیانی و همکاران (۱۳۸۷)، چاوشی و همکاران (۱۳۸۷)، کرمی و همکاران (۱۳۸۶) مطابقت دارد.

در تبیین این یافته ها می توان به نظریه آلپورت اشاره کرد. بر اساس نظریه آلپورت مذهب درونی، مذهبی فراگیر و دارای اصل، سازمان یافته و درونی شده است. در حالی که مذهب بیرونی امری است خارجی و ابزاری است که برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می گیرد؛ منظور آلپورت از جهت گیری مذهبی درونی، عبارت است از یک تعهد انگیزشی فراگیر که غایت و هدف است و نه وسیله‌ی برای دستیابی به اهداف فردی (جان بزرگی، ۱۳۷۸).

بطور کلی در بیماران MS با جهت گیری مذهبی درونی به دلیل اینکه مذهب را به عنوان یک هدف در زندگی در نظر میگیرند با غلبه بر هجوم افسردگی، تردیدها و ناامیدی نیرومند تر شده که این به نوبه خود باعث کاهش قابل توجه افسردگی در بیماران MS می شود. در صورتیکه بیماران MS با جهت گیری مذهبی بیرونی به دلیل اینکه مذهب را صرفاً وسیله ای برای رسیدن به اهداف دیگر در نظر می گیرند میزان افسردگی در این بیماران افزایش می یابد.

فرضیه سوم تحقیق مبنی بر وجود رابطه معنی دار بین باورهای غیرمنطقی و افسردگی در بیماران مبتلا به MS تأیید می شود. به عبارت دیگر، هر چه میزان باورهای غیرمنطقی در بیماران مبتلا به MS افزایش یابد افسردگی آنان نیز افزایش پیدا می کند. یافته های پژوهش حاضر با پژوهش های نایوونیوجسن و همکاران (۲۰۱۰)، وارن (۲۰۱۰)، بریدجز و هارنیش (۲۰۱۰)، مولدووان (۲۰۰۹)، ریجز و هان (۲۰۰۹)، تقوی و همکاران (۲۰۰۶)، نوروزی (۱۳۷۷)، همخوانی دارد. ایس اضطراب و اختلالات عاطفی را نتیجه طرز تفکر غیرمنطقی و غیرعقلانی می داند و به نظر او افکار و عواطف واکنشهای متفاوت و جداگانه ای نیستند. از این رو تازمانی که تفکر غیرمنطقی جریان دارد اختلالات عاطفی نیز به قوت خود باقی خواهد بود. انسان اختلالات و رفتار غیرمنطقی اش را از طریق بازگو کردن آنها برای خود تداوم می بخشد. به نظر ایس افرادی که خود را اسیر و گرفتار افکار غیرمنطقی خود می کنند، احتمالاً خود را در حالت احساس خشم، مقاومت، خصومت، دفاع، گناه، اضطراب، افسردگی، سستی و رخوت مفرط،

عدم کنترل و ناچاری قرار می دهند. انسان به وسیله اشیاء خارجی مضطرب نمی شود بلکه دیدگاه و تصویری که او از اشیاء دارد موجب نگرانی و اضطرابش می شود. تمام مشکلات عاطفی افراد از تفکرات جادویی و موهومی آنها سرچشمه می گیرد که از نظر تجربی معتبر نیستند.

فرضیه چهارم مبنی بر وجود رابطه چندگانه بین جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی و باورهای غیرمنطقی با افسردگی در بیماران مبتلا به MS مورد تأیید قرار می گیرد. در این زمینه پژوهشی که به مطالعه رابطه چندگانه میان جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی و باورهای غیرمنطقی با افسردگی پردازد یافت نشد. پیرامون اهمیت مذهب بر سلامت روانی، می توان به سخن بنیامین راش^۱ به عنوان پدر علم روان پزشکی اشاره کرد. او اظهار می دارد که نقش مذهب در سلامت روانی انسان همانند اکسیژن برای تنفس است. بنابراین، دین به طور اعم، ارتباط دائمی انسان با خالق هستی و اعتقاد به حضور دائم او می تواند در ایجاد بهداشت روانی و درمان بیماری های روانی تأثیر بسزایی داشته باشد (کرمی و همکاران، ۱۳۸۶). یک تبیین احتمالی در زمینه رابطه چندگانه میان جهت گیری مذهبی درونی، بیرونی، باورهای غیرمنطقی و افسردگی، این است افراد دارای جهت گیری مذهبی بیرونی دارای باورهای غیرمنطقی بیشتری نسبت به افراد دارای جهت گیری مذهبی درونی هستند. بنابراین افسردگی در اینگونه افراد بالاتر است. هر چه اعتقادات مذهبی فرد عمیق تر و درونی تر باشد، فرد کمتر به باورهای غیرمنطقی روی می آورد و در نتیجه احتمال ابتلا به افسردگی در اینگونه افراد پایین تر می آید.

منابع

- آقایان چاوشی، اکبر؛ طالبیان، داود؛ طرخورانی، حمید؛ جلال، هما؛ ازرمی، هاله، فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۷). بررسی رابطه نماز با جهت گیری مذهبی و سلامت روان، مجله علوم رفتاری دوره ۲، شماره ۲، ص ۱۴۹-۱۵۶.
- بهرامی، فاضل. رمضانی فرانی، عباس. (۱۳۸۴). نقش باور های مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان، فصل نامه توابخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، سال ششم، شماره ۱، ص ۴۲-۴۷.
- بیانی، علی اصغر. گودرزی، حسنیه. بیانی، علی. کوچکی، عاشور محمد. (۱۳۸۷). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان، مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال دهم، شماره ۳ (پیاپی ۳۹) ص ۲۰۹-۲۱۴
- جان بزرگی، مسعود. (۱۳۷۸). بررسی اثر بخشی روان درمانگری کوتاه مدت با و بدون جهت گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی، پایان نامه دکتری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- جان بزرگی، مسعود (۱۳۸۶). جهت گیری مذهبی و سلامت روان، پژوهش در پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، دوره ۳۱، شماره ۴، ص ۳۴۵-۳۵۰.
- جان بزرگی، مسعود. نوری، ناهید. (۱۳۸۲). شیوه های درمانگری اضطراب و تنیدگی (استرس) چاپ اول، انتشارات سمت، تهران.
- جوئدی ایلخچی علیا، محمد (۱۳۸۷). بررسی رابطه باور های دینی، بهداشت و سلامت روان دانش آموزان و معلمان سازمان آموزش و پرورش شهرستانهای تهران، اداره کل آموزش و پرورش شهرستان های استان تهران.
- قاطع، لطیفه. روشن، افق. پرویززاده، لیلا. (۱۳۷۷). رابطه بین باور های غیر منطقی با میزان آسیب پذیری روانی ۲۰-۵۰ سال شهر اهواز، پایان نامه دوره کارشناسی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- کریمی، جهانگیر. روغنجی، محمود. عطاری، یوسفعلی. بشلیده، کیومرث. شکری، مهتاب (۱۳۸۶). بررسی روابط ساده و چند گانه ابعاد جهت گیری مذهبی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه، مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال ۱۳، شماره ۳، ص ۳۱-۵۲.
- نبوی، مسعود. پور فرزام، شهریار. قاسمی، حسن. (۱۳۸۵). اپیدمیولوژی، سیر بالینی و پیش آگهی مولتیپل اسکلروزیس در ۲۰۳ بیمار مراجعه کننده به کلینیک M.S بیمارستان شهید مصطفی خمینی تهران در سال ۱۳۸۱، مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۴، شماره ۷، مهر ۹۰-۹۷.
- نوروزی، نصرت الله. (۱۳۷۷). ارتباط بین افسردگی، احساس تنهایی و باور های غیر منطقی در نوجوانان و تفاوت های جنسی در آن ها. پایان نامه کارشناسی ارشد، روان شناسی عمومی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.

- Abernethy, A. D., Chang, H. T., Seidlitz, L., Evinger, J. S., & Duberstein, P. R. (2002). Religious coping and depression among spouses of people with lung cancer. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 43(6): 456-463.
- Allport, G. W. Ross, J. M. (1967). Perligious orientation and prejudice. *Journal of personality and Social Psychology*, 5:432-443.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *Manual for the Beck Depression Inventory-Fast Screen for Medical Patients*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bridges, K. R., & Harnish, R. J. (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. *Health*, 2 (8): 862-877.
- Cotton S, Puchalski CM, Sherman SN, Mrus JM, Peterman AH, Feinberg J, Pargament KI, Justice AC, Leonard AC, Tsevat J. (2006). Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*, 21 Suppl 5: S5-13.
- Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective wellbeing in late life. *The Journal of Gerontology*, 58: 160-170.
- Messay, B. (2010). The relationship between quest religious orientation, forgiveness and mental health. Master thesis, University of Dayton.
- Moldovan, R. (2009). An analysis of the impact of irrational beliefs and illness representation in predicting distress in cancer and type ii diabetes patients. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, XIII (2): 179-193.
- Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G. (2008). Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. *Curr Pain Headache Rep*, 12(5): 327-32.
- Nelson, C.J., Jacobson, C.M., Weinberger, M.I., Bhaskaran, V., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Roth A. (2009). The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Ann Behav Med*, 38:105-114.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek. J.H., de Boer, A.G., Blonk, R.W., van Dijk, F.J. (2010). Irrational Beliefs in Employees with an Adjustment, a Depressive, or an Anxiety Disorder: a Prospective Cohort Study. *Journal of Rational-emotive and Cognitive-behavior Therapy*, 28(2): 57-72
- Find all citations by this author (default) Or filter your current search Find all citations by this author (default).
- Nuval, J. A. (2010). The relationship of depression with intrinsic and extrinsic components of religiosity in the older adult female. Ph.D dissertation, Indiana state University, Terre Haute, Indiana.
- Riggs, S.A. & Han, G. (2009). Predictors of Anxiety and Depression in Emerging Adulthood. *Journal of Adult Development*, 16 (1): 39-52.
- Rosmarin, D. H., Krumrei, E. J., & Andersson, G. (2009). Religion as a Predictor of Psychological Distress in Two Religious Communities. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (1): 54 – 64.
- Taghavi, M.R., Goodarzi, M.A., Kazemi, H., Ghorbani, M. (2006). Irrational beliefs in major depression and generalized anxiety disorders in an Iranian sample: a preliminary study. *Percept Mot Skills*, 102(1):187-96.
- Vahid, P., Kuruvilla, G., Bridget, R. (2008). Religiosity of depressed elderly inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 (1): 16-21.
- Ward, A. M. (2010). The Relationship between Religiosity and Religious Coping to Stress Reactivity and Psychological Well-Being. PhD Dissertations, Georgia State University.
- Warren, J. M. (2010). The Impact of Social Cognitive Theory and Rational Emotive Behavior Therapy Interventions on Beliefs, Emotions, and Performance of Teachers. Ph.D dissertation, North Carolina State University, Raleigh, North Carolina

Relationship between Religious Orientation and Irrational Beliefs and Depression in MS Patients

*P. Ehteshamzadeh

*M.R. Bournia

**M. Yousefi

Abstract

The purpose of present study was investigating the relationship between religious orientation and irrational beliefs as predictors of depression in MS patients in city of Ahvaz. The sample existed of 210 MS patients which selected through available sampling in 1389. Jones irrational beliefs Test, Allport religious orientation Scale and Beck Depression Questionnaire-II were used for collecting the data. This research was correlation and results indicated that there were significant negative correlation between internal religious orientation and depression in patients ($p = .001$). Also there was significant positive correlation between external religious orientation and depression in patients ($p = .004$). The result of multivariate regression analysis also indicated that there was multi-correlation between internal religious orientation, external religious orientation, irrational beliefs and depression in patients. The significant level in this study was $p < 0.05$.

Keywords: MS illness, internal religious orientation, external religious orientation, irrational beliefs and depression

*Faculty member, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

**MA in Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran